Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Etika ve zdravotnictví a v sociální práci – komparace principů a jejich aplikací

diplomová práce

Autor práce: Bc. Lenka Čadová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

Datum odevzdání práce: 20.5.2013

Abstrakt

Schopnost a odhodlání jednat eticky je v pomáhajících profesích základem kvality poskytovaných služeb. Diplomová práce se zabývám tím, které etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci občanského sdružení Prevent za stěžejní pro svou práci. Je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické (empirické). V teoretická část pojednává o profesní etice, specificích etiky ve zdravotnictví a sociální práci, o etických kodexech zdravotníků a sociálních pracovníků a etických principech těchto profesí.

Etika je filozofickou vědou, která se snaží nalézt a zdůvodnit společné a obecné základy, na kterých stojí morálka (kulturně a historicky podmíněný soubor mravních norem). Obecná etika se promítá do konkrétních oblastí lidské činnosti, profesi můžeme definovat také jako souhrn principů, kompetencí a povinností, které otevírají i ohraničují prostor pro výkon určitého povolání.

Etiku sociální práce a zdravotnictví můžeme (spolu s dalšími obory) zahrnout pod pojem etika pomáhajících profesí. Nejčastějším přístupem k profesní etice je snaha určit obecně formulované etické principy. Formulace etických principů profese může pomoci lépe rozumět cílům, které má naplňovat. Jsou definovány volně, tak, aby byly přijatelné pro všechny. Jejich volnost je ale zároveň jejich slabým místem - přijetí určitého principu ještě nedává návod ke konkrétnímu jednání, navíc se obecně uznané principy často dostávají do vzájemného sporu.

Za základní etické principy zdravotnictví jsou považovány principy non maleficience, beneficience, autonomie a spravedlnosti. Pro sociální práci definovala Banks obdobné principy - respekt k právu na sebeurčení, podpora blahobytu nebo pohody, distribuční spravedlnost a rovnost, ve smyslu nediskriminace.

Praktická část diplomové práce uvádí výsledky výzkumu. Jeho cílem bylo zjistit, které etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci občanského sdružení Prevent pro svou profesi za stěžejní a jak je aplikují v praxi, najít shody a rozdíly v odpovědích u obou profesních skupin a jejich klientů. Pro dosažení cíle byl zvolen kvalitativní výzkum. K získání dat byla použita metoda dotazování, technika

polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořili tři zdravotníci, tři sociální pracovníci a tři klienti občanského sdružení Prevent. Prevent působí na území Jihočeského kraje od roku 1999, jeho cílem je předcházet vzniku a rozvoji negativních důsledků zneužívání návykových látek, věnuje se také práci s dětmi a mládeží a vzdělávacím aktivitám.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že oblast etiky je pro zdravotníky i sociální pracovníky obtížným tématem. Dotazovaní profesionálové ani klienti nevnímají rozdíly mezi etikou ve zdravotnictví a v sociální práci. Rozdíl spatřují všichni dotazovaní spíš mezi profesionály pracujícími s uživateli drog, které hodnotí jako profesionální a jsou s jejich etických jednáním spokojeni, a profesionály mimo oblast závislostí, u kterých se setkali s neetickým přístupem – předsudky, nerespektování důstojnosti, odsuzování kvůli závislosti.

Sociální pracovníci i zdravotníci jmenují řadu principů, které považují za důležité pro svou práci. Přiřazení odpovědí k pěti základním bioetickým principům a principům sociální práce (non maleficience, beneficience, autonomie, spravedlnost, rovnost-nediskriminace) ukázalo, že odpovědi respondentů obou profesí naplňují současně základní etické principy sociální práce i bioetiky. Princip nonmaleficience, který není v odborné literatuře uváděn jako etický princip sociální práce, zmiňují ve svých odpovědích všichni tři dotazovaní sociální pracovníci (a dva ze tří zdravotníků). Princip rovnosti, který není uváděn mezi základními bioetickými principy, zmiňují dva ze tří zdravotníků (a dva ze tří sociálních pracovníků). Jako významný jej vnímají i dotazovaní klienti, hlavním požadavkem klientů v oblasti etiky je pro obě profese shodně respekt ke klientovi, přístup bez předsudků.

Dotazovaní zdravotníci i sociální pracovníci shodně uvádějí, že hlavním způsobem řešení etických problémů je intervize v týmu a supervize. Jako velikou pomoc uvádějí respondenti také možnost opřít se ve většině případů o dobře propracovaná metodická pravidla.

klíčová slova: etika, zdravotnictví, sociální práce, etické principy

Abstract

Ability and willingness to act ethically is the basis of the quality of the service in helping professions. This thesis deals with the fact which ethical principles are considered to be the most important in work of health care professionals and social workers of the civic association Prevent. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical (empirical). In the theoretical part it is dealt with professional ethics, specifics of ethics in health care and social work, about the ethical codes of health and social workers and ethical principles of these professions.

Ethics is a philosophical science that seeks to identify and justify the common and general bases which are connected with morality (culturally and historically conditioned by moral standards). General ethics is reflected into specific areas of human activity, a profession can be defined as a summary of the principles, responsibilities and obligations that open and limit the space for achievement of the particular occupation.

Ethics of social work and health care can be (along with other disciplines) implicated in the concept of ethics in helping professions. The most common approach to the professional ethics is to determine generally formulated ethical principles. The formulation of the ethical principles of the profession can help to understand better the goals that have to be fulfilled. They are defined freely, so they can be acceptable to all. Their freedom is also their weak point - the acceptance of the principle does not give the instructions for a particular act, in addition to the generally accepted principles often come into dispute among them.

The basic principles of medical ethics are considered the principles of non maleficience, beneficence, autonomy and justice. Banks defined similar principles for social work – respect to the right to self-determination, support of well-being or welfare, distributive justice and equality, in the sense of non-discrimination.

The practical part of the thesis presents the results of the research. Its goal was to find out which ethical principles are considered by health care professionals and social workers of the civic association Prevent the most important in their profession and how they apply these principles in practice, next to find similarities and differences in the responses of both professional groups and their clients. To achieve the goal the

qualitative research was chosen. Interviews, semi-structured interview technique were used to gain the data. The sample was made up three health care professionals, three social workers and three clients civic association Prevent. Its aim is to prevent the emergence and development of the negative consequences of substance abuse, it also works with children and youth and also deals with educational activities.

The research results show that the area of ethics for health care profesiionals and social workers is a difficult topic. The interviewed professionals and clients do not realize the difference between ethics in the health and social work. All interviewees rather see the difference between professionals working with drug users, who are judged as professional and respondents are satisfied with their ethical behavior, and professionals outside the field of addiction, where they met with unethical approach – prejudices, not respecting of the dignity, condemnation due to addiction.

The social workers and health care professionals mention a number of principles which they consider relevant and important to their work. The matching answers to five basic bioethical principles and the principles of social work (non maleficience, beneficence, autonomy, justice, equality-nondiscrimination) has shown that the answers of the respondents of both professions at the same time meet the basic ethical principles of social work and bioethics. Nonmaleficience principle, which is not referred in the literature as the ethical principles of the social work, which two of the three paramedical workers and two of the tree social workers mention in their answers. The principle of the equality, is not mentioned among the basic bioethical principles, two of the three paramedical workers and two of the three social workers. Also the interviewed clients think that it is also very important and significant, the main client requirement in the area of ethics for both professions is the respect for the client, the access without prejudices.

The interviewed health care professionals and social workers agree that the main way of solving ethical problems is the intervision in the team and a supervision. The respondents say that the opportunity to lean in most cases well-developed methodological rules is very helpful and important.
key words: ethics, health care, social work, ethical principles

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne .....

Lenka Čadová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce za pomoc při jejím zpracování, své rodině za podporu během celého studia a zaměstnancům a klientům občanského sdružení Prevent za poskytnutí rozhovorů.

Obsah

ÚVOD 10
1. SOUČASNÝ STAV 11
1.1 Základní pojmy 11
1.1.1 Etika 11
1.1.2 Profesní etika 11
1.1.3 Zdravotnictví 13
1.1.4 Sociální práce 15
1.2 Specifika etiky ve zdravotnictví 17
1.2.1 Lékařská etika 17
1.2.2 Ošetřovatelská etika 20
1.2.3 Bioetika 20
1.3 Specifika etiky v sociální práci 21
1.4 Hodnoty 23
1.5 Etické principy 24
1.5.1 Etické principy ve zdravotnictví 25
1.5.2 Etické principy v sociální práci 26
1.5.3 Princip non maleficience 27
1.5.4 Princip beneficience 30
1.5.5 Princip autonomie 32
1.5.6 Princip spravedlnosti 36
1.5.7 Princip rovnosti-nediskriminace 40
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 42
2.1 Cíl práce 42
2.2 Výzkumné otázky 42
3. METODIKA 43
3.1 Použité metody a techniky sběru dat 43
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 43
3.3 Realizace výzkumu a zpracování dat 44
4. VÝSLEDKY 45
4.1 Etické principy sociálních pracovníků a zdravotníků 45
4.1.1 Hodnoty, které vnímají zdravotníci a sociální pracovníci jako důležité pro svou práci 45
4.1.2 Etické principy zdravotníků 46
4.1.3 Etické principy sociálních pracovníků 48
4.2 Aplikace etických principů do praxe 53
4.2.1 Rozpor mezi osobními hodnotami, hodnotami profesními a hodnotami organizace 53
4.2.2 Situace vnímané jako eticky problematické 54
4.2.3 Způsob řešení etických problémů 59
4.2.4 Pravidla zařízení 62
4.2.5 Etický kodex 63

4.3 Etické principy pohledem klientů..... 64
4.3.1 Etika sociálních pracovníků pohledem klientů..... 64
4.3.2 Etika zdravotníků pohledem klientů..... 66
4.3.3 Rozdíl mezi etikou zdravotníka a sociálního pracovníka pohledem klientů..... 67
4.3.4 Porušení etických pravidel pohledem klientů..... 68
4.3.5 Příklad eticky správného chování pohledem klientů..... 70
4.4 Základní etické principy zdravotnictví a sociální práce..... 71
4.4.1 Princip non maleficience..... 71
4.4.2 Princip beneficience..... 73
4.4.3Princip spravedlnosti..... 75
4.4.4 Princip autonomie..... 77
4.4.5 Princip rovnosti-nediskriminace..... 78
5. DISKUSE..... 82
6. ZÁVĚR..... 92
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ..... 95
8. SEZNAM PŘÍLOH..... 99

Úvod

Etiku sociální práce a zdravotnictví můžeme (spolu s dalšími obory) zahrnout pod pojem etika pomáhajících profesí. Nejčastějším přístupem k profesní etice je snaha určit etické principy, které ukazují směr našemu konání a ze kterých vychází naše rozhodování. Schopnost a odhodlání jednat eticky je v pomáhajících profesích základem kvality poskytovaných služeb. Formulace etických principů profese může pomoci lépe rozumět cílům, které má naplňovat. Zdravotnictví i sociální práce mají společný objekt činnosti – člověka.

Pro rozhovory o etických principech zdravotníků a sociálních pracovníků jsem si vybrala oblast drogové závislosti, u níž je zřejmý zdravotně-sociální charakter. Konkrétně občanské sdružení Prevent, které působí v Jihočeském kraji od roku 1999. Zaměstnává zdravotníky i sociální pracovníky, kteří se společně podílejí na předcházení vzniku a rozvoji negativních důsledků zneužívání návykových látek

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické (empirické). V první části jsou na základě dostupných odborných informací a poznatků popsána teoretická východiska, ze kterých následně vycházím v části praktické. V teoretické části pojednávám o profesní etice, specifících etiky ve zdravotnictví a sociální práci, o etických kodexech zdravotníků a sociálních pracovníků a etických principech těchto profesí.

Obsahem výzkumné části je stanovení cíle, metodika samotného výzkumu, prezentace a interpretace výsledků získaných během výzkumného šetření. Pro účely diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. K získání dat byla použita metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Při výběru výzkumného souboru (respondentů) jsem se rozhodla pro záměrný (účelový) výběr přes instituce. Cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, které etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci občanského sdružení Prevent pro svou profesi za stěžejní a jak je aplikují v praxi, najít shody a rozdíly v odpovědích u obou profesních skupin a jejich klientů.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Základní pojmy

1.1.1 Etika

Etika se snaží definovat dobro (zlo) – proměnit původní mýtické a vágní tušení toho, co dobro (zlo) je, v přesnou kategorii. (Payne, 2006) Je filozofickou vědou, která hledá a zdůvodňuje společné a obecné základy, na kterých stojí morálka (jako předmět této vědy). Morálka je kulturně a historicky podmíněným souborem mravních norem – názorů, pravidel, zvyků, ideálů. Dodržování těchto norem podléhá kontrole vnější (sociální) a vnitřní (svědomí). (Jankovský, 2003) Svědomí je schopnost rozumu každodenně pracovat se zásadami a principy, které jsme si v dosavadním životě osvojili. Svědomí předpokládá, že člověk dokáže posoudit situaci a je schopen porovnáním principů a faktů o dané situaci dojít k soudu o přijatelnosti či nepřijatelnosti svého jednání. (Fischer, 2008 - I) Význam etických norem není jen v jejich normativní funkci. Svou existencí nás nutí zamýšlet se nad základními požadavky, které obsahují, a tím formují náš hodnotový systém. (Filová, Levická, 2010)

1.1.2 Profesní etika

Obecná etika se promítá do konkrétních oblastí lidské činnosti, etiku zdravotnictví a sociální práce můžeme (spolu s některými dalšími obory) zahrnout pod společný pojem etika pomáhajících profesí. (Goldmann, Cichá, 2004) Profesní etika aplikuje obecná ustanovení na konkrétní obor, často v podobě etického kodexu dané profese. (Jankovský, 2003) Profesní systém hodnot vyjadřuje skutečnost, že klient vnímá jednání profesionála jinak, než by vnímal jednání soukromé osoby. Profesní jednání jsou ta, která proběhnou v souladu s hodnotami typickými pro danou profesi z hlediska společenského očekávání. (Fischer, 2008 - II)

Nejčastějším přístupem k profesní etice je snaha určit etické principy, které ukazují směr našemu konání a ze kterých vychází naše rozhodování. Morální principy představují široký morální základ profese. Etické uvažování a rozhodování má být aplikací těchto principů do praxe. Profesní etiku si osvojujeme nejprve jako informaci, později i jako hodnotu, kterou jsme nějak ocenili na základě vlastního zážitku. (Levická, 2010)

Souborem etických principů profese, které mají ulehčit rozhodování v eticky náročných situacích, mají být etické kodexy. (Levická, 2010) Jsou užitečné k prvotnímu seznámení s problematikou etického hodnocení práce, nicméně jsou jen zjednodušujícím modelem. Do profesionální práce se promítá celý pracovníkův přístup k životu a lidem, i k sobě samému. (Úlehla, 2004) Etické kodexy nabízejí jednotlivcům, kteří sami můžou vycházet z velmi různých normativních základů a přitom sdílejí společnou identitu člena stejné profese, zázemí pro morální hodnocení svého jednání. Kodexy nemohou ustrnout na verzi, která byla jednou stvořena, naopak v nich musí docházet ke změnám v reakci na změny sociálního étosu. Pluralismus současné doby, který s sebou nese škálu různých etických přesvědčení, vytváří prostor pro přehodnocení profesní etiky, jež má vycházet z odborné diskuze. Dodržování etických norem profese má být garantováno profesní organizací. (Nečasová, 2008)

Kodexy mají funkci aspirační (udávají ideál), vzdělávací (udržují ducha etické reflexe), regulační (nebývají většinou stanoveny sankce, těžko vymáhat obecné principy) a rétorickou (je prostředkem získání a udržení vysokého statusu profese). Etickým kodexem se dává najevo veřejnosti, že jsou etické implikace při práci s klienty důležité. (Nečasová, 2008)

Etický kodex je také částečně potvrzením moci, kterou daná profese má. Jednou z jeho hlavních funkcí je potvrzení profesní identity. Kritici kodexů považují v dnešní době etické kodexy za stále méně významné, kvůli jejich důrazu na profesionálně definované hodnoty (oproti těm definovaným uživateli), předjímané profesionální shodě (když většina práce je specializovaná a multidisciplinární) a jejich zaměření na službu uživateli (v ovzduší, kdy ekonomika a efektivita jsou nejdůležitější). V takovém klimatu jsou k ochraně práv vhodnější služební pravidla pro praxi. (Banks, 2001)

1.1.3 Zdravotnictví

Ondok (1999, str. 40) uvádí, že zdravotnictví je „*medicínský, sociální a právní systém věcných a perzonálních prostředků, které slouží k uchování zdraví, resp. k boji proti nemocem*.“ Zkušenost člověka naučila, co mu prospívá a co mu škodí. Už v pravěku nemocný člověk pozorováním sebe i ostatních zjistil, co prospívá jeho zdraví. Brzy se poznatky o léčitelských metodách začaly profesionalizovat. (Korcová, 2008) Již od středověku byla v západních zemích uznávána etická odpovědnost státu za zdravotnictví, v novověku je pak léčebná péče jedním z hlavních úkolů státu. (Ondok, 1999) Hranice mezi tím, co do pojmu zdravotní péče zahrnout a co ne, je nejasná (např. alternativní medicína, instituce jako ministerstvo zdravotnictví apod.). (Šimek, 2003)

Medicína je také normativním oborem, klíčovým je pro ni normativní pojem zdraví. (Payne, J., 2006) Péče o zdraví i zdraví samotné je součástí toho kterého civilizačního vzorce a závisí na typu společnosti, která jej definuje, i na účelu, jemuž má definice zdraví sloužit. (Dolista, 2008)

Definice pojmu zdraví za účelem vymezení práva na péči o zdraví musí obsahovat minimální úroveň zdraví. Definice WHO definuje zdraví s ohledem na individuální a solidární celkovou odpovědnost za zdraví a zdravé vztahy. Takto definované zdraví patří k základním právům člověka. Nikdy nemůžeme dostatečně zdůraznit sociální dimenzi zdraví a zdravotní péče. Zdraví závisí na spolupráci a vzájemné závislosti v oblasti výživy, ubytování, pracovních podmínek, péče o děti, výchovy a samozřejmě také na schopnosti společnosti převzít zodpovědnost za tělesně postižené. (Dolista, 2008) V definici zdraví WHO číhá nebezpečí vnímání řady kulturně-politických a sociálních jevů jako nemoci. Např. zločin, agresivita, války apod. (Ondok, 1999)

Payne (J., 2006) vyčítá definici zdraví dle WHO, že je zcela zavádějící, protože předpokládá úplnou kongruenci prostředí a očekávání dotyčného. Přitom stres z okolností není nemocí, naopak, je do jisté míry prospěšný. Základem zdraví je schopnost adaptace, spustit proces přizpůsobení se, i když momentálně žádné blaho nemám. Adaptabilita je ovšem potencialita a jako taková modernímu výzkumu uniká.

Pojem zdraví označuje schopnost přizpůsobit se a v případě poškození restituovat svůj stav. Cílem péče o zdraví je přispívat k plnému rozvoji člověka, tj. pomáhat mu stát se plně člověkem i ve smyslu integrity jeho poznání a svobody. Zdraví není jen stavem, ale zahrnuje i povinnost tento stav udržovat a usilovat o něj. (Ondok, 1999)

Povinnost poskytovat péči pomocí všech dostupných prostředků vede nejen ke stále dokonalejší diagnostice, ale také k postupné patologizaci společnosti. Různé lékařské úkony, které dříve nebyly považovány za léčebné, jsou nyní hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, např. in vitro fertilizace, sterilizace. Zdraví, říká Kortner, tu dostává téměř náboženskou hodnotu. Není chápáno jako dar, štěstí, ale jako nárok. (Lapin, 2005) Právo na život, které má každá osoba, je také právem na kvalitu života, to zahrnuje i právo na pomoc společnosti. Pojem práva má však omezený smysl. převážnou část odpovědnosti nese člověk sám. Právo na zdraví znamená pouze to, že jeho zdraví nebude ohrožováno aktivitami druhých a že mu bude poskytnuta odpovídající pomoc ze strany společnosti. (Ondok, 1999)

Velké možnosti současné medicíny by neměly nabízet nemocným falešnou naději na věčné zachování života pomocí vědy a techniky. Vynořují se etické otázky vztahující se k finančním možnostem, sociální spravedlnosti, vztahu mezi nemocným, lékařem a příbuznými. Nemocný člověk potřebuje kromě profesionálního zacházení a technického zabezpečení i lidskou blízkost. (Dolista, 2008)

Zkušenost nemoci odhaluje křehkost lidské existence, je signálem jejího omezení a konce. Stonání je způsob lidského bytí, který ukazuje osobní zkušenosti, postoj nemocného k sobě i ostatním, je příležitostí ke kontemplaci a sebereflexi. Otázka smyslu utrpení a nemoci je odsunuta i dalekosáhlým zúžením medicíny na čistě přírodovědnou oblast. (Dolista, 2008)

1.1.4 Sociální práce

„*Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.*“ (Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků, 2004)

Sociální práce je „odborné působení na účastníky problematických sociálních interakcí s cílem dosáhnout jejich vzájemného přizpůsobení a zmírnění problematičnosti jejich interakce.“ (Musil, 2010) Je nejproblematičtější z pomáhajících profesí. Její základy stojí na staleté tradici odpovědnosti ke znevýhodněným, ale jako věda byla konstituována až ve dvacátém století a stále musí obhajovat své právo na existenci. (Clark, 2000)

„*Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na zlepšení nebo obnovení sociálního fungování klienta (jedince, skupiny či komunity) a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl*.” (Payne, M., 2006 in Janebová, 2007) Sociální fungování je pak zjednodušeně vymezováno jako soulad mezi kapacitou a potřebami jedince a požadavky prostředí, či naplňování rolí člověka ve společnosti. Cílem není pouze vyvolávat změnu na straně klientů, ale také na straně jejich prostředí. (Janebová, 2007)

Filová, Levická (2010) uvádějí, že hlavním cílem sociální práce je zlepšení životních podmínek lidí v dané společnosti, snižování diskriminace a sociální nespravedlnosti. Klienty jsou ti, kteří se ocitli v krizi nebo jsou z nějakého důvodu utlačováni. Veřejnost, klienti i sociální pracovníci jsou velmi citliví k etickým otázkám v sociální práci právě proto, že její hlavní cíle jsou spojené se všeobecnými etickými principy. (Levická, 2010) Sociální práce se musí (někdy v rozporu se svým posláním) přizpůsobovat občanskému povědomí o tom, co jsou sociální problémy a jak je řešit, protože z něj se odvozuje sociální politika a její nástroje. (Řezníček, 2000)

Oproti práci ve zdravotnictví není předmětem sociální práce jen psychosomatická stránka člověka, ale celkové uschopnění klienta k plnohodnotnému sociálně-osobnostnímu rozvoji. (Fischer, 2008 - I) Musil (2004) zdůrazňuje, že existuje řada disciplín blízkých sociální práci, jejichž cílem je také pomoc v obtížných životních situacích. Nicméně specifickým znakem sociální práce je zaměřenost na komplex různorodých okolností, které představují specifickou životní situaci klienta. Tato široká zaměřenost vyvolává potřebu spolupráce s jinými odborníky.

Sociální práce na rozdíl od jiných oborů působí na vztahy mezi klienty a jejich sociálním prostředím, nahlíží klientovu situaci jako celek. Sociální pracovnice či pracovník by měli rozpoznat všechny bariéry zvládání situace na straně klienta i prostředí (zdravotní, psychiatrické, psychologické, ekonomické, kvalifikační, duchovní, hodnotové a kulturní, hygienické, vztahové atd.). (Janebová, 2007) Sociální práce se pohybuje v napětí mezi požadavky prostředí a možnostmi či přáními jednotlivce. (Brozmanová Gregorová, 2010) Sociální pracovník má být v roli prostředníka, má působit na obě strany interakcí, neboť působením pouze na klienta by k odstranění problému nedošlo. (Musil, 2010)

Téma moci bývá většinou spojováno s výkonem jiných zaměstnání než pomáhajících profesí, především policie. Nicméně i sociální pracovníci jsou držiteli značné míry moci. Pracovníkova moc se projevuje v tom, že rozhoduje o tom, do jaké míry použije své dovednosti ve prospěch klienta a jaký prostor dá ve vztahu a rozhodování klientovi, kvalitou své práce a svou angažovaností rozhoduje o budoucnosti klienta. Zdrojem moci je tedy jak profesní poslání kontrolovat, tak poslání pomáhat. (Janebová, 2007) Sociální práce je profesí, kde rozsah využívání kompetencí má zásadní vliv na etický aspekt jednání s klientem. (Fischer, 2008 – I) Schopnost a odhodlání jednat eticky je základním aspektem kvality poskytovaných služeb. (Kamanová, 2010) Sociální pracovník stojí jako prostředník mezi potřebami klientů a potřebami společnosti na straně toho silnějšího, tedy straně zákona a státu. Má velkou moc vůči konkrétnímu jedinci, protože je zástupcem většiny proti menšině, reprezentuje většinovou kulturu, představuje kritéria normality, rozhoduje o občanských právech klienta. (Úlehla, 2004)

1.2 Specifika etiky ve zdravotnictví

Etika ve zdravotnictví zahrnuje více profesních etik, jejichž obsah a vzájemný vztah jsou komplikované . (Haškovcová, 2002). Blíže se budeme věnovat bioetice, lékařské etice a etice ošetřovatelské. Zdrojem etiky ve zdravotnictví jsou hippokratovská tradice, židovsko-křesťanská tradice a novodobé filosofické směry. (Kutnohorská, 2007) Snižující se úroveň povědomí o významu etiky ve společnosti se dostává i do zdravotnických zařízení. (Dolista, 2006)

1.2.1 Lékařská etika

Lékařské povolání bylo vedle kněžského první, které usilovalo o vlastní stavovský étos. Od nejstarších dob mělo lékařství vysoké sociální postavení. (Dolista, 2008) Velký rozsah a naléhavost etických požadavků v medicíně je dána vysokou odpovědností a hodnotami, které jsou mu svěřeny – zdraví a život člověka. (Matochová, Lajkep, 2005)

Kořenek (2002) uvádí dvě možná pojetí lékařské etiky. Může být normativním oborem, který se zabývá aktuálními situacemi v lékařské praxi, vypracovává a zdůvodňuje pravidla objektivně správného jednání, nebo cestou k ideálu – zabývá se nejen realizací hodnot a mravních norem v konkrétní lékařské praxi, ale také mravními požadavky na samotné lékaře. (Kořenek, 2002)

Lékařská etika se stala samostatným oborem v roce 1991. (Ivanová, 2005) Za její počátek můžeme považovat starověk, tedy dobu, kdy se medicína začala rozvíjet. V tomto období se začaly shromažďovat a třídit poznatky o pomoci nemocným či postiženým jedincům. Nesloužily však všem, ale pouze určitému společenství. Sokrates má velkou zásluhu na rozvoji lékařské etiky, neboť hlásal, že znalost léčení má být přístupná všem lidem. Vrchol medicínské etiky starověku patří Hippokratovi. (Korcová, 2008)

Podle Hippokrata není velký rozdíl mezi filosofií a medicínou, i lékař má mít všechny ctnosti filosofa – prost chamtivosti, ohleduplný, cudný, skromný. Lékař je podle Hippokrata služebníkem těla. (Lapin, 2005) Hippokratova přísaha je nejstarším (kolem roku 400 př.n.l.) zaznamenaným mravním závazkem lékaře vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. I přes její stáří a některé obsahově překonané pasáže ji dosud přijímají laici i odborníci pro její obecný akcent na profesní mravnost. Ve dvacátém století byla brána v úvahu při formulaci novějšího mravního kodexu lékařů i dalších odborníků podílejících se na péči o nemocné. (Haškovcová, 2002)

Hippokratova přísaha upravovala vztah lékaře ke kolegům, pacientům i veřejnosti. Obsahuje etické zásady, které jsou aktuální i dnes - beneficience, mlčenlivost, odmítání přerušení těhotenství, odmítání eutanásie. (Goldman, Cichá, 2004) V Hippokratově přísaze jsou obsaženy závazné principy a návody, i zdůraznění důležitosti čistoty a posvátnosti života lékaře samotného. V naší kulturní oblasti byl text uváděn v průběhu času do souladu s židovsko-křesťanskou tradicí. (Munzarová, 2005)

Ke kritice některých těchto zásad došlo až ve druhé polovině dvacátého století, důvodem byly především velké změny v oblasti společenské obecně (lepší vzdělání, větší uplatňování lidských práv, nedůvěra v autority a instituce apod.) i v lékařství (specializace, institucionalizace, depersonalizace léčebné péče, přibývání nových etických problémů vycházejících z nových poznání a nových možností). Nutným důsledkem bylo zpochybnění tradičního mravního zakotvení společnosti obecně a lékařství zvláště. Počátky uvedené změny myšlení lze sledovat do 17-18. stol. (Locke, Rousseau, Kant). (Munzarová, 2005)

Po druhé světové válce nastal výrazný zlom ve vývoji lékařské etiky. Mnozí lékaři pod vlivem ideologie nerespektovali základní mravní principy své profese, prováděli eticky nepřípustné pokusy na zajatcích apod. V souvislosti s Norimberským procesem (1946) bylo rozhodnuto o vypracování mechanismů, které by v budoucnu bránily ideologizaci zdravotní péče. V roce 1947 byl vydán Norimberský Kodex, kterým se zakazuje provádět pokusy na lidech, postupně byly přijímané další deklarace, které zavazují lékaře k určitým etickým normám, např. Ženevská deklarace 1948. (Korcová, 2008) Současně s politickým vývojem působil na rozvoj lékařské etiky

v tomto období také výzkum v oblasti diagnostických a terapeutických metod. (Haškovcová, 2002)

Vzorem pro to, jak dělat lékařskou etiku se stala teorie W.D: Rosse o prima facie principech – tedy těch, které jsou evidentní na první pohled, jednoduché, jasné a samozřejmé. V Belmontské zprávě (z roku 1979) byly vytyčeny základní etické principy – respekt k osobám, beneficience a spravedlnost. Beuchamp a Childress pak rozpracovali princip respektu především ve smyslu autonomie, od principu beneficience oddělili jasněji princip non maleficience. Dva pocházejí už z Hippokratovy přísahy, dva jsou nové, ale pro moderní podmínky velice důležité. Tento model brzy přešel do Evropy, zakotvil do určité míry i u nás. (Munzarová, 2005)

Všeobecně ceněné vysoké odborné a prestižní vzdělání lékařů zakládá mýtus, že správná komunikace, která je projevem správného, etického chování, je lékařům vlastní. I lékaři sami si myslí, že umění komunikace nějak mají v sobě. V minulosti dokázali lékaři hovořit s pacienty se samozřejmostí, jejich komunikaci nebylo potřeba věnovat zvláštní pozornost. Terapeutické možnosti byly omezené a vlídné slovo a emotivní podpora byla účinným a často používaným nástrojem. Základní rámec komunikace určoval lékař, díky silně asymetrickému rozdělení vzdělanosti. Rozvolnění tradičního paternalistického vztahu přinesla do komunikace mnoho problémů. Můžeme rozlišit běžnou a výjimečnou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Lékaři paradoxně víc chybují v té běžné, protože v té výjimečné jsou si vědomi závažnosti situace. (Haškovcová, 2011) Koncem 70. let polevilo nadšení z úspěchů moderní technické medicíny, lékaři byli nuceni uznat její limity a rozvíjet medicínu chronických stavů. Pacienti, kteří byli zachráněni, ale nebyli zcela uzdraveni, nárokovali potřebu informací i tradiční lékařovu lidskou účast. Té se jim nedostalo a koncept práv pacientů byl přiměřenou reakcí na výraznou redukci komunikace. Lékaři „zmlkli“ v době, kdy svou pozornost obrátili k přístrojům. Majoritním problémem moderní medicíny je doprovodná a nechtěná dehumanizace medicíny, jejímž praktickým výrazem se stala medicína mlčení. (Haškovcová, 2002)

1.2.2 Ošetřovatelská etika

V zahraničí se ustálil pojem nursing ethics, který je cenný tím, že zahrnuje všechny pracovníky v ošetřovatelství. (Haškovcová, 2002)

Zpočátku se na ošetřování nemocných podíleli neprofesionálové. Jejich motivem bylo pomoci nemocnému v nouzi. (Korcová, 2008) Poskytování ošetřovatelské péče má do jisté míry společnou historii se sociální prací. (Kutnohorská, 2011)

Ošetřovatelství jako samostatný obor i jeho etické zásady formulovala Florence Nightingale v druhé polovině devatenáctého století. (Kuntohorská, 2007) Vyvíjelo se současně s vědou lékařskou, tedy i s lékařskou etikou. (Korcová, 2008) Od svého vzniku spojuje ošetřovatelství profesionalitu s morálními nároky (Fišerová), které určovaly pokyny lékařů, případně jiných vzdělanějších povolání. (Korcová, 2008)

Z českých osobností se etice ošetřovatelství věnovala např. Alice Masaryková (1879-1966) (Kutnohorská, 2007), ošetřovatelské etice se věnovali i někteří lékaři (Charvát, Málek, Pacovský). (Korcová, 2008) Současná etika v ošetřovatelství vychází z cílů ošetřovatelství, jak byly definovány v programu Zdraví pro všechny do 21. století., a z profesionální role sestry. (Kutnohorská, 2007)

1.2.3 Bioetika

Bioetika je jednou z nejmladších oblastí etiky. Pojem se začal používat v druhé polovině dvacátého století a jeho obsah není zcela ustálen. (Smolková, ?) Např. Jankovský (2003) uvádí, že je vědou o morálních problémech souvisejících se vznikem a finalitou lidského života a života vůbec. Dolista (2006) ji definuje široce jako vědu o životě, do níž patří nejen lidé, ale i ostatní tvorové a rostliny, někdy je označovaná za ekologickou etiku. Dle Haškovcové (2002) bioetika zkoumá etické problémy jak v lékařské praxi, tak ve výzkumu, a to i v oborech, které výkon lékařské praxe podmiňují – např. biologie, biofyzika, chemie, farmacie.

Bioetika (by) měla být mostem mezi biologickými poznatky a poznatky o lidských hodnotách. (Kovaĺová, 2010) Jejím předmětem je právo na život. Stala se oborem, který vyšel z lékařské etiky, jako reakce na neetické experimenty, které lékařská etika neuhlídala. Nyní ji nedílně doprovází a rozvíjí ji. Velkým problémem v bioetice je střetávání profesionality na jedné straně a silné emocionality na straně druhé. (Dolista, 2006)

1.3 Specifika etiky v sociální práci

Specifikem etiky v pomáhajících profesích je to, že klient je v závislé pozici vůči pracovníkovi. (Dávideková, 2010) Sociální práce se vždy dotýká etiky, protože její podstatou je obhajoba a naplňování lidských práv. Hlavním principem sociální práce je konat vždy v prospěch klienta. Sociální pracovníci by si měli uchovat co nejvyšší míru nezávislosti a svobody rozhodování, tak, aby tento princip naplňovali. (Filová, Levická, 2010)

Etika v sociální práci musí spojovat vědomí principů a hodnot sociální práce s konkrétní situací v praxi. Etiku sociální práce můžeme vnímat jako teoretickou disciplínu, která umožní sociálnímu pracovníkovi kriticky posuzovat dilemata a problémy své práce, nebo jako soubor norem přijatelných v praxi. Druhé pojetí úzce souvisí s metodami sociální práce, jeho cílem je osvojit si hodnoty, soudy a postupy v tom či onom sociálně-právním, politickém či náboženském prostředí. Etika sociální práce v prvním pojetí umožňuje více reflektovat konkrétní situaci i obecné principy, ze kterých vychází metodické postupy sociální práce. (Fisher, 2008 - II)

Profesní etika sociální práce je obvykle totožná s etikou majoritní společnosti. V současné době dochází k míchání různých kultura a jejich různých etických hodnot a od sociálního pracovníka se očekává, že bude rozumět příčinám rozdílných hodnotových systémů a rizikům, která to může přinést. Sociální práce ve společnosti, která není příliš kulturně a sociálně diverzifikovaná, má tyto základní etické problémy:

- jestli vůbec, případně kdy, zasahovat do klientova života
- kterým klientům se věnovat
- kolik snahy vyvinout, abychom klienta nevedli k pasivitě až zneužívání systému
- kdy přestat. (Filová, Levická, 2010)

Sociální pracovník se pohybuje v rámci určeném právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. V ideálním případě by všechny tři oblasti měly být v souladu, bohužel v praxi často dochází k jejich konfliktu. (Brozmanová Gregorová, 2010) K pracovníkově profesionalitě patří odpovídat i na nevyslovené otázky týkající se tématu moci a morálky, protože nebývá zvykem se na ně ptát. Otázkou etiky je také zabývat se potřebami, které v sobě pracovník nese. Pracovník má znovu a znovu nalézat odpověď na otázku proč svou práci dělá a proč ji dělá právě tak, a ne jinak. Čím přesněji bude umět na tuto otázku odpovědět, tím otevřeněji bude moci respektovat svoje potřeby a nečinit tak na klientův úkor. (Úlehla, 2004)

Pojetí etiky v sociální práci předpokládá schopnost analýzy problematických situací a vynášení etických a hodnotových soudů na uskutečněným nebo zamýšleným jednáním. Sociální práce s trojúhelníkem klient, pracovník, společnost spočívá ve výběru hodnoty, které se má společným úsilím dosáhnout. Množství vlivů, které jsou spojeny i s jednoduše vyhlížející zakázkou, spíše odrazuje od dalších úvah a vede k soustředění se na to, co je nezbytné pro okamžité a co nejjednodušší vyřešení zakázky. Etický rozměr sociální práce k tomu však připojuje požadavek revize běžných postupů s ohledem na vyhovující etickou stránku navrženého postupu. Postupem „rychle se rozhodni a už se k tomu nevracej“ potlačujeme původní osobní hodnoty, kvůli kterým se člověk pro svou profesi rozhodl. (Fischer, 2008 - II) Život v souladu s etickými pravidly nám přináší vnitřní spokojenost. (Filová, Levická, 2010)

Etický kodex sociálních pracovníků není jen nástrojem pro vedení profesionálů a ochranu klientů, ale také pro ochranu profese samotné a její autonomie. (Nečasová, 2008) Etický kodex zdůrazňuje, že sociální pracovníci mají větší odpovědnost než prostě jen dělat svou práci a dodržovat služební pravidla. Může být užitečný v době, kdy finanční zdroje pro sociální práci jsou omezeny a kvalita sociální práce může být

ohrožena. Etický kodex hraje roli ve vnímání sociálních pracovníků sebe sama jako víc než jen jako zaměstnance dělající svou práci. (Banks, 2001)

Kritika kodexů spočívá především v tom, že nejsou konzistentní – etické principy často nevycházejí z etické teorie a pravidla jednání zase z etických principů. Zároveň je v kodexech zřejmý předpoklad, že etika je pracovníkům dána zvnějšku, zatímco sociální pracovníci do ní vkládají své vlastní subjektivní individuální hodnoty. Další námitky míří proti tomu, že kodex předpokládá, že existuje konsensus veřejnosti a profesionálů. Je sporné, jestli existuje, vzhledem k tomu, že klienti a zadavatelé stále více požadují, aby byly služby poskytovány spíš podle jejich hodnot, než podle hodnot profese sociálních pracovníků. Kodexy jsou vytvářeny pro jednu profesi, zatímco sociální práci stále častěji zajišťují multidisciplinární týmy. Kritizovány jsou také za to, že nepostihují všechny aspekty sociální práce, že předpokládají konání v nejlepším zájmu klienta, i když to kvůli omezenosti zdrojů není možné, že důsledné jednání podle etického kodexu může bránit upřímné etické reflexi. (Nečasová, 2008)

Kodex jako návod k řešení eticky problematických případů může vyvolávat dojem, že pokud je kodex správně používán, poskytne odpovědi na všechny otázky. Praxe je však mnohem komplikovanější a zmatenější, než aby ji šlo vyřešit sebelepším etickým kodexem. Veškerá sociální práce nemůže být vtěsnána do jednoho etického kodexu, mnohé specializované skupiny pracovníků – streetworkeři, sociální kurátoři apod.- si tvoří své vlastní etické kodexy. (Jandejsek, Kombersová, 2008)

1.4 Hodnoty

Když mluvíme o profesní morálce, předpokládáme, že profese sociálního pracovníka, lékaře, zdravotní sestry, s sebou nese vymezené hodnoty, s jejichž pomocí můžeme konkrétní jednání konkrétního jedince z pohledu profese posoudit. (Fischer, 2008 - I)

Etikou hodnot se zabývá axiologie. (Fischer, 2008 - II) Etika je nemyslitelná bez definice dobra, nicméně shody v tak obecném pojmu je těžké dosáhnout (Šimek, 2003), proto se současný svět se svým relativismem opírá o existenci hodnot. (Kořenek, 2002)

. Těmi může být konkrétní drobnost i abstraktní pojem, který je pro nás významný. Obecně uznávanými hodnotami jsou i v dnešní době lidský život a jeho důstojnost, dobré mezilidské vztahy, tolerance apod. (Šimek, 2003) Základem všech obecně platných hodnot je hodnota důstojnosti lidského života. Při řešení konkrétních kazuistik se objevují dilemata a problémy, které plynou z průniků různých rovin hodnot. (Fisher, 2008 - II)

Důsledné osvojení si etiky profese by mělo být i kritériem vhodnosti dané profese pro konkrétního pracovníka, skrze výkon konkrétní odbornosti na sebe pracovník bere i nepsanou mravní a právní zodpovědnost za jednání v souladu s příslušnými profesním hodnotami. Během vzdělávání by měl být důsledně promýšlen vztah profesních a osobních hodnot pracovníka, aby se předešlo situacím, kdy oprávněně předpokládané profesní hodnoty ustupují hodnotám osobním. Do hry vstupují i hodnoty klienta, o kterým nemusíme mít vždy přesnou představu, a hodnoty společnosti. (Fisher, 2008 - II)

1.5 Etické principy

Pokud hovoříme o morálním rozhodování, pak nepoužíváme pojem hodnoty, ale principy, které naše rozhodování vedou. (Šimek, 2003) Podle Beauchampa a Childresse (2001) je princip základní normou v systému myšlení nebo víry, která v daném systému formuje základ morálního zdůvodňování. Můžeme rozlišit princip a pravidlo, které je více specifické a má užší rámec. Například respekt k právu člověka na sebeurčení může platit jako princip, protože jeho šíře je veliká, zahrnuje všechny lidi ve všech podmínkách, zatímco respekt k právu uživatelů služeb nahlížet do své dokumentace je specifičtější a může být považován za pravidlo. Etické teorie založené na principech popisují etické myšlení a rozhodování jako rozumový proces aplikace principů a

odvozených pravidel na konkrétní případy a odůvodnění rozhodnutí odkazem na dané pravidlo nebo princip. (Banks, 2001)

V současném pluralistickém světě není možné najít jeden jediný „správný“ etický systém. Výhodou formulace etických principů je, že jsou nadhozeny natolik volně, abychom se na nich snad ještě všichni shodli. (Vácha, 2012) Počet používaných principů závisí na tom, jak podrobně je chceme klasifikovat. (Ondok, 1999)

Slabé místo práce s principy je právě v tom, že jsou natolik volné, že přijetí určitého principu ještě nedává návod ke konkrétnímu jednání. Principy mají být prostorem, v němž probíhá další debata. Další nevýhodou myšlení v principech je, že se obecně uznané principy často dostávají do vzájemného sporu. (Šimek, 2003) Pokud se dva nebo i více z principů dostanou do konfliktu, nevíme, kterému dát přednost. (Vácha, 2012) Přibývá ale také kritiků, pro které jsou tyto principy bez pevného mravního základu pouze mantra bez zřejmého obsahu. (Munzarová, 2005) „Prima facie“ etické principy jsou nezávislé na etických teoriích, mají evidentní platnost. K nim přistupují principy druhého řádu: pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost a poctivost, důvěryhodnost. (Ivanová, 2006) Principy druhého řádu neredukují pozici čtyř principů, ale osobitým způsobem je dotvářejí. (Zímová, 2012)

Principy jsou vhodným východiskem při řešení etických problémů. Nestačí jenom to, že byly v určitý čas někým a nějakým způsobem zformulovány, nejdůležitější je jejich využití v praxi. Principy musí být vysvětlovány (co znamenají?), upřesňovány (kdy a kde platí?) a udržovány v rovnováze (kterému bychom měli dát přednost v konkrétních případech?). (Zímová, 2012, Banks, 2001)

1.5.1 Etické principy ve zdravotnictví

Zdrojem etiky ve zdravotnictví jsou hippokratovská tradice, židovsko-křesťanská tradice a novodobé filosofické směry. (Kutnohorská, 2007) Čtyřem principům lékařské etiky předcházely „prima facie principy“ W. D. Rosse. Jednoduché principy patrné na první pohled zahrnující respekt k osobám, konání dobra a

spravedlnost. Beuchamp a Childress pak rozpracovali princip respektu především ve smyslu autonomie, od principu beneficence oddělili jasněji princip non maleficience. Tyto čtyři principy měly být přijímány všemi, bez ohledu na kulturu či náboženství. (Munzarová, 2005) V literatuře se často hovoří o čtyřech principech jako o období biblického Desatera. (Zímová, 2012)

1.5.2 Etické principy v sociální práci

Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti. (Mezinárodní etický kodex sociálních pracovníků, 2004) Ačkoli v etice sociální práce není jeden všeobecně uznávaný soubor principů, Banks (2001) uvádí, že podle literatury je možné pro sociální práci určit principy podobné čtyřem základním principům bioetickým - respekt k právu na sebeurčení, podpora blahobytu nebo pohody, distribuční spravedlnost a rovnost. Mezi těmito principy se neobjevuje princip non maleficience, který je tradičně zdůrazňován v medicíně. Naopak je zde z principu spravedlnosti vyčleněn princip rovnosti ve smyslu nediskriminace, protože v sociální práci jsou záležitosti týkající se rovnosti v kontextu antidiskriminačních a antiopresivních přístupů velmi důležité. (Banks, 2001)

Etické principy vztahu sociální pracovník-uživatel vycházejí se sedmi principů definovaných Biestekem v padesátých letech dvacátého století, které byly překvapivě vlivné. Biestek je nezamýšlel jako etické principy, zamýšlel je především jako principy pro efektivní praxi. Jedná se o principy individualizace, projevování emocí, citové angažovanosti, akceptace, nehodnotící postoj, sebeurčení, diskrétnost. Ostatní autoři pak modifikovali tyto principy, vždy se však opakovaly principy individualizace, sebeurčení. Mnozí ve svém seznamu principů jmenovali i respekt k osobám, který Biestek do seznamu nezahrnul, ale jeho principy jsou s tímto základním principem v souladu. Později se začaly objevovat principy, které zohledňovaly to, že sociální pracovníci jsou podřízeni právním normám a musí hájit veřejné blaho. Zájmy různých osob mohou být v konfliktu a podle principu práva na sebeurčení je těžké rozhodnout,

kterému právu na sebeurčení dát přednost. (Banks, 2001) Clark (2000) definuje jako čtyři pilíře etiky sociální práce respekt, spravedlnost, občanství (jako právo na blahobyt) a sebekázeň (jako profesionální znalosti a odbornost). V kodexu sociálních pracovníků můžeme nalézt principy: nezávislost, osvobození od represe a podřadných životních podmínek, protidiskriminační přístup, demokracie a lidská práva, spoluúčast klienta, ochrana integrity klientů, sebeurčení, odpor proti násilí, osobní odpovědnost. (Goldman, Cichá, 2004)

1.5.3 Princip non maleficience

Princip non maleficience znamená nezpůsobovat druhým újmu. V medicínské etice je to spojeno s heslem *primum non nocere*. Zdravotníci se na tuto maximu často odvolávají, přestože její původ i použití jsou nejasné. Je často uváděna jako základní princip Hippokratické tradice, ale v Hippokratově přísaze se neobjevuje. Nicméně tento princip jasně vyjadřuje zásada *nepoužiji léků, abych poškodil nemocného*. (Childress, Beauchamp, 2001)

Patří sem rozdíl mezi nechat zemřít a zabít, zamýšlení a předvídání škodlivých výsledků, řádné a mimořádné léčení, udržování a zachraňování života. Někteří filosofové spojují neškodění a dobřečinění do jediného principu. Neškodění ustoupí dobřečinění v případech, kdy přínos převáží riziko poškození – vpich jehlou vs. život zachraňující zásah. Obecně je princip neškodění přednější než dobřečinění. Někdy není možné dát přednost beneficienci, dokonce i pokud by utilitaristický výsledek se tvářil příznivě. Např. není možné zabít vězně a transplantací jeho orgánů zachránit dva nevinné. (Childress, Beauchamp, 2001)

Měli bychom být velmi opatrní v určování priorit. Např. záchrana lidských životů ospravedlňuje rychlou jízdu sanitek. Rozhodnutí končit léčbu je závažnější, než rozhodnutí ji nezačít. Vypnout respirátor přímo spojíme se smrtí daného člověka, zatímco pokud ho k přístroji nepřipojíme, nevidíme tam přímou příčinnou souvislost s jeho smrtí. Nezačít léčit i přestat léčit může být obojí nástrojem nechat zemřít, ale také

zabít. Zdravotníci mívají problém s ukončením léčby, která už byla zahájena. Nicméně pokud péči neposkytneme, nemůžeme vědět vývoj, prognózu, což zjistíme pouze vyzkoušením nasazením léčby. Její ukončení v případě neúspěchu je pak morálně lepší než její nezahájení. Zdravotníci vítají DNR (do not resuscitate – předem vyslovené přání neprovádění resuscitace) a je odpovídající v mnoha situacích, jako jsou terminální stavy, nevratné ztráty vědomí apod. Nicméně není úplně jisté, jaká další léčba má nebo nemá být poskytnuta – chemoterapie, operace apod. Rozlišení mezi běžnou a mimořádnou léčbou má význam hlavě tam, kde se rozhoduje o léčení/neléčení. Jde o zvážení nákladů a možných zisků. Kde není žádná naděje na zisk, nemá cenu ani nejdražší lék. Svéprávní (schopní) pacienti sami zváží své klady a zápory, pacienti neschopni rozhodnutí nemusí podstupovat léčbu, pokud je pro ně velmi zatěžující. Existuje rozdíl mezi udržováním života pomocí výživy jehlami a sondami a ostatními prostředky zachraňujícími život (respirátor apod.)? Měla by být povinná nebo dobrovolná a za jakých podmínek? Childress a Beauchamp ji považují za jeden z život zachraňujících prostředků a myslí si, že je možné ji ukončit stejně jako další prostředky. Dokládají i případy, kdy soud rozhodl ve prospěch ukončení podávání stravy sondou. Nicméně přesto je ukončení podávání stravy kontroverzní. Zdravotníci ho intuitivně vnímají jako vyhladovění pacienta, což považují za nepřípustné. Nabízení pití a jídla představuje základ péče a soucitu. Existuje také obava, že pod tlakem na minimalizaci nákladů se z práva zemřít stane povinnost zemřít. Kvalita života pacienta se bude poměřovat s jeho cenou pro společnost, místo zájmů pacienta půjde o zájmy společnosti. (Childress, Beauchamp, 2001)

Další oblastí, na které je možné vysvětlit princip non maleficience je princip dvojího účinku. Tento princip obsahuje zásadní rozlišení mezi zamýšlenými efekty a očekávanými efekty (jsou jen následkem akce). Čin, který má dva očekávané následky, jeden dobrý a jeden špatný, není vždy zakázán. Jako příklad uvádějí podávání toxického analgetika při bolestech. Uleví od bolesti, ale mohou způsobit, že pacient zemře dříve. Kdyby je lékař nepodal, pacient bude velmi trpět. Podle úhlu pohledu může být všechno jen následkem a ne cílem. Záleží tedy spíš na charakteru aktéra, s jakým úmyslem činnost dělá, než jakou činnost dělá. Princip dvojího účinku nemůže vysvětlit otázky

jako např. eutanásie, protože není možné stanovit, jestli smrt je pro člověka dobrem nebo zlem. (Childress, Beauchamp, 2001)

V etické kodexu sociálních pracovníků najdeme zmínku o neškodění klientovi neodborným zásahem: *„Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí... Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.“* (Etický kodex sociálních pracovníků, 2005)

Sociální pracovník se může dopouštět dvou systematických: nesprávně zasáhnout – důsledkem je falešný poplach (např. bezdůvodné informování oddělení sociálně právní ochrany dětí) a nesprávně nezasáhnout – jejím důsledkem je nedbalost (např. pokračující zneužívání dítěte). V prvním případě jde pracovník do situace s předem připraveným názorem, že je vždy lepší udělat něco, než neudělat nic, a proto je třeba dítě z rodiny odebrat. V podstatě jde o zneužití moci ve službě dobra. Ve druhém případě naopak může předem kalkulovat s tím, že když nebude zasahovat, snižuje se tím pravděpodobnost, že bude obviněn z nějakého pochybení. Pravdou je, že chyba „nesprávně nezasáhnout” není v sociální práci tak přísně trestána, například oproti medicíně. Jedinou cestou, jak se vyhnout oběma chybám, je individuální přístup ke každé situaci. Znamená to přizpůsobit rozhodnutí situaci. Kdyby pracovník vždy zasáhl, nezanedbá nikdy svou povinnost, kdyby vždy nezasáhl, nikdy nedojde k falešnému poplachu (Laan, 1998). Jako prevence těchto dvou systematických chyb by měla sloužit připravenost sociálních pracovníků vždy a za každých okolností legitimizovat – tedy ospravedlnit a vysvětlit – své jednání a rozhodování o situaci.(Janebová, 2007)

„Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.“ (Etický kodex sester)

„Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům. Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení.

Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (Etický kodex ČLK)

1.5.4 Princip beneficience

Etika požaduje nejen abychom se zdrželi poškozování lidí, ale také abychom přispívali k jejich dobru. Neexistuje žádná ostrá hranice mezi nepoškozováním a poskytováním užitku, ale princip beneficience požaduje víc, protože aktér musí dělat aktivní kroky k tomu, aby pomohl, ne jen se vyhýbat poškozujícím činům. Princip beneficience je ústředním principem bioetiky. Je také základem různých etických teorií (např. utilitarismus). Nicméně není dostatečně široký, aby nahradil i ostatní principy. Jeden z nejstarších příkladů beneficience najdeme v podobenství o Samaritánovi. Součástí beneficience je:chránit práva druhých, předcházet tomu, aby se druhým děla újma, odstraňovat podmínky, které by škodily ostatním, pomáhat lidem s postižením, zachraňovat lidi v nebezpečí. (Childress, Beauchamp, 2001)

„Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení.“ (Etický kodex sester)

„Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince...Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.“ (Etický kodex ČLK)

„Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.“ (Kodex sociálních pracovníků)

Beneficience na rozdíl od non maleficience představuje aktivní akci, nemusí být dodržována nestranně a zřídka zakládá důvod pro trest, pokud aktér ho nedodrží.

Nikomu nesmíme způsobovat újmu. Pomoc máme poskytovat těm, se kterými máme zvláštní vztah. Těm, se kterými žádný vztah nemáme, obvykle nemusíme poskytovat dobro. Je možné neubližovat všem lidem po celou dobu, ale není možné poskytovat dobro všem. (Childress, Beauchamp, 2001)

Beneficience může někdy převážit non maleficienci – např. očkování – malá újma jedince vs. velký zisk společnosti. Můžeme rozlišit také beneficienci konkrétní a obecnou. Konkrétní se týká určité skupiny – dětí, přátel, pacientů, obecná se týká všech. Specifický vztah má ale i např. náhodný chodec k topícímu se člověku ve vodě. Konkrétnost tohoto vztahu spočívá to v tom, že pouze on mu může zachránit život. Pokud by mu nepomohl, je to morálně trestuhodné. (Childress, Beauchamp, 2001)

Paternalismus je příkladem konfliktu mezi beneficiencí a autonomií. Představa, že beneficience je základní povinností v péči o zdraví, je odvěká. Profesní povinnosti a ctnosti byly považovány za závazky beneficience. Tradičně se lékaři spoléhali na svůj úsudek o pacientových potřebách. Nicméně medicína v posledních letech stále více musí brát v úvahu pacientova práva na rozhodování o jeho léčení. Hlavním etickým problémem bioetiky je, jestli má mít přednost autonomie pacienta nebo jeho prospěch. Ve střetu beneficence a autonomie je možné rozlišit dva pohledy na beneficienci. První říká, že beneficience soutěží s autonomií, druhá, že je její součástí, pomáhá určovat, co je zdravotní prospěch pacienta. (Childress, Beauchamp, 2001)

V paternalistickém přístupu vystupuje zdravotník jako ten, kdo má lepší znalosti, vhled a tudíž i lepší možnost posoudit pacientům nejlepší zájem.Vystupuje jako milující rodič se závislým, neznalým a ustrašeným dítětem. Paternalistický přístup obsahuje na jedné straně sílu či nátlak, na druhé podvod, lež, manipulaci s informacemi nebo nesdělení informací na straně druhé. Pokud se pacient rozhodne ve svůj neprospěch, někteří zdravotníci respektují jeho autonomii, někteří se zachovají v zájmu jeho zdraví. Problém je, za jakých podmínek dát přednost kterému principu. Otázkou paternalismu je to, do jaké míry máme chránit člověka, pokud učiní sebepoškozující rozhodnutí. Mají například být zachraňování autonomní lidé, přestože je zřejmé, že jejich úmyslem byla sebevražda? (Childress, Beauchamp, 2001)

1.5.5 Princip autonomie

Slovo autonomie vyhází z řeckého „auto“ – sebe a „nomos“ – pravidlo, zákon, původně označovala nezávislost městských států. Pojem se později rozšířil na jedince – zahrnuje právo na svobodu, soukromí, individuální volbu, svobodu rozhodování, nemá zcela jasný obsah, musí se vždy znovu definovat podle konkrétního objektu. Osoba s omezenou autonomií je v nějakém ohledu pod vlivem ostatních nebo je omezena její schopnost vykonávat své touhy a plány, např. vězni nebo mentálně postižení mají omezenou autonomii. (Childress, Beauchamp, 2001)

I autonomní osoba se schopnostmi sebe-ovládání někdy není schopná určité volby kvůli dočasným omezením způsobených nemocí, nátlakem nebo jinými podmínkami, které omezují její možnosti. Např. autonomní osoba, která podepíše formulář informovaného souhlasu bez porozumění nebo bez přečtení, má všechny předpoklady, aby jednala autonomně, ale neučiní tak. Podobně lidé, kteří nejsou způsobilí dělat autonomní rozhodnutí, mohou být některých autonomních rozhodnutí schopní. Například lidé s mentálním postižením, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům, mohou dělat některá autonomní rozhodnutí – jako například výběr jídla, odmítnutí medikace nebo telefonovat známým. (Childress, Beauchamp, 2001)

Jedinci můžou uplatňovat svou autonomii i výběrem instituce, tradice nebo komunity, kterou vidí jako legitimní zdroj řízení. Při přijetí autority svého náboženství může Svědek Jehovův odmítnout doporučenou krevní transfúzi a římský katolík může být proti potratům. Morálka není souborem osobních pravidel vytvořených jedincem. To, že morální principy sdílíme neznamená, že to nejsou naše principy. Jedinec autonomně přijímá morální představy, které jsou odvozeny z kulturních tradic. Pravidla nebo kodexy profesní etiky nejsou taktéž individuálními myšlenkami a i ony jsou kompatibilní s výkonem autonomie. (Childress, Beauchamp, 2001)

V medicíně se setkáváme s mnoha problémy autonomie, kvůli pacientově závislému postavení a autoritativnímu postavení zdravotníků. V některých případech jsou autorita a autonomie neslučitelné. Konflikty vznikají tam, kde autorita nebyla řádně přenesena nebo přijata. V těchto případech pacientova autonomie může být ohrožena,

protože lékař převzal neoprávněnou míru autority nad svým pacientem. (Childress, Beauchamp, 2001)

Někteří autoři tvrdí, že zastánci autonomie nutí pacienty činit volby, ačkoli mnozí pacienti nechtějí dostávat informace o jejich stavu nebo dělat svá vlastní rozhodnutí. Je základní povinnost zajistit, aby pacienti měli možnost volby. Nevyžádaná informace, vynucená volba a vyhýbavé sdělování jsou neslučitelné s touto povinností.. Zdravotníci by měli vždy zjišťovat obecně o přáních svých pacientů ohledně informování a rozhodování a neměli by to nikdy předpokládat jen proto, že pacient patří k některé konkrétní komunitě. Základní požadavek je respektovat právo jednotlivce na autonomní volbu. Respekt k autonomii není ve zdravotnictví bezvýznamný ideál, je to profesionální nutnost. Autonomie volby je právem, nikoli povinností pacienta. (Childress, Beauchamp, 2001, Vácha, 2012) Rozhodování pacienta je v mnohém v rozporu jak s náboženskými principy, tak s hippokratovskou tradicí, z níž vyplývá paternalismus lékaře, z náboženství pak zase absence práv na rozhodování o svém životě. Ne všichni pacienti jsou schopni se chovat autonomně a ne všichni zdravotníci jsou schopni to rozlišit. (Ivanová, 2005)

V současnosti mnohde převažuje princip autonomie jako protiklad k paternalistickému, tradičnímu modelu. (Munzarová, 2005) Za etický se považuje partnerský vztah mezi zdravotníkem a nemocným, který předpokládá mnoho práv, ale také povinností nemocných. (Goldman, Cichá, 2004) Reminiscence na paternalismus však ožívají v řadách některých lékařů i pacientů. Zejména senioři nechápou, proč se mají v tak obtížných situacích rozhodovat sami Paternalismus by vyhovoval i některým rodičům vážně nemocných dětí a úzkostným dospělým.(Haškovcová, 2011, Vácha 2012)

I když si dnes pacient může vybrat lékaře či zdravotnické zařízení, je to volba z nutnosti. Také vzdělanostní asymetrie mezi lékařem a pacientem trvá. Omyl v představě skutečného partnerství zesiluje klientské pojetí zdravotních služeb, který už dominuje v sociálních službách. Je třeba rozlišit, kde je možná zákaznická služba a kde je osobní angažmá lékaře cennou přidanou hodnotou. V různých závažných situacích se

radíme s odborníky, stejně by měl radit i lékař, ne autoritativně, ale partnersky, formou doporučení. (Haškovcová, 2011)

Dá se říct, že v minulosti bylo mravní rozhodování lékaře „snazší," díky výrazně asymetrickému, paternalistickému vztahu a nízké úrovni technických prostředků, která nedovolovala použití jiného než tradičního řešení. Paternalistický vztah mezi zdravotníky a pacienty trval až do poloviny dvacátého století. (Goldman, Cichá, 2004) Předpokládalo se, že s rozvojem vědy a poznání zmizí lékařova bezmoc a vystřídá ji suverenita. Pokrok v medicíně ale naopak přinesl nová dilemata. (Haškovcová, 2002)

Podstatou dilematických situací je existence více terapeutických možností, kdo by měl rozhodnout o volbě jednoho z nich? Převládl názor, že právem každého člověka je podílet se na rozhodování o svém osudu, v nemoci i ve zdraví. V roce 1970 vznikl první kodex práv pacientů, dále vznikaly další kodexy specifických skupin pacientů Byly vytvořeny laiky, přesto je lékaři na Západě brali vážně. V Čechách celých dalších 20 let byl konzervován paternalismus a iniciativa zdola byla nemyslitelná. V roce 1992 byl první kodex Práv pacientů formulová u nás. Následovaly další, po vzoru zahraničí. Byly formulování převážně shora. V roce 2001 byla přijata Úmluva o biomedicíně, ta je od té doby nejvyšším zdravotnickým zákonem země, tam, kde je v rozporu se zákony ČR má aplikační přednost. Tam se objevuje revoluční ustanovení o tom, že o rozsahu informování rozhoduje pacient, ne lékař. (Haškovcová, 2011)

Prostředkem náležité komunikace je od doby Úmluvy o biomedicíně informovaný souhlas – písemný, konkludentní a ústní. Protože první dvě formy nelze zpětně dokázat, narůstá písemná forma a tím i administrativní zátěž lékařů. Pokud ale není podpis pacienta jen vrcholem vzájemné ústní domluvy, nezaručuje lékaři právní ochranu, často je takový souhlas později zpochybněn. Informovaný souhlas stále více slouží jen jako právní ochrana lékaře před případnými soudními spory. Stává se, že informovaný souhlas je podepsán bez náležitého informování pacienta, někdy je předkládán sestrou nebo sociální pracovnicí. V informovaném souhlasu jsou natvrdo, podrobně vypsány rizika, to pacienta děsí. Zároveň jsou nejistí lékaři, kteří těžko můžou uvést všechna myslitelná rizika. Důvěra mezi lékařem a pacientem mizí, lékař se obává konfliktu s nemocným či příbuzným. V případě odmítnutí léčby se pacient zpravidla

k lékaři vrací, ve zhoršeném stavu, lékař ví, že k tomu nemuselo dojít, zvažuje, zda vhodnou komunikací nemohl situaci předejít. Léčba takového pacienta je zpravidla také dražší. (Haškovcová, 2011)

V sociální práci se objevují otázky, kdy je ještě intervence přípustná a kdy už dochází k depersonalizaci klienta – tedy kdy klientovi bereme potřebnou míru sebeurčení. V takovém případě už nejde o pomoc, ale naopak o poškození druhého člověka v jeho lidství. Základ autonomie člověka je v jeho bytí. Je zároveň jedincem biologického druhu a zároveň osobou, která má svá nezadatelná práva a povinnosti. (Machula, 2008)

Osoba je bytost vědomá si svých skutků a nesoucí za ně patřičnou zodpovědnost, to ale každý člověk splňovat nemusí. Je tedy osobou? Inkluzivistické pojetí ztotožňuje pojmy člověk a osoba, tzn. každý člověk je osobou. Exkluzivistické pojetí tvrdí, že ne každý člověk je osobou. Dělící linii mezi osobami a ne-osobami lze vést nespočetnými způsoby. Toto pojetí podporuje např. pokusy na embryích. Člověk jako osoba má nezcizitelnou důstojnost, nedůstojné jednání s člověkem je takové, které mu upírá určitá práva. Kořeny důstojnosti člověka v evropské kultuře jsou ve stvoření člověka s obrazu Božímu, rozumová přirozenost člověka, svoboda člověka a jeho svědomí. (Machula, 2008)

„Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.“ (Etický kodex sociálních pracovníků ČR) *„Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.“* (Etický kodex sester)

Ve formulaci v etickém kodexu lékařů je sice zmíněno, že musí respektovat vůli nemocného: *„Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou*

nastat.“ (Etický kodex ČLK), ale zároveň jiná formulace vyznívá tak, že přání pacienta je jen jedním z faktorů, které ovlivňují lékaře při rozhodnutí o tom, co vyková jako to nejvýhodnější pro nemocného: *„Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).“* (Etický kodex ČLK)

1.5.6 Princip spravedlnosti

Princip spravedlnosti je měřítkem pro přidělování dober, služeb a zatížení. Zaměřuje se na rovné zacházení se všemi lidmi, kteří jsou si rovni na základě své lidské důstojnosti. Pomocí tohoto principu můžeme posuzovat jednání jednotlivce i institucí. Každý člen společnosti má dostat to, co mu náleží. Sociální spravedlnost znamená vybavení všech základními dobry (materiálními i nemateriálními), které potřebuje k lidsky důstojnému životu. (Milfait, 2008)

Nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči spolu s narůstajícími náklady na ni živí debaty o sociální spravedlnosti. Na spravedlnost se můžeme dívat jako na přiměřenou, rovnou a náležitou léčbu. Nespravedlnost je potom neoprávněné opomíjení, které odpírá lidem přínosy, na které mají právo nebo nespravedlivě rozděluje břemena. Distribuční spravedlnost představuje přiměřené, rovné a náležité rozdělování určené oprávněnými normami, které vytvářejí požadavky sociální spolupráce. Týká se široké škály práv a povinností ve společnosti, včetně např. občanských a politických práv. Společné pro všechny teorie spravedlnosti je minimální formální požadavek, přisuzovaný Aristotelovi, že to, v čem si jsou lidé rovni, má být posuzované rovně, a to, v čem si nejsou rovni, má být posuzováno nerovně. Bohužel nedává žádný návod, v čem si jsou rovni, ani jestli jsou si lidé rovni. O tom, že rovné má být posuzováno rovně není sporu. Ale jak definovat rovnost? Jaké rozdíly mají být podstatné pro srovnávání jedinců či skupin? (Childress, Beauchamp, 2001)

Principy, které určují podstatné charakteristiky pro rovné léčení se nazývají materialistické, protože určují zásadní vlastnosti distribuce. Jedním z takových principů je princip potřebnosti, který říká, že spravedlivé je rozdělování sociálních zdrojů na základě potřebnosti. Nejsme ale žádáni rozdělovat všechny zdroje a služby, abychom uspokojili všechny potřeby, jako je např. atletické vybavení. Naše povinnost je omezená na základní potřeby. Pokud má někdo základní potřebu, znamená to, že pokud nebude naplněna, tato osoba bude poškozena. Může být poškozena například podvýživou, tělesným zraněním nebo neobdržením zásadní informace. Dalšími principy spravedlnosti mohou být: každému rovný podíl, každému podle potřeb, každému podle snahy, každému podle přínosu, každému podle významu, každému podle zásad volného trhu. (Childress, Beauchamp, 2001)

Každý z těchto principů popisuje prima facie povinnost, jejíž váha nemůže být posouzena bez příslušných kontextů, ve kterých mají být použity. Většina společností uplatňuje tyto principy ve veřejné politice přiklánějíc se k různým principům v různých kontextech. Např. podpora nezaměstnaným, sociální dávky a mnohé zdravotní programy jsou rozdělovány na základě principu potřebnosti. Zaměstnání a povýšení v mnoha oblastech jsou udělována na základě demonstrovaného úspěchu nebo významu. Vyšší příjmy jsou umožněny na základě volného trhu, základní vzdělání je přístupné všem občanům. Materiální principy určují významné vlastnosti, které jedinci musí mít, aby měli rovný přístup ke konkrétnímu rozdělení, ale teoretické a praktické obtíže sužují ospravedlnění prohlašovaných principů. Rozhoduje se na základě tradice, zvyku, morálních a zákonných principů a veřejné politiky. (Childress, Beauchamp, 2001)

Otázkou spravedlnosti je i právo na minimum zdravotní péče. Zdravotní péče pro potřebné byla dříve zajišťována charitativními organizacemi, ale v nové době technologií a vysokých nákladů, se ctnosti charity a morálních ideálů ukázaly jako nedostatečné k pokrytí mnoha potřeb zdravotní péče. Problémem práva na zdraví je, jak specifikovat nárok a limity tohoto práva. Jsou přijímány dva pohledy – práva na rovný přístup a právo na důstojné minimum. První požaduje přístup ke všem zdrojům, druhý jen k základním. Právo na zdravotní péči obvykle znamená právo obdržet konkrétní

dobra a služby, na které má nárok každý oprávněný člověk. Hodnoty rovnosti a solidarity tady hrají hlavní roli. Přístup minimální zdravotní péče připouští dvojí systém – základní a katastrofická péče a dobrovolná soukromá pro ostatní potřeby a přání. Pravidlo důstojného minima garantuje základní péči všem, ale nechává nerovný přístup k přídatným koupím na základě vlastní iniciativy a smluv. (Childress, Beauchamp, 2001)

Mohou někteří jedinci pozbýt práva na důstojné minimum zdravotní péče? Např. lidé, kteří se nakazili HIV kvůli nechráněnému styku, intravenózní uživatelé drog, kuřáci s rakovinou plic, alkoholici s jaterní cirhózou? (Childress, Beauchamp, 2001, Vácha, 2012) Jak může společnost vyloučit tyto lidi z nabídky zdravotní péče? Zaprvé by musely být stanoveny různé příčiny nemocnosti, jako jsou vrozené vlohy, společenské prostředí, osobní aktivity. Pak by muselo být přesně stanoveno, že ta která nemoc je způsobena tímto a ne jiným faktorem. Zadruhé tyto osobní aktivity musí být autonomní, musí být známa rizika, aktér s nimi musí být seznámen a přijmout je. Pokud neví o rizicích známých ostatním lidem, objevují se otázky, jestli je fér používat standard toho, co by měl rozumný člověk vědět. Je nemožné izolovat příčinné faktory u mnoha nemocí, protože příčiny jsou komplexní a naše znalosti omezené. Potřeby v oblasti zdraví často vycházejí ze spojení genetických predispozic, osobních návyků a stavu životního prostředí a společnosti. Není možné s jistotou určit, zda rakovina plic vznikla jako důsledek kouření, pasivního kouření, znečištění prostředí, pracovního prostředí, dědičnosti nebo kombinací těchto faktorů. Řízení takového systému by bylo také problémem. Určit příčiny konkrétních zdravotních problémů a vypátrat jedince, kteří se chovají riskantně, to bude potřebovat širokou vyšetřovací moc. V nejhorším scénáři by tito úředníci porušovali soukromí, pořizovali detailní nahrávky, aby zdokumentovali zneužití zdraví, které by mohlo vést k omezení práva na konkrétní typ zdravotní péče. Takové vynucování by přineslo velké finanční náklady spolu s morálně odpudivými rysy. (Childress, Beauchamp, 2001)

Hlavním důvodem k debatám o odejmutí zdravotní péče jsou zvyšující se náklady, ale prevence riskantního chování změnou životního stylu často vede k překvapivým výsledkům. Některé riskantní chování vyžaduje spíše méně než více

zdravotní péče, protože vede k dřívější a rychlejší smrti než by nastala, pokud by jedinec žil déle a vyvinul se u něj chronicky se zhoršující stav. Nicméně bylo by fér, chtít po jedincích, aby platili vyšší pojistné, pokud přijmou dobře zdokumentované riziko, které by mohlo vést k finančně náročné zdravotní péči. Např. platit zvýšenou daň, jako je například daň na cigarety. (Childress, Beauchamp, 2001)

Zdravotníci a politici musejí často rozhodnout, komu bude poskytnuta vzácná léčba, která nemůže být poskytnuta všem potřebným. (Childress, Beauchamp, 2001) Zabezpečení nejlepšího možného prospěchu pacienta není vždy ekonomicky možné. Stanovováním různých limitů a preferencí se zdravotníci rozhodují jakoby spravedlivě. Nazývá se to „matematika milosrdenství." Týká se např. transplantací, extrémně drahé diagnostiky a léčby apod. V takové situaci je snadné eticky pochybit, dokonce z dobré vůle. (Goldmann, Cichá, 2004) Vše, co bychom si pro pacienta přáli – dostatek profesionálů, prestižní nemocnice, pokračující medicínský výzkum apod. – stojí mnoho finančních prostředků. Bez nemocenského a sociálního pojištění se proto evropsky civilizovaná společnost neobejde. Prioritou systému zdravotního pojištění je zdraví pro všechny. Finanční náročnost systému pojištění nutně narůstá s rozvojem lékařské vědy a techniky. Funguje na principu solidarity, solidaritou se naplňuje křesťanský odkaz evropské civilizace, že zapotřebí usilovat o dobro bližního svého. (Dolista, 2008)

„Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní...Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdílení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují." (Etický kodex sociálních pracovníků, 2006)

„Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetřovatelství." (Etický kodex sester)

1.5.7 Princip rovnosti – nediskriminace

V sociální práci jsou záležitosti týkající se rovnosti v kontextu antidiskriminačních a antiopresivních přístupů velmi důležité. (Banks, 2001) Filová, Levická (2010) uvádějí, že snižování diskriminace je, spolu se zlepšením životních podmínek lidí v dané společnosti a snižováním sociální nespravedlnosti, hlavním cílem sociální práce.

„Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnost... Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům... Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.“ (Etický kodex sociálních pracovníků, 2006).

Lidská práva zvláštních skupin (etnických, osob s postižením) nejsou nějaká zvláštní práva popírající princip univerzality lidských práv, ale práva vyrovnávající znevýhodnění – mají vytvářet rovné příležitosti, stejně jako sociální práce. Lidská práva jsou to, na co máme nárok, abychom se jako lidé mohli plně rozvíjet podle svého potenciálu. Jsou to práva, která náleží každému člověku právě proto, že je člověkem. Sociální pracovníci upozorňují na lidskou důstojnost těch, kteří jsou jaksi odlidštěni – vězni, uživatelé drog, bezdomovci. (Jandejsek, 2008)

V kodexu sociálních pracovníků jsou lidská práva výslovně pojmenována, takže je zřejmé jejich sepětí se sociální prací. Jsou zde brána jako východisko a zároveň jako kritérium posuzování správného chování. Lidská práva jsou při řešení sociálních případů velmi často v sázce, jejich znalost a hlavně schopnost s nimi pracovat.tedy může sociálním pracovníků prospět. (Jandejsek, 2008)

Základem a cílem lidských práv je lidská důstojnost, která je zároveň nejvyšším etickým principem a stěžejním paradigmatem právního systému. (Milfait, 2008) Právě z důstojnosti jako hodnoty vyrůstají lidská práva a status osoby. (Munzarová, 2011)

Respekt k osobám je považován za základ etiky sociální práce. Každá osoba je cenná prostě proto, že je osobou, bez ohledu na to, jestli se nám líbí, je užitečná nebo se k nám chovala špatně. Tento aspekt je v etice sociální práce nejvlivnější. (Banks, 2001)

Princip nediskriminace je důležitý i pro zdravotnictví. *„Neodmyslitelnou součástí ošetřovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou...Ošetřovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta... Při poskytování ošetřovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity*." (Etický kodex sester). „*Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.“* (Etický kodex ČLK)

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jaké etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci občanského sdružení Prevent pro svou profesi za stěžejní a jak je aplikují v praxi, najít shody a rozdíly v odpovědích u obou profesních skupin a jejich klientů. Jedná se o výzkum kvalitativní, proto byly stanoveny výzkumné otázky.

2.2 Výzkumné otázky

1. Které etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci za stěžejní pro svou profesi?
2. Které etické principy jsou ve zdravotnictví a sociální práci společné a které rozdílné a proč?
3. Jakou zkušenost mají zdravotníci a sociální pracovníci s aplikací etických principů v praxi?
4. Jak vnímají etické principy a jejich aplikaci lidé, kteří sociální a zdravotní služby využívají?

3. METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Ve výzkumné části diplomové práce byla s ohledem na cíl zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Kvalitativní šetření bylo provedeno metodou dotazování. Technikou dotazování byl polostrukturovaný rozhovor. Podle Hendla (2005) se jedná o rozhovor pomocí návodu, kdy je stanoven seznam témat, ale zůstává volnost v pořadí témat i konkrétní formulace otázek. Tento typ rozhovoru ulehčuje srovnávání rozhovorů provedených s několika lidmi, zachovává strukturu rozhovoru, přitom nechává prostor pro uplatnění vlastní perspektivy a zkušenosti dotazovaného. (Hendl, 2005)

3.2 Charakteristika a výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 8 osob. Šest zaměstnanců občanského sdružení Prevent (tři zdravotníci a tři sociální pracovníci) a tři klienti. Respondenti byli vybráni metodou záměrného výběru přes instituce. (Miovský, 2006) Občanské sdružení Prevent bylo vybráno s ohledem na zaměření výzkumu, protože provozuje nestátní zdravotnické zařízení a zároveň je poskytovatelem sociálních služeb, pracují zde tedy zdravotníci i sociální pracovníci, které spojuje práce se stejnou cílovou skupinou.

Vzhledem k požadavku anonymity respondentů (na jejich žádost) jsou tito ve výsledních uvedeni pouze pod označením zdravotník/sociální pracovník/klient plus pořadové číslo. U všech je v komentářích uváděn mužský rod, přestože respondenti byli obojího pohlaví. Kvůli anonymitě byl změněn rod i v přepisech rozhovorů, tak, že všechny odpovědi zdravotníků jsou v rodě ženském a všechny odpovědi sociálních pracovníků a klientů v rodě mužském.

Dva ze zdravotníků mají středoškolské odborné vzdělání, jeden zdravotník má vysokoškolské vzdělání, jejich praxe v Preventu činí 8, 2 a1 rok.

Všichni tři sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, dva z nich navíc psychoterapeutický výcvik. Délka jejich praxe v Preventu je 8, 7 a 3 roky.

3.3 Realizace výzkumu a zpracování dat

Rozhovory probíhaly během měsíců února a března, v prostorách zařízení o.s. Prevent. Každý respondent byl předem seznámen s účelem rozhovoru a zachováním anonymity. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenány na diktafon a následně byly doslovně převedeny do písemné podoby. Jeden z respondentů nesouhlasil s nahráváním rozhovoru, tento rozhovor byl tedy přepsán na základě poznámek psaných během rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor byl rozdělen na dva základní okruhy – etické principy a jejich aplikaci v praxi. Seznam témat k rozhovoru je v příloze č. 1, doslovný přepis rozhovorů na CD je vložen jako příloha č.2.

Data byla analyzována kódováním – k jednotlivým částem odpovědí byly přiřazovány kódy tak, aby bylo možné pracovat s většími tématickými celky. (Miles, Huberman, 1994 in Miovský, 2006) Použitou metodu popisuje Miovský (2006) jako metodu vytváření trsů, tedy seskupování určitých výroků do skupin na základě tématického překryvu. Tématické celky byly pro snazší zpracování odlišeny technikou barvení textu, to znamená, že v doslovném přepisu rozhovorů byly barevně označovány oblasti týkající se stejného tématu. (Miovský, 2006)

4. VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

4.1 Etické principy sociálních pracovníků a zdravotníků

4.1.1 Hodnoty, které vnímají zdravotníci a sociální pracovníci jako důležité pro svou práci

Na otázku, jaké hodnoty vnímají jako důležité pro svou práci, odpovídali zdravotníci s obtížemi. Jen Z3 uměl jmenovat nějaké hodnoty - pravdivost, smysluplnost, efektivitu. Sociální pracovníci uváděli disciplinovanost (SP2), individuální přístup (SP2), poctivost (SP2), důslednost (SP2), odbornost (SP2), neublížit (SP2), vstřícnost, otevřenost, rovnost, respekt, nabídka pomoci. (SP3)

Z1

„Já bych nestavěla nic na první místo, spíš tak komplexně.“

Z3

„Férovost jednoznačně…jakoby ta pravdivost mi přijde důležitá. Nějaká smysluplnost, efektivita.“

SP2

„dodržování pravidel, to si myslim, že je velmi důležitý... Asi jako ve smyslu disciplinovanost.“

„opravdu důležitá je ta individuální práce, že něco je potřeba z větší části dodržovat, a pak je část, ve který se musí přistupovat individuálně k tomu člověku...“

„Myslim, že to je ta poctivost, ta důslednost…informovanost. Jakoby odbornost... budeš tu práci dělat pořádně, musíš vědět, co děláš, opravdu vědět, co děláš, a dávat pozor na to, jestli to děláš dobře, protože důležitý je teda neublížit, nebo jenom takový to páchání dobra, to je to nejhorší, co myslim může bejt.“

SP3

„my se řídíme takovým nesuď, neznáš příběh,...Takže ta hodnota určitě může být taková vstřícnost, otevřenost .....zajímat se. Pak jim nabídnout tu pomoc, když mají zájem. Rovnost v přístupu k těm lidem, stejně tak respekt.“

4.1.2 Etické principy zdravotníků

Zdravotníci uvádějí jako etické principy důležité ve zdravotnictví mlčenlivost, rovný přístup, autonomii, individuální přístup (Z1), důraz na zdraví, individuální přístup, neškodění (Z2), Z3 popisuje nedostatek respektu ke klientům, principy lékařské etiky řadí podle důležitosti od nejdůležitějšího neškodění, přes beneficienci, spravedlnost a za poslední z těchto čtyř považuje autonomii.

Z1

„Od těch zdravotníků bych třeba vyžadovala opravdu takovou tu mlčenlivost., která je ze zákona a kterou dost často nedodržujou.“

„tu mlčenlivost, pak ten přístup...takovej rovnej ke všem“

„Pro mě je dost důležitá ta autonomie, právě že mě to docela vadí takovej ten přístup těch zdravotníků, že právě rozhodují i za toho pacienta, nic jim nevysvětli, nezeptají se chcete tohle nebo tohle. Někdy to skřípe mezi tou autonomií a prospěchem pacienta.“

„Takže asi to rozhodování toho člověka, pacienta a ještě teda pro mě je hrozně důležitý takovej ten individuální osobní přístup. To mi vadí, že prostě oni jsou ti pacienti jako anonymní stádo, čísla, ani se na toho člověka nepodívá, nezeptá se na nic.“

Z2

„Ve zdravotnictví jde víc o to zdraví, sociální pracovníci chtějí víc pomáhat, já víc vnímám,že pokud bude pít alkohol, tak mu škodí, jeho zdraví. Lékař prostě řekne, že pít nesmí a takhle to je. No pak ten přístup, brát každého jako jednotlivce, ale to je všude.“

„No nejdůležitější je asi neškodit – například tady je teď klient na benzodiazepinech, to nesmí brát s metadonem, tak jsme ho vyřadili na šest měsíců, tak je teď v Plzni, ale tam ho taky vyřadili. No a volali nám, jestli ho máme přijmout zpátky. Lékařka je zásadně proti. No tam jde o zdraví toho klienta, pořád jsem tady jako zdravotní sestra, takže mám pomáhat, nejen psychicky, ale hlavně v tom zdraví, ono když nebude zdraví, nebude ani psychika...no a i obráceně, někomu se kvůli psychice zničí zdraví, je to spojený. No a ty ostatní principy jsou důležitý všechny, to nejde nijak seřadit.“

„No my asi víc koukáme na to zdraví, třeba ty benzodiazepiny, to je velký ohrožení zdraví, lékařka je zásadně proti, ona mu určitě nabídne jiné možnosti, detox, ale to on nechce. Naše sociální pracovnice by ho asi vzala zpátky, spíš by chtěla prominout pravidla ve snaze mu pomoct. Nebere tolik v potaz to zdraví. My taky samozřejmě posuzujeme tu situaci celkově, individuálně. Tady je to jiný než v nemocnici, tam by lékař řekl nekompromisně ne, tak se spíš dbá na to zdraví, moc se nekouká na to sociální okolo, to má ten doktor jen spíš tak vzadu, nebere to tolik v potaz.“

Z3

„Myslíte si, že se nějak liší etika vaší profese do etiky v ostatních oborech?“

„Tak třeba než jsem dělala tady se závislejma, tak jsem dělala na interně a tam fakt bylo úplně vidět, jak se na tyhle lidi kouká jako na feťáky, že mají to stigma, já dělám i v léčebně závislostí, když ty lidi abstinujou a snaží se dojít k tý plný abstinenci, takže tam to bylo vidět, jak prostě se s nima hovoří holejma větama a pracuje se s nima v rukavicích, a nekouká se na ně jako na lidi, i když jsou to ty, který se snažej s tim něco dělat. No takže to v tom oboru, kterej pracuje se závislostmi není, ten obor prostě dělá z těch lidí lidi. Tak to si myslim, že to je lepší.“

„A vnímáte rozdíl mezi přístupem lékařů a ostatních profesí?“

„Jo to určitě, to si myslim, že ty ostatní profese se shodujou s těma nezávislostníma zdravotnickej, to se jako pokrejvá, když lidi nedělaj přímo se závislejma, tak je stigmatizujou.“

„A u lidí, kteří se závislými pracují, tak je tam rozdíl mezi zdravotníky a nezdravotníky?“

„Ne, tam není rozdíl.“

„Takže první určitě neuškodit, druhý určitě prospět, pak autonomii bych dala na konec.“

SP2

„Lékař je prostě někdo, vnímanej velmi vysoko na žebříčku pracovník oborů ... lidi si myslí, že doktoři jsou páni doktoři a mají tu etiku, možná, že to je něco, čemu úplně nerozumíme, a sociální pracovníci jsou nějaký pani, který prd ví a snaží se pomáhat. To si myslim, že je obraz společnosti.“

SP3

„Nerespektujou je jako lidi, jako někoho, kdo je jim stejně rovnej, nemají zájem se na nic ptát, vůbec neznají ten příběh... po první návštěvě, kdy ten doktor nebo sestra se k nim chovají jako kdyby to byly hadry, tak už tam nikdy nepůjdou“

„Tak zdravotnictví je zaměření na tu zdravotní část, asi spíš krátkodobější pomoc, na něco aktuálního“

„určitě bych nečekal od sociálního pracovníka, že mi zachrání život, ale od lékaře asi jo. Tam mam pocit, že mu řeknu a on to vyřeší. Ale oni to lidi asi čekaj taky. Když to vezmu když mám volaj rodiče, nebo klienti, taky čekaj, že řeknou, ten náš mladej smaží, tady ho máte na dvě hodiny...oni ty lidi čekaj, že jim vyřešíme jejich...že já jsem tam ten odborník, co má ten Mgr. titul, a tak se předveď. Na a tak to neni.“

„Myslíte, že ve zdravotnictví to takhle je, že tu práci odvede ten lékař?“

„Asi jo, když tam jdu se zlomenou nohou, tak čekám, že mi jí tam srovná a že to bude dobrý. A když ne, tak uvidí. Zato tady sociální pracovník vždycky může říct to je na vás.“

4.1.3 Etické principy sociálních pracovníků

Jako etické principy sociální práce uvádějí sociální pracovníci rovnost v přístupu (SP1, SP2, SP3), respekt ke klientovi, jeho přáním a potřebám (SP1, SP3), respekt k lidské důstojnosti klientů, lidskost (SP1), volný přístup k informacím (SP2), svobodu v rozhodování (SP2), zájem o klienta a o jeho dobro (SP3), otevřenost (SP3), mlčenlivost (SP3), empatie (SP3).

SP1

„k některým lidem zřejmě cítím větší sympatie, k některým menší, ale v podstatě by to nemělo být směrodatný pro to, kolik sil budu ve svý práci pro ty lidi vydávat.“

„No dál respektovat potřeby toho klienta, to, co on uzná za důležitý, nedávat mu nějaký jako zaručný rady na šťastnej život, trošku rezignovat z toho, co já si myslim, že by

mohlo být dobře. Prostě vidět toho klienta v danou chvíli...co chce a co potřebuje, co on uznává. ...respektovat tu danou situaci, ve který ten klient je, nechtít, aby se choval jako někdo zodpovědnej, ale spíš jakoby důvěřovat tomu, že ten člověk někdy časem tam dojde. Určitě pořád vidět v těch klientech lidi, jako jsme my, a nějakým způsobem se nad ně nepovyšovat, ... Ale někdy s nima jednat jako s lidma, který mají svojí důstojnost, i když třeba smrdí a jsou prolezlý kde čím.“

„vždycky do toho vztahu s klientem je dobrý něco vnášet ze sebe, nějakou lidskost“

SP2

„Rovnost, v přístupu ke službám... informovanost, klient vlastně může vědět cokoliv, může si nahlídnout do svý dokumentace, může si stěžovat, má prostě absolutní přístup ke všemu“

„svoboda v účasti toho programu a v rozhodování“

SP3

„... ať je to sociální pracovník nebo zdravotník, všechno jsou to pomáhající profese, tam vždycky podle mě jsou změněný ty slovíčka v celým textu, to by mělo být pro všechny stejný. Jsou to profese, kde je člověk neustále v kontaktu s druhým člověkem, takže by to mělo vycházet z těch hodnot stejných, i v tom přístupu.“

„Každá ta profese se specializuje na něco jinýho, ale mam pocit, že ten respekt k druhýmu a chtít někomu pomoct, chtít se o něm něco dozvědět je něco, co spojuje všechny.“

„Sociální práce většinou asi je, že k tomu sociálnímu pracovníkovi chodí lidi opakovaně, spíš na tom duševním stavu. ...je víc v sociální práci to doprovázení, jak psychický, tak i fyzicky ta práce někam jít s tim člověkem. Takže v tom se to určitě liší, ale prvotně to vychází z toho stejnýho, že chceme těm lidem pomoct.“

„Ode mě nic neočekávaj, mě jako vždycky napřed seřvou, když řeknu, co dělám, napřed se ofrňujou, pak řeknou, že by je všechny, postříleli, jak to můžu dělat, no a pak, když mají zájem, s některými nemá smysl říkat nic, někdo si to chce vyslechnout, tak třeba říkají, že to musí být psychicky náročný, je takhle přijmout a vyslechnout, a že s nima děláš to a to, tak pak to nějak vnímaj“

„určitě klienti čekají tu otevřenost, oni to neřeknou... Takže já si myslim, že já bych očekával, že mě vyslechne, že mě pochopí, možná mi poradí, nebude mě odsuzovat za nic, bude otevřenej, pak ta mlčenlivost určitě, že je to jako diskrétní, protože ty témata jsou různý....“

„ale my máme na to jinej pohled. Když je to dokrorka nebo sestra, tak prostě nazdar, hotovo. Oni je nesnášej, klienti sestry, protože ony jsou ty, který je testujou, který jim můžou říct, ne takhle se chováte, nedostanete metadon, prostě jděte se uklidnit. Takže ne že by to zneužívaly, kdybych tam byl já, tak by mě taky nesnášeli. Jenže se mnou se tam zavřou, hodinu tam se mnou dřepí a nějak navazujem spolu nějakej jinej vztah, svěřujou se mi s věcma, který by jim neřekli a tak.“

„Já jsem konzultant poradce, je to různý, mam pocit že musíme ...že možná zdravotní sestra právě potřebuje vědět to zdravotní a tak, a pak už nic moc neřeší. A já když s nima jednám, tak je to opravdu o čemkoli, a já musím vědět od práva, přes zdravotnictví, přes sociální práci, fungování úřadů, kam se kdy obrátit, co se jak dělá, prostě umět tu krizovou intervenci, že je toho hrozně moc. Mam pocit, že co koho napadne, tak buď to vědět, nebo to umět zjistit, takže ten záběr je hrozně velkej. I z toho práva, ať se to týká dluhů, rozvodů, svěření dítěte do péče, toho je hodně.“

„Které etické principy vám připadají pro vaší profesi důležité?“

„...to bych je musel vidět.“

„Tak můžeme vzít čtyři principy lékařské etiky, tak jestli byste mohla říct, co pro vás znamenají? První – neškodění.“

„Tak to je, že budu všechno dělat s nejlepším svědomím a vědomím.“

„A připádá vám to důležité pro vaši práci?“

„To jo.“

„A vnímáte jako dvě různé věci neškodění a beneficienci, konání v prospěch klienta?“

„To jo, neškodit je, že mu nebudu doporučovat nic, s čim sám nesouhlasim, nebo že to zvážim podle jeho situace, co pro něj je nejlepší, já s tim nemusim souhlasit s tim řešením nebo návrhem. Usoudim, že pro něj to furt bude nejlepší. A konat ve prospěch ... já nerad moc za ně konám, spíš nechávám konat je. Mě napadá furt to s tim dítětem, ale tam to dítě neni klient, ale prostě jsem vlastně musel udat klientku, že se o to dítě

nestará. A nedělal jsem to pro její dobro, ale jí to možná taky prospělo. Anebo teď jsem se snažil kvůli tomu klientovi, co tam máme, abysme ho nevyhodili, to jsem taky konal pro jeho dobro. Já za ně prostě nic nekonám. Asi lékař ten dělá fyzicky ty věci, já spíš se s nima bavim, něco jim můžu říct a tak.“

„A spravedlnost?“

„To asi jako ke všem stejně, rovnej přístup k těm klientům.“

„A autonomie?“

„Jako zodpovědnost sám za sebe, to se snažim právě tim, že za ně nekonám. Takže to rozhodnutí je pak na nich, já se snažim zase se nenechat do ničeho tlačit, říkat ty věci upřímně nenechat se manipulovat jima a tak.“

„A uměl byste ty principy seřadit, který z nich vám připadá nejdůležitější? Nebo jestli vám připadá nejdůležitější nějaký jiný?“

„Mně přijde důležitá ta empatie, když to někdo nemá a je v pomáhající profesi, tak nemůže bejt dobrej, podle mě. To si myslim, že je nejvíc důležitý. Pak asi z toho plyne i to všechno ostatní. Když umim naslouchat a snažim se pochopit toho klienta, tak potom i ty mý rady by měly vycházet z toho a měly by obsahovat to, že mu nebudu škodit, když jsem pozorná k tomu a tak. Ono je to takový klišé, s tou empatií, to mám ze školy, tam se to furt omílalo, ale když to vezmu opravdu jako vyslechnout si, snažit se pochopit, poslouchat, co říká ten člověk, co chce a ne co chci já, to taky někdy může bejt, že já mam pocit, že musí chtít tohle, protože to je normální a jeho to třeba vůbec nezajímá. A chce úplně něco jinýho.“

Tabulka č.1 Hodnoty a etické principy sociálních pracovníků a zdravotníků

	o sociálních pracovnících	**o zdravotnících**
sociální pracovníci	disciplinovanost (SP2), individuální přístup (SP2), poctivost(SP2), důslednost(SP2), odbornost(SP2), neublížit(SP2), vstřícnost (SP3), otevřenost (SP3), nabídka pomoci (SP3), sbírání informací (SP2), důslednost (SP2), nedělat výjimky (SP2), nesuď, neznáš příběh (SP3), rovnost v přístupu (SP1 SP2, SP2), respekt ke klientovi, jeho přáním a potřebám (SP1, SP3), respekt k lidské důstojnosti klientů (SP2), lidskost (SP1), volný přístup k informacím (SP2), svobodu v rozhodování (SP2), zájem o klienta a o jeho dobro (SP3), otevřenost (SP3), mlčenlivost (SP3), empatie (SP3)	respekt ke klientovi (SP3), rovnost ve vztahu ke klientovi (SP3)
zdravotníci	snaha pomoci (Z2)	férovost (Z3), smysluplnost(Z3) , efektivita (Z3), nedělat výjimky (Z3), mlčenlivost (Z1), rovný přístup (Z1), autonomie (Z1), individuální přístup (Z1, Z2)), důraz na zdraví(Z2), neškodění (Z2), respekt ke klientovi (Z3)
klienti	přístup bez předsudků (K1), že budou vzorem (K1), vcítění (K1), zaměření na city (K1), nebudou využívat klienty ke svému prospěchu (K1), pomoc při hledání nových cest (K1), diskrétnost (K2, K3), respekt k důstojnosti (K2), přátelský přístup (K2, K3), vstřícnost (K2), snahu pomoci (K3) a nesoustředění se na chyby (K3) rovnost v přístupu (K2), důraz na prožívání (K1)	přístup bez předsudků (K1), vcítění (K1), toleranci ke zdravotním omezením (K1), snahu pomoci (K1), diskrétnost (K2, K3), vlídnost (K2), nesoustředění se na chyby (K3), snaha pomoci (K3) K1 lidskost, K2 práci :na „úrovni," profesionální přístup, K3 slušnost, rovnost v přístupu (K2), důraz na situaci klienta (K1)

Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Aplikace etických principů do praxe

4.2.1 Rozpor mezi osobními hodnotami a hodnotami profesními, hodnotami organizace

Žádný z dotazovaných zdravotníků neuváděl žádný rozpor mezi svými osobními hodnotami a hodnotami profesními nebo hodnotami organizace. Stejně tak sociální pracovníci, pouze SP1 připouští, že někdy by se jako ne-profesionál zachoval jinak, než jako profesionál, zmiňuje také profesionální přístup k řešením klientů, se kterými osobně nesouhlasí.

Z1

„kdybych měla osobní hodnoty v rozporu s těma profesníma, tak bych to nemohla dělat, to je jasný... ty hodnoty jsou hodně podobný, řídím se všema dohromady.“

Z2

„ne...je to prostě nastavené, musíte se přizpůsobit, co mi dělá problém, je srovnat se s tím sdělováním špatných zpráv, ale s tim se prostě musím vyrovnat sama, uvědomit si, že je to vlastně pro toho klienta dobře, jinak bych to nemohla dělat.“

Z3

„Máte pocit, kdy by vaše osobní hodnoty byly v rozporu s těmi profesními nebo s těmi, které určuje organizace? Že byste se jako ne-profesionál zachovala jinak než jako profesionál nebo jako zaměstnanec Preventu?“

„To se mi nestalo nikdy.“

SP1

„to by bylo blbý, kdybych řek, že je to v rozporu. S organizací asi problém nemám....no...samozřejmě, že někdy můj osobní přístup, protože nejsem žádnej velkej ranař, někdy prostě ta práce vyžaduje přísnost ohledně dodržován pravidel a nenechat se zmanipulovat klientem a bejt tvrdej a pokud dojde k porušení...když člověk musí postupovat podle těch pravidel daných organizací i tím způsobem léčby, někdy jako je to těžký bejt třeba víc zlej,než jste,nebo někdy zase naopak. Pak takový osobní, určitě

jsem se setkal s tím, že jsem řešil konkrétně s klientkama otázku potratů, se kterým třeba já nesouhlasim, ne že bych byl militantní odpůrce potratů a vnímal to nutně jako vraždu, to ne, ale ve smyslu, že to neni věc, kterou bych se ztotožňoval a přesto pracujete s klientem, kterej se tak rozhod, takže na jednu stranu můžete říct, jaký má jiný možnosti, jaký jsou alternativy, ale musíte respektovat jeho rozhodnutí.“

SP2

„Obecně ne. 99% prostě ne.... myslim, že ono se to tak jako spojí“

SP3

„Úplně nějak obecně ne, třeba na Káčku jsem byl nejpřísnější, že těm lidem nemůžem utírat zadky, ale to bylo spíš v tom týmu, že jsem byl jedinej, kdo měl vždycky jinej názor. A naopak na substituci.“

„Asi ne, kdybych je neměl v souladu, tak to nemůžu dělat, ani v tý organizaci.“

4.2.2 Situace vnímané jako eticky problematické

Zdravotníci vnímají jako eticky problematické situace ty, které se týkají hranic jasně stanovených pravidel – např. udělování výjimek z těchto pravidel (Z1, Z2, Z3), nebo nejsou v pravidlech zakotvená (Z1), oblast informování o klientovi (Z1), průběh konzultací beze svědků (Z3), nahotu klientů při testování moči (Z3). Sociální pracovníci vnímají problematicky oblast vztahů s klienty – vymezování hranic profesionálního vztahu (SP1), vznik erotického vztahu (SP1), využívání klientů na práci (SP1), přijímání darů (SP1), nakládání s informacemi o trestné činnosti klientů (SP1, SP3), ošetřování klientů (SP1), respektování rozhodnutí klienta, který v danou situaci nechce přijmout pomoc (SP1), výběr klienta při převisu poptávky nad kapacitou (SP2), odlišnost ideálu společnosti a reality, na kterou je potřeba klienty připravit (SP2), přítomnost dětí klientů při kontaktu se sociálními pracovníky (SP3), oznámení nevhodné péče o děti klientů (SP3), udělování výjimek z pravidel (SP2, SP3)

Z1

„Je to třeba o tom, že my tady dodržujeme striktně výdejní dobu, pro klienty, opravdu se řídíme hodinama, kdy je 12:00 a jak už je tam sekunda po, tak já opravdu to dodržuju striktně. Protože si říkám, kde by byla ta hranice, kdyby nebyla. Když ten klient přijde pozdě, jako já si řeknu, ještě minuta, ještě pět minut, deset minut? Kde potom já si budu hledat tu hranici, kdy jednomu klientovi bych třeba ještě dala a jinýmu ne. A zase jako ty sympatie, řeknu tenhleten klient, to má těžký, měl důvod přijít pozdě, budu ho omlouvat a jinýmu třeba....nebudu ho mít třeba ráda nebo nebude mi sympatickej, nebo bude problémovej, a tomu nevyhovim,tak třeba v tomhle. Nebo potom jsou tam třeba i takový věci, který vysloveně nejsou až tak napsaný, nebo nemusí být až tak daný, ale jsou to věci, do kterých bych nešla. Třeba oni tu substituční látku si musí hradit a teď když mu bude chybět třeba koruna, jako dám mu na dluh, půjčím mu? Tak to jsou věci, do kterých já bych nešla, který mám srovnaný, je to prostě takhle, já mu nemůžu vydat na dluh, proč bych jako do toho investovala něco jinýho. Takže jo, že třeba opravdu vim, že ....nevim, neni to podle mě etický. Když tu třeba pracovala jedna sestřička, která byla ochotná do tohohle jít. A to si myslim, že neni dobře. Klienti se pak spoléhají, že to vždycky nějak dopadne.“

„třeba ohledně informování o klientovi. Třeba když si někdo zavolá nebo dáváme informace do jiných zařízení, tak“

„No tak dilema je, když člověka máme vyřadit. Tak se rozhoduje...když poruší pravidla, tak právě...všechno je v rámci nějakých těch pravidel, ale ono do těch pravidel nejde až tak úplně narvat všechno, úplně každou situaci, protože pokaždý se stane nějaká situace, která tam neni, a pak k čemu se přiklonit, kde hledat to východisko z tý situace.“

Z2

„nějak ani nevim, těch etických problémů tady zas tak moc není...třeba není spravedlivé, pokud klient má tři dobré testy, ale je to během jednoho měsíce, tak rozhodneme, že i když podle pravidel by měl mít nárok na výdej, tak že mu ho nedáme, tak on se cítí ublížený, vnímá to jako nespravedlnost. V tom je asi ten individuální přístup, člověk se musí srovnat s tím, že je tak vlastně dobře..“

Z3

„Může být problematický to, jak probíhají ty konzultace, protože ty jsou za zavřenýma dveřma, takže nemam svědka na to, co se tady děje.“

*„Viděla bych v tom etickej problém, kdyby o ní (*substituci*) stál někdo, kdo není dospělej, tak to bych považovala za těžkou situaci k rozhodnutí, jestli ji dávat nebo nedávat.“*

„Etickej problém ještě může bejt, když jsou testovaný nahatý u těch odběrů moči, musí být u toho sestra, člověk se musí slíknout, vyčůrat se před tou sestrou, to možná je etickej problém, ale to zase nejde udělat jinak.“

„Vím dva takové případy, kdy u jednoho jsme povolili výjimku a u druhého ne, je to o tý individualitě, že každý má jiný výchozí bod, někdo pracuje, někdo nepracuje, jsou situace podle mýho pohledu, který se daj řešit jinak, než drogama, to asi u všech, ale někdo má tu snahu se resocializovat a někdo ne, prostě to furt nefunguje, nechodí včas, od toho je ten tým, aby se každej vyjádřil k tomu, jestli funguje nebo nefuguje.“

„Třeba to, že by měl podle našeho řádu dodržovat dva měsíce musí chodit každej den na výdej, on si najde práci, což je vlastně jako to, co po něm chceme a tudíž nemůže denně chodit na výdej, takže co teď s tím. Nechá práce, nebo se má vzdát metadonu nebo se to nějak zařídí?“

SP1

„My jsme v doléčováku někdy na to naráželi, že někdy tomu klientovi pomůžete, on vás do jistý míry bere jako přítele, nebo jako svojí rodinu, jdete s nim kus cesty, prožijte s nim řadu věcí, dáváte jim tu podporu, tak oni mají tu tendenci vás nějak odměnit, něco vám dát na rozloučenou a tak. Takže jako se snažit s těma klientama o tom mluvit právě, kde jsou ty hranice. Nejezdit s nima na společný akce, já si třeba udržuju i v tom dalším životě, kdy už ten klient není klient, tak se snažim ...nebo neudržuju s nima další přátelský vztahy. Jak ože bych s nima šel na pivo nebo tak.“

„Mě napadají třeba takový to klasický dilema, když se dozvíte, že ... v týhle oblasti závislostí je velká kriminalita, tak když se dozvíte něco, co jste nechtěl vědět, nebo když víte, že některý klienti drogy vyráběj, a tak dále, co s tím.“

„Kdy na jednu stranu chcete pomoct, ale na druhou stranu taky víte, že musíte dodržovat nějakou mlčenlivost. takže to jsou dilemata, říct něco, aby to nevypadalo, že nespolupracuju, dejme tomu s policií, a na druhé straně nepoškodit toho klienta....“

„další věc, která mě napadá, která se asi trochu vymyká s tím zdravotnictvím, my třeba poskytujeme nějaké základní zdravotnické ošetření, první pomoc de facto, a někdy ty klienti chtějí po nás ještě jakoby víc, když už vidíte, že ho nemůžete dokopat k doktorovi, protože k vám má větší důvěru, ale víte, že tohle už je jejich, tak třeba odmítnut ho ošetřit.“

„...je to takový klasický dilema tady, když vidíte, že člověk, kterej vám je celkem sympatickej, se nějakým způsobem neposouvá tak, jak byste potřebovat, nebo jak byste si přál, ne potřeboval, a v danou chvíli se rozhod pro to, že bude brát dál a že se bude prostě ničit a že si bude píchat ty drogy, tak prostě respektovat toho člověka, jako nenutit ho dělat něco, co v danou chvíli nechce. Být tam teda s ním někde tam, kde teda chce být.“

„Určitě tam bejvaj dilemata toho vztahu, že se prostě může stát, že pracovník a klient začnou prožívat nějakej erotickej vztah, což si třeba já osobně myslim, že ve zdravotnictví se vůbec neřeší, takže vztah, nebo pokud to neni vztah erotickej, tak to může být za tu čáru, jak jsme se o tom bavili, že je to prostě natolik kamarádskej vztah, že si ten pracovník pouští toho klienta do života, ...Potom si myslim, že bývají běžný, že se můžeme dostat do toho nebezpečí, že můžeme využívat klienty pro nějaký služby pro sebe, to znamená používat je jako manuální sílu, když potřebujeme něco někde odstěhovat, tak víme, že máme na doléčováku lidi, který nám pomůžou něco, udělat nějaký řemeslo. Nebo vědět, že potřebujete něco udělat a víte, že máte zedníka na doléčováku, tak to jsou věci, na který si člověk musí dávat pozor. Že si někdy řekne tak o co jde, jde o pár metrů, ale uvědomit, že už tohlecto je za čáru, že už toho klienta využívám, my bysme je neměli k ničemu využívat.“

SP2

„... třeba to mam hodně často, takovej problém třeba při výběru klientů, máte sice napsaný kritéria, třeba tady to je pobytový zařízení, jehož kapacita je o polovinu menší než je zájem, takže potom třeba musíte vybírat ze třech lidí na jedno místo, když to

všichni potřebujou, jsou na tom špatně a víte, že třeba nemají kam jít. Máte sice celou řadu kritérií, jako je pořadník, ukončení léčby a cílová skupina a já nevim co všechno, což je velmi dobře propracovaný, ale stejně se pak některý ty body tady toho rozlišování tak stírají, že nakonec je velmi těžký rozhodnout, komu dát přednost. A to je obrovsky ošemetná věc, když děláte takovýhle životní rozhodnutí u lidí, to si myslim, že je asi to největší dilema, se kterým se tady setkáváme.“

„No a potom takový ty pravidla versus realita. Klienti z léčby třeba jsou, obzvlášť z komunit, jsou jakoby na tom velmi morálně dobře, vůbec společnost nedosahuje jejich morálních kvalit...Oni jsou zvyklí mluvit pravdu a nic než pravdu a velmi těžko potom při návratu do tý společnosti zjišťujou, že takhle ta společnost nefunguje. ...Kolikrát jakoby jste nucenej snižovat ty ideální normy, tak aby ten člověk obstál.“

„Pozdní nahlášení znamená, že když člověk užíval drogy a on to nenahlásí, tak je vyloučenej. No a my to třeba nezjistíme, no a ten klient postupně pracuje terapeuticky na sobě, má práci a tohleto, funguje, no a třeba za tři měsíce, když už jako dospěje morálně k tomu, že se zpětně přizná, a v pravidlech je napsáno, že když užíval drogy, tak ho musíme vyhodit. Což by on vlastně odměnu za to, že se přiznal, by byl potrestanej. Takže z toho vznikl precedens, že ho potrestáme, ale ne tak kategoricky, to znamená, že má podmínečný vyloučení“

SP3

„Jsou to situace ve smyslu klient a dítě, když má on dítě, to že berou třeba dítě s sebou, do zařízení… mně vadí, když berou děti do zařízení, nebo i na to káčko, ať je mu půl roku nebo víc, tak moc nevim, co tam má dělat a koukat, jak máma mění buchny“

„Pak takový ty trestní věci, že se s nima bavíme o trestní činnosti, tak to je taky takový dilema...vůbec jako to, že všichni z nich páchají trestnou činnost. To tušim, ale není to tak, že bych..nevyptávám se natolik, aby mi z toho plynula oznamovací povinnost. Ale třeba potom ta ohlašovací povinnost vzhledem k tomu dítěti, když vim, že je to někdo, kdo sem chodí a vím, že to v tý rodině asi nebude úplně ono.“

„já to taky nevim od tý matky, rodičů, takže zaprvý je to někdy od někoho třetího, komu já věřim z klientů, vůbec řešim to, o koho mi jde. Nebo třeba těhotný uživatelky, to jsou takový taky jako zvláštní případy. Kdo je vlastně ten můj klient, jestli mi jde o to dítě

nebo o toho klienta. Mě to dítě vlastně prvotně vůbec nemusí zajímat. Takže tam jde o ten rozpor, o koho bych se měl starat, a když tak klientka se rozhodne nějak chovat, a ohrožuje tím to nenarozený dítě, tak vlastně mně by to mělo bejt jedno, protože bych měl bejt s ní"

„No tak já třeba řešim, když někoho vyřazujem ze služby, že dostane stopku, protože poruší pravidla, ...situace, kdy ta klientka funguje, dlouhodobě, bez problémů, pak se stane nějaká věc, jí umřela matka, ... a ona začala pít, po měsíci třeba, protože to nezvládla. Teď by měla bejt vyloučená, ale já s tím mám problém a my nejsme moc nastavený na individuální přístup v tomhle, v těch pravidlech"

„teď porušil tohle pravidlo, musí bejt vyřazenej, protože jakmile nebude, tak to ostatní uvidí, ale venku je mínus dvacet a on prostě je pod mostem. A víme, že má stopku i na azylák. To je taky dilema, měli bysme to dodržovat, i timhle ukazovat ty hodnoty, jaký jsou, že se člověk musí chovat slušně a držet slovo a já nevim co všechno. Ale zároveň je tam strach o toho člověka jako fakt po tý lidský stránce."

„leda že bych musel někoho zachraňovat, a věděl bych že je nemocnej, to si nemůžu říct vydrž dvacet minut. V práci jsou k tomu ty věci, od rukavic a tak, ale v rámci práce kdyby to bylo někde na ulici, a vim, že je to můj klient, kterej má céčko a syfilis, já nevim, já fakt nevim, jestli bych i vůbec nechal, aby ho někdo zachraňoval, kdyby teda krvácel, že taky může potom umřít, a to asi zdravotníci mají pak mnohem víc, v tomhle, v nemocnic jsou k tomu taky ty prostředky. To fakt vůbec nevim tohle, a teď zas já bych neměl dát najevo, že ho znám...tak to by bylo asi blbý. Ale co jsou pracovní věci, tak vždycky aspoň ten den to vydrží, se poradit a tak."

4.2.3 Způsob řešení etických problémů

Všichni dotazovaní zaměstnanci Preventu zmiňují jako hlavní způsob řešení etických problémů intervizi v týmu. Pokud tým není schopen situaci sám zvládnout, mají možnost supervize, kterou využívají i pro řešení etických problémů. SP2 zdůrazňuje nutnost sesbírat o problému co nejvíce informací, jako první instanci řešení

jmenuje pravidla organizace, kde lze nalézt řešení mnoha situací. SP3 vnímá jako významné už samotné uvědomění si povahy daného problému.

Supervizi vnímají všichni dotazovaní jako nástroj k řešení etických problémů (kromě Z3, která ještě žádnou neabsolvovala), i když tam etická témata řeší spíše výjimečně (Z1, SP2). Přínos supervize vidí v pohledu z jiné strany (SP1), kladení otázek, na které by sami nepřišli (SP2), nové návrhy řešení (SP3).

Z1

„No většinou v tom týmu, tady je to teda takový problematičtější, že ten tým je takovej rozkouskovanej, ... ale fakt když je nějakej problém, když potřebujeme něco, tak si voláme, prostě to řešíme po telefonu.“

„Supervize samozřejmě probíhají, někdy to tam řešíme nějaký problém s klientem, je to teda v menšině, spíš výmečně, že řešíme něco jako opravdu klientký problémy, když má někdo s klientem osobní problém.“

„máme týmovou i individuální (supervizi)*, tady je to vlastně tak, že každý pracovník má týmovou i individuální, no je to hezký, to mi vyhovuje.“*

„teď ji máme tak čtyřikrát do roka, ... a ono zase si myslim, že to neni ani častěji potřeba, že pak ani neni co řešit.“

Z2

„No, my když máme nějaký problém, tak to řešíme v týmu, nebo pak při supervizi... Supervizi máme jednou za čtvrt roku, ale kdyby bylo něco akutního, tak může přijet dřív.“

„No tam to řešíme, když to nevyřešíme sami v týmu, můžeme mluvit o čem chceme...jo, někdy tam řešíme i problémy s klienty, když má třeba někdo osobní problém s klientem, s chováním.“

Z3

„V tom týmu, že si to řeknem a pak se za tim výsledkem stojí.“

SP1

„Já i spolupracovníci mají tu možnost o tom mluvit, na poradách, kdy probíráme nejenom ty technický věci, ale i věci s těma klientama,. Snažim se to tahkle vnímat okolo sebe a samozřejmě taky prostě máme supervizi, kde prostě tyhle věci řešíme.“

SP2

„já si myslim, že úplně první věc, když mě nějakej napadne, tak sbírání informací, to je číslo jedna ...od toho máme tým, abychom diskutovali, a měli víc náhledů a pak třeba dospěli k nějakýmu náhledu, kompromisu, etický dilemata nemaj jednoznačný řešení, takže dospějeme k nějakému kompromisu. Znalost pravidel do toho patří...“

„ty etický dilemata se dost často dostávaj na přetřes. Já i spolupracovníci mají tu možnost o tom mluvit, na poradách, kdy probíráme nejenom ty technický věci, ale i věci s těma klientama,. Snažim se to tahkle vnímat okolo sebe a samozřejmě taky prostě máme supervizi, kde prostě tyhle věci řešíme.“

„Řešili jsme, poměrně dlouho se řešil, ta kolegyně už tady nepracuje ... vztah pracovníka a klienta. To je klasický prostě etický dilema jako hrom, jak to prostě řešit, jak to změní atmosféru v týmu.“

„Určitě supervizor je velká pomoc, jako sami ty páky taky máme, je to podobný, jako když si jdete k někomu popovídat, tak prostě vidí ten problém z jiný strany než vy. Že určitě je vždycky cennej ten pohled člověka, vy ten problém vnímáte zevnitř, protože v něm jste, a je důležitej pohled toho člověka, kterej to vidí ještě z jiný strany. Takže vám může pomoc to vnímat jinak, což je důležitý, nebo podívat se na to taky jinak, než když je v tom člověk zainteresovanej emocionálně, vztahově a tak dál.“

„reflekutuju to na supervizi, pokud mám nějaký takovýhle pochybnosti, tak určitě, nebo se svýma spolupracovníkama, většinou ten postup je takovej, že si to řekneme tady, pak pokud je to pořád nejasný nebo nevíme, je to stále tím dilematem, tak se to vezme na tu supervizi.“

SP2

„Pokud nestačí pravidla, že máme popsaný, prostě na všechno máme pravidla. Pokud ty nestačí, což velmi často jakoby stačí, tak využíváme toho týmu, se dohodnem na nějakým konsenzu, nějakým kompromisu. A pokud i to nevyjde, tak ještě máme supervizi.“

„Když už se tohle dostane na supervizi, my spíš supervizi používáme na něco jinýho, na to očištění sami sebe, že se moc nestává, že bysme za ním museli jít s nějakým etickým problémem. To velmi zřídka, si to vyřešíme sami. A když už pomáhá řešit, tak stejně tak

jako terapie, klade otázky, na který třeba my sami nemusíme přijít, a my si to vlastně uděláme sami, on nám vlastně pomůže najít ty odpovědi.“

SP3

„Jak to řešim, tak napřed si to tak nějak uvědomim, což je dobrý, někdy člověk tak jako neví, co ho na tom štve, je to nějaký divný, a pak už zjistim, jestli je to nějak pracovní, nebo jestli je to třeba úplně můj problém nebo kam až to přesahuje. No a následně pak se to řeší na poradě v týmu, s ostatníma, případně pak na supervizi. My tam ty věci řešíme, s klienty když je něco.“

„Pomůže mi to vyjasnit, nebo možná když bych měl s něčím problém a sám bych na to nepřišel, tak určitě. ... co jsme ji měli, tak ji musím opravdu chválit.“

„Tohle je moje jediná supervize, kterou jsem kdy měl, takže nevim, jak jinde, já jsem vůči supervizorce měl velkej respekt a obdiv, fakt jsem ji respektoval jako profíka, kterej dává návrhy a ví co říká, takže většinou se to nějak rozhodlo na tý supervizi a pak se to ještě douzavřelo, ale tak nějak s tim námětem odsaď.“

4.2.4 Pravidla zařízení

Respondenti se shodně odkazují na pravidla jejich služby, která se snaží striktně dodržovat (Z1), považují je za přínos pro svou práci (Z1, Z2), nicméně vnímají, že žádná sepsaná pravidla nemohou nabízet řešení každé situace (SP1, SP2). Jsou živým dokumentem, který reaguje na potřeby organizace a klientů (SP2).

Z1

„Jinak pravidla my tady máme jako zařízení nastavený pro klienty a ty musíme dodržovat i my. Takže já se snažim je fakt striktně dodržovat, protože jde o spravedlivost k těm klientům, a i já si to můžu potom odůvodnit, třeba nějaký svoje rozhodnutí, kdy se rozhoduju, že je to něčím podložený.“

„Takže vám to práci usnadňuje, že ta pravidla jsou daná?“

„Jo, jo, určitě.“

„No, kdyby ty pravidla nebyly, tak bych se právě možná řídila nějakou svojí intuicí, anebo nějakýma sympatiema ke klientům, což právě by potom bylo v rozporu, nebylo by to spravedlivý, takže je to pro mě takhle jednodušší, že ty pravidla takhle daný jsou a já se o ně můžu opřít, že to prostě je takhle a musí to být takhle.“

Z2

„Tady máme ta pravidla daná a to je dobře, jinak bych třeba reagovala podle různých sympatií, ta pravidla to usnadňují, když třeba někdo citově naléhá- já jsem nemohl, já jsem tohle a tamto, pomůžou ty pravidla, že se mam o co opřít při rozhodování .... Bez těch pravidel by byla anarchie.“

SP1

„máme rozpracovaný manuály, kde jsou přesně paragrafy, které podléhají ohlašovací povinnosti a který ne, stejně nějaká etika v tom je, když přijde někdo od policie a ptají se na konkrétní lidi.“

SP2

„často se to stává a pak nějaká situace, kterou musíme vyřešit a pak jí zaneseme do pravidel.“

4.2.5 Etický kodex

Z1, Z2 etický kodex své profese nepovažují za pomoc pro řešení etických problémů. Sociální pracovníci vnímají svůj etický kodex jako přínos, SP3 uvádí, že principy v něm uvedené má zvnitřněné a nemá problémy s jejich dodržováním, SP2 ho považuje za základ, na kterém se všichni shodou při řešení nějakého etického problému, SP1 přiznává, že by přesný obsah neuměl reprodukovat, nicméně jej považuje za významný.

Z1

„Musim se přiznat, že kodex neřešim. Asi mam nějakej kodex svůj“

Z2

„No, my když máme nějaký problém, tak to řešíme v týmu, nebo pak při supervizi.“

SP1

„Určitě, já si to uvědomuju, ten etickej kodex, teď bych vám ho tady nezarecitoval nazpaměť, ale každopádně je to věc, kterou máme tady v kanceláři na viditelným místě, používá se při zaučování nových zaměstnanců, a ty etický dilemata se dost často dostávaj na přetřes.“

SP2

„No, myslim že jo, protože se dostáváme docela, ale nevim, jestli by vám to takhle řekli i ostatní, my se na něj jako nekoukáme, že bysme, když je porada, prostě se koukali, co my teď podle toho kodexu máme dělat. Všichni ho znaj, všichni ví za ty roky, co si můžou, co si nemůžou dovolit a co je obsahem,cílem tý substituce, jejím posláním. Takže to je nějakej ten bazál, kterýho se všichni dotknem, protože se setkáváme, nebo každej tejden se setkáváme na poradě s něčím, u čeho se pohádáme, mámen a to trochu jinej náhled, a když jdeme do hloubky, tak víme, od čeho se můžeme společně odrazit.“

SP3

„To nevim, to jsem asi četl někdy…četl jsem ho určitě to musíme, ale tam jsou nějaký řeči jak se s nima nemáme stýkat, máme zachovávat mlčenlivost a tak…Já mam pocit, že s timhle jsem šel už ze školy, tyhle věci, že mě tam nic nepřekvapilo, mam to docela zvnitřněný, že v žádným z těch bodů se nepřemáhám, co si vybavuju. Určitě jsme ho četli i ve škole.“

4.3 Etické principy sociálních pracovníků a zdravotníků pohledem klientů

4.3.1 Etika sociálních pracovníků pohledem klientů

Klienti od sociálních pracovníků čekají přístup bez předsudků (K1), že budou vzorem (K1), vcítění (K1), zaměření na city (K1), nebudou využívat klienty ke svému prospěchu (K1), pomoc při hledání nových cest (K1), diskrétnost (K2, K3), respekt

k důstojnosti (K2), přátelský přístup (K2, K3), vstřícnost (K2), snahu pomoci (K3) a nesoustředění se na chyby (K3)

K1

„Sociální pracovníci by určitě měli být bez předsudků, to platí i pro zdravotníky, pak nevyužívání všelijaký těch klientů k nějakýmu vlastnímu prospěchu, bejt vzorem.“

„obojí by měli mít takový...jak se to jmenuje...vcítění do toho člověka, ... někdo víc přes ty city, ty sociální pracovníci, přes to prožívání...“

„terapeut spíš sáhodlouze vysvětluje, proč je to pro tebe dobrý, to je taková moje zkušenost“

„mně to zatím pomohlo, hodně, hledat svoje vlastní cesty“

„ten terapeut by měl sledovat tu linii toho jejich programu, ne vzít si prášek hned když tě bolí hlava, zkusit to jinak.“

K2

„No určitě nějakou diskrétnost aby dodržel, aby prostě na mě nekoukal jako na nějakej vagus jako že prostě jsem závislej nebo něco takovýho…“

„když mám pohovor se sociální sestrou, tak si myslim, že o těch věcech by neměla mluvit s někým jiným z personálu, měla by bejt vůči tomu diskrétní“

„s těma sociálníma pracovnicemi, co jsem tady poznal, tak spíš to bylo na přátelský kamarádský úrovni a musím říct, že když jsem potřeboval v něčem vyjít vstříc, tak naopak mi vyšli vstříc než aby mi škodili nebo házeli klacky pod nohy. Vždycky problém, kterej jsem měl, tak mi pomohli buď při hledání práce nebo to, co jsem potřeboval s doktorem poradit nebo tohle. Byli ochotný a vyšli mi vstříc.“

K3

„No tak ty konzultace jsou spíš v takovým přátelským duchu... Ty sociální pracovníci se nesetkávaj třeba se zdravotnickou dokumentací, těch lidí, zase se dozvídají majetkový poměry a takovýhle věci, takže samozřejmě to samý, neměli by jako o tom mluvit tady před ostatníma klientama nebo tak.“

„Samozřejmě zachovávat v tajnosti ty věci, který zná o poměrech toho klienta, tak ty nesmí vyzradit nikomu, neměl by teda, měl by se snažit nějak usnadnit tu existenci,

nesledovat jenom ty chyby, nečekal za každou cenu na tu chybu, kterou udělá, aby ho za to mohl stíhat.“

4.3.2 Etika zdravotníků pohledem klientů

Od zdravotníků klienti očekávají přístup bez předsudků (K1), vcítění (K1), toleranci ke zdravotním omezením (K1), snahu pomoci (K1), diskrétnost (K2, K3), vlídnost (K2), nesoustředění se na chyby (K3), snaha pomoci (K3)

K1

„Sociální pracovníci by určitě měli být bez předsudků, to platí i pro zdravotníky.“

„hm Hippokratova přísaha navíc a určitě a obojí by měli mít takový..jak se to jmenuje...vcítění do toho člověka, každej v tom svym oboru, ...zdravotníci k tý daný situaci...“

„nemocnej člověk, ten třeba nemá na to říct, jak se zrovna cejtí, vést nějaký dlouhý diskuze nebo jako vůbec bejt přístupnej tomu terapeutovi, kdežto zdravotník by to měl tolerovat, když řeknete jakoby bolí mě tady to, tak prostě můžete bejt v tlaku ve větším nebo tak, a tady v tom ten rozdíl si myslim, že je. Že bych čekal. že bude, že lékař bude vnímat ty starosti s tím zdravím, to omezení, který z toho plyne, že bude schopnej tomu člověku se dostat blíž než terapeut, kterej bude sledovat cíle tý terapie...“

„to k tomu pak patří, že si přijdeš pro prášek a on (terapeut) řekne nemůžeš to zkusit jinak A doktor v tadytom spíš ustoupí.“

„I ten doktor by měl bejt u toho člověka, snažit se mu pomoct“

K2

„Tak určitě by měl bejt diskrétní, trošku nějak vlídnej, nevim, já si myslim, že lidi, co se tady v tom pohybujou, jsou tadyvtom natolik vyškolený, že ví,jak se k těm lidem maj chovat“

K3

„Určitě se zdravotník setkává…přece jenom na toho člověka má pohled takovej, že ho vidí kolikrát nahýho, nebo tak, takže musí zachovat diskrétnost a leccos ví o zdravotním stavu toho člověka, takže určitě to by si měl nechávat pro sebe asi tyhlety věci.“

„měl by se snažit nějak usnadnit tu existenci ...nesledovat jenom ty chyby, nečekal za každou cenu na tu chybu, kterou udělá, aby ho za to mohl stíhat. To myslim platí ve vobou“

4.3.3 Rozdíl mezi etikou sociálního pracovníka a zdravotníka pohledem klientů

Klienti nevnímají rozdíl v etice v sociální práci a ve zdravotnictví, pouze K1 uvádí rozdíl v tom, že sociální pracovník sleduje cíl terapie, zatímco lékař se zajímá pouze o člověka.

K1

„*Hm....jako úplně by neměl být rozdíl, prostě“*

„Tak zdravotníci tady v tý terapeutický oblasti to si myslim, že je jedno a to samý.. Psychiatr, co tam je, je stejně ohleduplnej, má stejnej zájem o vás, hodně je na vaší straně, je tam hodně tý empatie.“

„Je, terapeut musí sledovat program terapie, vlastně lékař, toho žádná terapie nezajímá, toho zajímá člověk.“

K2

„Ne..“

K3

„Ne, to ne.“

4.3.4 Porušení etických pravidel pohledem klientů

Jako porušení etických pravidel u sociálních pracovníků uvádí K1 nejasnost v pravidlech služby, která vedla k nedorozumění, K3 považoval za nespravedlivé odebrání sociálních dávek, K2 se s žádným neetickým chováním sociálních pracovníků nesetkal.

Jako porušení etických pravidel u zdravotníků vnímají klienti nerespektování důstojnosti klienta, odsuzování na základě závislosti (K1, K2, K3), nedostatečné vysvětlení (K1), kamery na záchodech při testování (K2)

K1

„*Vlastně jednou v terapeutický komunitě jsem se s tadytim setkal, že jako byla nejasnost při podání informace, že člověk musí zajít na vstupní prohlídku k psychiatrovi tam v tom zařízení, tak jo, v tadytom, protože vlastně v operačním manuálu, kterým jsme se tam řídili bylo jasně daný, že člověk má právo odmítnout lékařskou pomoc, což se vlastně dalo brát jako lékařská pomoc, takže to by se dalo brát jako porušení, drobný prostě, ale bylo.“*

„Když jdu normálně k doktorovi, tak nemám úplně dobrý zkušenosti, protože ty lidi mě nechaj často v takovém ne úplně vysvětlení tý situace, co potřebuju, o co se mam starat, o co se zajímat, tady máte prášky nashledanou, nevíte co se děje, nikdo vám nic neřekne. A vlastně i jsem se setkal s tim, že když jsme byli v komunitě, tak jedna doktorka, ke který jsme chodili, tak když viděla, že jsme z komunity, tak nám to dávala sežrat, byla na nás vostrá a že jsme neměli fetovat, takový jako, to se opakovalo, to bylo v malým městě a normálně veřejný lékařství, který nebylo spjatý přímo s tou komunitou, tak tak reagovala na nás.“

„Neměli jste fetovat, to nám normálně takhle říkala při prohlídce, přišel tam kluk, svolala si mimořádnou skupinu, že na něj paní doktorka během vyšetření dvacet minut křičela, že si za to může sám, co si myslel, že se stane, když bude brát..“

„A když jsme šli na vyšetření, nějaký jako akutní, tak se stávalo často, že si ty doktoři neodpustili takový poznámky, že to je z fetu a že jste fetoval, tak co jste čekal.“

K2

„Právě že tady jako že žádnej problém tady s tim nemám.“

„Nelíbí se mi třeba, že jsou kamery na záchodech… Chápu, že třeba ty testy, když chodíme na ten záchod, že lidi, co třeba nemůžou před tou sestřičkou, že třeba se musí svléct do naha, tak to je takový trošku zvláštní, no. Že dá vlastně tý sestřičce i oblečení a zůstane tam jak dlouho chce, ale tak to chápu, protože jsou různá lidi, který s tim manipulujou, chápu ten důvod.“

„to jsem měl u mojí zubařky tohle, já jsem vždycky když jsem přišel někam, kde jsem byl ošetřovanej, tak jsem předem jim nahlásil, že mam žloutenku céčko, a kvůli tomu tam mi to bylo u tý zubařky dost jasně naznačíno, že jsem nějakej špatnej. Neřekla mi to přímo, ale prostě bylo to vycejtit, že prostě není ráda za to, že tam jsem.“

K3

„stalo se mi jednou, že v Praze před patnácti lety a bylo mi špatně, oni někam tam volali do Bohnic nebo někam na detox, jestli by mohli poskytnout substituční látku a tam přímo ten doktor řek, řekněte mu, ať si jde někam ukrást, prodat to, přitom já jsem v životě krást nemusel, a nikdy jsem to nedělal, a prostě ten doktor řekl tohle, a pošlete ho krást…“

„Tak u těch sociálních pracovníků, ... tam jsem dostával podporu kdysi sociální dávky a oni mi propláceli i když jsem si hledal zaměstnání, v jiných městech, tak propláceli bydlení, a potom si je vzala s sebou zásahová jednotka, když jeli k nám kvůli výrobě pervitinu a přijeli tam, oni si je vzali jako svědky. Oni si tam tohleto vyslechli a od tý doby sociální dávky jsem už nedostal osm let. Jsem se dozvěděl od těch chlapů z kriminálky, že oni to udělali tak, ten už od nás nedostane nic... Oni můžou rozhodovat o tom, kdo dávky dostane, vždycky si to nějak zdůvodní, a vlastně pro ně neexistujou žádný pravidla pro tyhlecty městský úřady a pro sociální odbory... předsudky, protože oni berou závislý lidi jako jedno a to samý“

„jakmile přijde závislej člověk, tak automaticky budete posuzovanej, zrovna tak kamarádi, co byli v kriminále a přišli k doktoru a řekli, že automaticky, když to byl závislej člověk, tak automaticky všechny zákroky bez umrtvení a že se tam na něj hned nahlíží jinak.“

„Třeba za čtyři roky nasbírám čtyři positivní testy, což není moc, a už jsem před vyhozením. Takže to jsou věci, se kterýma můžu nesouhlasit, ale který musim brát tak jak jsou. Kdybych ten nesouhlas dal najevo, tak by se mi to nemuselo vyplatit, takovej mlčenlivej nesouhlas, nic víc.. Mně se tadydle čtyři testy za čtyři roky rovnají prakticky vyhazovu a tady pět absencí za měsíc, přitom je jasný, že ten člověk vzal něco jinýho, takže to mi přijde nespravedlivý..“

4.3.5 Příklad eticky správného jednání pohledem klientů

K1 oceňuje schopnost sociálních pracovníků zůstat klidný i při nevhodném chování klienta, K2 rovnost ve vztahu s klientem. U zdravotníků jmenuje K1 lidskost, K2 práci :na „úrovni,“ profesionální přístup, K3 slušnost.

K1

„tady jsem byl vděčnej, že ty lidi se dokázali oprostit prostě tady od těch svéjch emočních prožitků, aby mě brali s nějakým nadhledem, v tý situaci, aby si to nepřijali za svoje, aby moje napětí, který směřovalo k nim.. Tady to byli sociální pracovníci“

„vybrali si takovýho doktora, kterej prostě měl naopak úplně skvělej přístup ... ten člověk opravdu...lidskost mu byla vlastní.“

„Myslim si právě, že v oblasti tý terapie, kde spolu jsou ti lékaři a kde teda lékaři přímo spolupracujou, jsou pod tou organizací, tak jsou na to připravení a jednají velice dobře.“

K2

„je to z obou stran na úrovni, že ty lidi, co tady jsou, že s tim mají zkušenosti dobrý a žádný stížnosti jsem neslyšel tady na personál.“

„to já docházím i do tý poradny hepatální a i ty sestřičky, tak jako k tomu mají profesionální přístup“

„vždycky to bylo na úrovni, co jsem od nich potřeboval, tak mi vyšli vstříc, takže nemám…já si myslim,že ty lidi, který to dělaj, tak že mají už takovou…že se s náma baví jako s rovnejma.“

K3

„… v roce 2001 … jsem byl na infekčním pro drogově závislý, … A tam se chovali slušně, tam leží lidi, který maj konečný stádia AIDS, takže jsou tam pokoje po jednom a tam byla ta péče vynikající.“

4.4 Základní etické principy sociální práce a zdravotnictví

Jednotlivé odpovědi respondentů budou přiřazeny k základním etickým principům. Respondenti jednotlivé principy v odpovědích mnohdy vůbec nezmiňují, přesto je možné konkrétní sdělení k jednotlivým principů zařadit. Za čtyři základní etické principy zdravotnictví budeme považovat bioetické principy Beauchampa a Childresse (2001) - nonmaleficienci, beneficienci, spravedlnost a autonomii. Pro sociální práci uvádí Banks (2001) obdobné principy - respekt k právu na sebeurčení (odpovídá principu autonomie), podpora blahobytu nebo pohody (odpovídá principu beneficience), distribuční spravedlnost. (budeme hodnotit společně se spravedlností obecně) a rovnost, ve smyslu nediskriminace.

4.4.1 Princip non maleficience

Dotazovaní zdravotníci i sociální pracovníci zmiňují důležitost principu nonmaleficience, i když ho tak sami nenazývají. Sociální pracovníci hovoří o nevyužívání klientů (SP1), riziku poškození klienta neodbornou prací (SP2), riziku přístupu klientů k zápisům z terapie (SP2), vědomém vyhýbání se informací, na které by se vztahovala oznamovací povinnost (SP1,SP3), nedoporučování věcí, které osobně považují za špatné (SP3). Zdravotníci zmiňují nejistotu při udělování výjimek z pravidel (Z2), princip neškodění jako nejdůležitější bez bližšího vysvětlení (Z3). Pro klienty je

důležité nevyužívání klientů ke svému prospěchu (K1), zaměření na pozitiva klienta a ne na jeho chyby (K3), K2 jmenuje obecně důležitost snahy pomoci a ne uškodit klientovi.

SP1

„zároveň se tam může stát i to nebezpečí pro toho klienta, že ten pracovník ho začne vnímat jako někoho, kdo mu naslouchá, ne někoho komu má naslouchat“

„můžeme dostat do toho nebezpečí, že můžeme využívat klienty pro nějaký služby pro sebe, to znamená používat je jako manuální sílu, když potřebujeme něco někde odstěhovat“

„Kdy na jednu stranu chcete pomoct, ale na druhou stranu taky víte, že musíte dodržovat nějakou mlčenlivost. takže to jsou dilemata, říct něco, aby to nevypadalo, že nespolupracuju, dejme tomu s policií, a na druhé straně nepoškodit toho klienta....“

SP2

„budeš tu práci dělat pořádně, musíš vědět, co děláš, opravdu vědět, co děláš, a dávat pozor na to, jestli to děláš dobře, protože důležitý je teda neublížit, nebo jenom takový to páchání dobra, to je to nejhorší, co myslim může bejt.“

„to, aby si člověk přečet vlastní poznámky o terapii, myslim, že to by úplně vhodný nebylo.“

SP3

„vůbec jako to, že všichni z nich páchají trestnou činnost. To tušim, ale není to tak, že bych..nevyptávám se natolik, aby mi z toho plynula oznamovací povinnost“

„neškodit je, že mu nebudu doporučovat nic, s čim sám nesouhlasim, nebo že to zvážim podle jeho situace, co pro něj je nejlepší, já s tim nemusim souhlasit s tim řešením nebo návrhem. Usoudim, že pro něj to furt bude nejlepší.“

Z1

„Uměla byste seřadit etické principy od nejdůležitějšího k těm méně důležitým? Když vezmeme čtyři základní principy lékařské etiky, non maleficienci, beneficienci, spravedlnost a autonomii?“

„Takže první určitě neuškodit, druhý určitě prospět, pak autonomii bych dala na konec.“

Z2

„to je asi to nejtěžší, poznat tu hranici, aby člověk ve snaze pomoci – jestli pomůže nebo spíš poškodí.“

„No nejdůležitější je asi neškodit – například tady je teď klient na benzodiazepinech, to nesmí brát s metadonem, tak jsme ho vyřadili na šest měsíců, tak je teď v Plzni, ale tam ho taky vyřadili. No a volali nám, jestli ho máme přijmout zpátky. Lékařka je zásadně proti. No tam jde o zdraví toho klienta, pořád jsem tady jako zdravotní sestra, takže mám pomáhat, nejen psychicky, ale hlavně v tom zdraví, ono když nebude zdraví, nebude ani psychika...no a i obráceně, někomu se kvůli psychice zničí zdraví, je to spojený“

K1

„nevyužívání všelijaký těch klientů k nějakýmu vlastnímu prospěchu“

K2

„naopak mi vyšli vstříc než aby mi škodili nebo házeli klacky pod nohy“

K3

„nesledovat jenom ty chyby, nečekal za každou cenu na tu chybu, kterou udělá, aby ho za to mohl stíhat.“

„někdy mi to tak připadá, že to centrum funguje ne proto, aby usnadnilo, ale proto, aby sledovalo tu chybu, kterou člověk udělá.“

4.4.2 Princip beneficience

Konat ve prospěch klienta považují dotazovaní zdravotníci i sociální pracovníci za hlavní cíl své práce. Pro sociální pracovníky znamená podporu, kontrolu, povzbuzení, doprovázení, pomoc se vztahy (SP1), pomoc s hledáním řešení, pomoc i skrze dočasné omezení práv, ochranu společnosti před negativními dopady užívání drog (SP2), hledání, kdo je klientem a čí dobro chráním, nekonat za klienty, obhajování výjimek z pravidel podle konkrétní situace klienta (SP3). Zdravotníci mluví o přínosu

harm reduction pro společnost, i pro jednotlivce (Z1, Z2), zlepšení zdravotní i sociální situace klienta (Z2, Z3). Klienti oceňují snahu pomoci (K2), usnadnění existence klienta (K3).

SP1

„co jim nabízim, prostě, tam třeba konkrétně v tom doléčovacím centru byla do jistý míry prostě nějaká podpora, někdy i chtěli jakoby ...podpora, kontrola, nějaký povzbuzení.“

„potřebuje někoho, kdo ho bude na tý cestě prostě doprovázet, kdo to nebude dělat za něj, to jsem jako vždycky odmítal, ale kdo mu poskytne podporu“

„Prostě takhle toho člověka uklidňovat, vracet ho do reality.“

„Tohle všechno je součástí práce, pomoci člověku, aby si dával do kupy vztahy“

SP2

„jsem musel na civilní službu do Arpidy, kde jsem zjistil, že chci dělat úplně něco jinýho,než jsem dělal, že mě baví pomáhat“

„pro jednotlivce nabízím možnost vidět řešení, jak zlepšit svojí životní zdravotní sociální situaci, pokud ten člověk má zájem. No a pro společnost, ačkoli to společnost moc nevidí, tak je to v podstatě ochrana společnosti před epidemiemi, zdravotní ochrana společnosti je asi to hlavní... šetřim společnosti spoustu peněz“

„my někdy musíme dělat věci, který jsou prospěšný v léčbě, ale standardy je nepřipouští.“

SP3

„Kdo je vlastně ten můj klient, jestli mi jde o to dítě nebo o toho klienta. Mě to dítě vlastně prvotně vůbec nemusí zajímat. Takže tam jde o ten rozpor, o koho bych se měl starat, a když tak klientka se rozhodne nějak chovat, a ohrožuje tím to nenarozený dítě“

„že chceme těm lidem pomoct“

„já nerad moc za ně konám, spíš nechávám konat je“

„teď jsem se snažil kvůli tomu klientovi, co tam máme, abysme ho nevyhodili, to jsem taky konal pro jeho dobro“

Z1

„ta substituce je hodně o tom harm reduction, to je tam podstatný, na druhou stranu ale i ta individuální pomoc každýmu tomu klientovi“

Z2

„Tady dostávají substituční látku pod dohledem lékaře, umožní jim to zapojení do společnosti, chrání to jejich zdraví … sníží se tím kriminalita. Ty změny přicházejí i v sociálních podmínkách, najdou si byt, práci, to tady dostanou nějaké nabídky“

Z3

„zvážit, jestli jsou vhodní kandidáti do naší služby, potom když už nastoupí, tak stabilizovat jejich stav tim, že se nastaví správná dávka metadonu, že nemají potřebu se někde dokrmovat“

K2

„Vždycky problém, kterej jsem měl, tak mi pomohli buď při hledání práce nebo to, co jsem potřeboval s doktorem poradit nebo tohle. Byli ochotný a vyšli mi vstříc.“

K3

„měl by se snažit nějak usnadnit tu existenci“

4.4.3 Princip spravedlnosti

Princip spravedlnosti můžeme najít tam, kde sociální pracovníci mluví o nutnosti práce s klienty bez ohledu na sympatie (SP1), obtížnosti spravedlivého rozhodování o přijetí klientů při převisu zájmu nad kapacitou, jasně daných pravidlech pro přijetí (SP2), udělování výjimek (SP3). Spravedlnost při dodržování respektive nedodržování pravidel hovoří i zdravotníci (Z1), stejně tak o nepřijatelnosti přístupu ke klientům na základě sympatií (Z1, Z2). I pro klienty je spravedlnost důležitá, K2 mluví o rovném přístup ke všem klientům, vnímá spravedlnost sankcí za nedodržení pravidel, K3 považuje za nespravedlivá některá stanovená pravidla.

SP1

„k některým lidem zřejmě cítím větší sympatie, k některým menší, ale v podstatě by to nemělo být směrodatný pro to, kolik sil budu ve svý práci pro ty lidi vydávat“

SP2

„takovej problém třeba při výběru klientů, máte sice napsaný kritéria, třeba tady to je pobytový zařízení, jehož kapacita je o polovinu menší než je zájem, takže potom třeba musíte vybírat ze třech lidí na jedno místo, když to všichni potřebujou, jsou na tom špatně a víte, že třeba nemají kam jít. Máte sice celou řadu kritérií, jako je pořadník, ukončení léčby a cílová skupina a já nevim co všechno, což je velmi dobře propracovaný, ale stejně se pak některý ty body tady toho rozlišování tak stírají, že nakonec je velmi těžký rozhodnout, komu dát přednost.“

„máme jasně daný, jaký lidi nemůžem přijmout, a proč.“

SP3

„teď porušil tohle pravidlo, musí bejt vyřazenej, protože jakmile nebude, tak to ostatní uvidí, ale venku je mínus dvacet a on prostě je pod mostem“

Z1

„Takže já se snažim je fakt striktně dodržovat, protože jde o spravedlivost k těm klientům, a i já si to můžu potom odůvodnit, třeba nějaký svoje rozhodnutí, kdy se rozhoduju, že je to něčím podložený.“

„kdyby ty pravidla nebyly, tak bych se právě možná řídila nějakou svojí intuicí, anebo nějakýma sympatiema ke klientům, což právě by potom bylo v rozporu, nebylo by to spravedlivý“

Z2

„Tady máme ta pravidla daná a to je dobře, jinak bych třeba reagovala podle různých sympatií“

K2

„no tak určitě by to měli brát jednim metrem, všechny ty lidi, co sem chodí. Neměl by mít někdo nějaký výhody“

„udělal nějakej průšvih, tak jsem byl za to myslim celkem po právu potrestanej, třeba že jsem dostal stopku a musel jsem jezdit do Prahy, nebo do Plzně, ale to jsem prostě porušil pravidla…“

K3

„Mně se tadydle čtyři testy za čtyři roky rovnají prakticky vyhazovu a tady pět absencí za měsíc, přitom je jasný, že ten člověk vzal něco jinýho, takže to mi přijde nespravedlivý.“

4.4.4 Princip autonomie

O respektu k rozhodování klienta o svém životě mluví sociální pracovníci i zdravotníci. SP1 hovoří o respektu k rozhodnutí a situaci klienta, i přesto, že to osobně považuje za špatné, považuje za důležité nevnucovat klientovi své představy, stejně jako SP3, který zdůrazňuje ještě nekonání za klienty. Zdravotníci mluví o poznání individuálních potřeb klienta (Z1, Z2), K1 oceňuje zachování práva na rozhodování i při jinak striktním omezení práv při terapii.

SP1

„člověk, kterej vám je celkem sympatickej, se nějakým způsobem neposouvá tak, jak byste potřebovat, nebo jak byste si přál, ne potřeboval, a v danou chvíli se rozhod pro to, že bude brát dál a že se bude prostě ničit a že si bude píchat ty drogy, tak prostě respektovat toho člověka, jako nenutit ho dělat něco, co v danou chvíli nechce. Být tam teda s ním někde tam, kde teda chce být.“

„respektovat potřeby toho klienta, to, co on uzná za důležitý, nedávat mu nějaký jako zaručený rady na šťastnej život, trošku rezignovat z toho, co já si myslim, že by molo být dobře. Prostě vidět toho klienta v danou chvíli...co chce a co potřebuje, co on uznává“

„na jednu stranu můžete říct, jaký má jiný možnosti, jaký jsou alternativy, ale musíte respektovat jeho rozhodnutí“

SP3

„Jako zodpovědnost sám za sebe, to se snažim právě tim, že za ně nekonám. Takže to rozhodnutí je pak na nich, já se snažim zase se nenechat do ničeho tlačit, říkat ty věci upřímně nenechat se manipulovat jima a tak.“

„vezmu opravdu jako vyslechnout si, snažit se pochopit, poslouchat, co říká ten člověk, co chce a ne co chci já, to taky někdy může bejt, že já mam pocit, že musí chtít tohle, protože to je normální a jeho to třeba vůbec nezajímá. A chce úplně něco jinýho.“

Z1

„Pro mě je dost důležitá ta autonomie, právě že mě to docela vadí takovej ten přístup těch zdravotníků, že právě rozhodují i za toho pacienta, nic jim nevysvětli, nezeptají se chcete tohle nebo tohle.“

„Takže asi to rozhodování toho člověka, pacienta a ještě teda pro mě je hrozně důležitý takovej ten individuální osobní přístup. To mi vadí, že prostě oni jsou ti pacienti jako anonymní stádo, čísla, ani se na toho člověka nepodívá, nezeptá se na nic.“

Z2

„Dřív pro mě byl pojem závislý široký, co si pod tím představit....teď to umím víc individualizovat. , každý se k tomu dostal jinak, má k tomu jiný přístup...“

K1

„odmítnutí lékařský péče, že tam můžete…že člověk se vlastně musí omezit, zříct se nějakých svých práv a přesto, že tadyto právo že tam zůstalo, to mě překvapilo a docela i příjemně.“

4.4.5 Princip rovnosti-nediskriminace

Dotazovaní hovoří o nutnosti vnímat uživatele drog jako klienty, lidi, nepohrdat jimi (SP1, SP3, Z1, Z3, K1, K2, K3), nehodnotit je jako skupinu, ale jako jednotlivce (SP3, Z3, K1, K2, K3)

SP1

„Já musím říct, že jsem to nikdy nevnímal jako že jsou to lidi, který si za to můžou sami, nějaký odpad společnosti“

„já ty lidi vnímám prostě jako lidi, který se dostali do nějakých problémů“

„Určitě pořád vidět v těch klientech lidi, jako jsme my, a nějakým způsobem se nad ně nepovyšovat, jako podívejte se na mě, kam jsem to doták. Ale někdy s nima jednat jako s lidma, který mají svojí důstojnost, i když třeba smrdí a jsou prolezlý kde čím.“

SP3

„já jsem i řek, že s feťákama nikdy pracovat nebudu. No, pak se to nějak zvrhlo a nakonec jsem to začal dělat a už na škole se nějak člověk oprostí od těch předsudků“

„člověk ty lidi pozná, takže je nevnímá jako závisláky, ale jako lidi, který mají nějaký problémy svý a jedním z těch problémů je i ta závislost.“

„Nerespektujou je jako lidi, jako někoho, kdo je jim stejně rovnej“

„ten doktor nebo sestra se k nim chovají jako kdyby to byly hadry, tak už tam nikdy nepůjdou“

„Rovnost v přístupu k těm lidem, stejně tak respekt“

Z1

„Mohla bych si vlastně říct na začátku, že feťáci mě nezajímají a tohle dělat nebudu. Takže když jsem do toho šla, tak s tim, že každej člověk potřebuje pomoc, i ten drogově závislej“

„že je nějak bránim, že když někdo jakoby je odsoudí už předem, tak mě to hrozně jako naštve.“

Z3

„Tak třeba než jsem dělala tady se závislejma, tak jsem dělala na interně a tam fakt bylo úplně vidět, jak se na tyhle lidi kouká jako na feťáky, že mají to stigma, já dělám i v léčebně závislostí, když ty lidi abstinujou ... tam to bylo vidět, jak prostě se s nima hovoří holejma větama a pracuje se s nima v rukavicích, a nekouká se na ně jako na lidi, i když jsou to ty, který se snažej s tim něco dělat. No takže to v tom oboru, kterej pracuje se závislostmi není, ten obor prostě dělá z těch lidí lidi.“

K1

„Psychiatr, co tam je, je stejně ohleduplnej, má stejnej zájem o vás, hodně je na vaší straně, je tam hodně tý empatie.“

„jedna doktorka, ke který jsme chodili, tak když viděla, že jsme z komunity, tak nám to dávala sežrat, byla na nás vostrá a že jsme neměli fetovat, takový jako, to se opakovalo“

K2

„aby prostě na mě nekoukal jako na nějakej vagus jako že prostě jsem závislej nebo něco takovýho“

„já si myslim,že ty lidi, který to dělaj, tak že mají už takovou…že se s náma baví jako s rovnejma.“

„já jsem vždycky když jsem přišel někam, kde jsem byl ošetřovanej, tak jsem předem jim nahlásil, že mam žloutenku céčko, a kvůli tomu tam mi to bylo u tý zubařky dost jasně naznačíno, že jsem nějakej špatnej. Neřekla mi to přímo, ale prostě bylo to vycejtit, že prostě není ráda za to, že tam jsem“

K3

„Jo, stalo se mi jednou, že v Praze před patnácti lety a bylo mi špatně, oni někam tam volali do Bohnic nebo někam na detox, jestli by mohli poskytnout substituční látku a tam přímo ten doktor řek, řekněte mu, ať si jde někam ukrást, prodat to, přitom já jsem v životě krást nemusel, a nikdy jsem to nedělala, a prostě ten doktor řekl tohle, a pošlete ho krást…“

„Jistě no, předsudky, protože oni berou závislý lidi jako jedno a to samý“

„A jakmile přijde závislej člověk, tak automaticky budete posuzovanej, zrovna tak kamarádi, co byli v kriminále a přišli k doktoru a řekli, že automaticky, když to byl závislej člověk, tak automaticky všechny zákroky bez umrtvení a že se tam na něj hned nahlíží jinak.“

Tabulka č.2 Odpovědi respondentů přiřazené k základním etickým principům.

nonmaleficience	**beneficience**	**autonomie**	**spravedlnost**	**rovnost**
Z1, Z3	Z1, Z2, Z3	Z1, Z2	Z1, Z2	Z1, Z3
SP1, SP2, SP3	SP1, SP2, SP3	SP1, SP3	SP1, SP2, SP3	SP1, SP3
K1, K2, K3	K2, K3	K1	K2, K3	K1, K2, K3

Zdroj: vlastní výzkum

5. DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit, které etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci občanského sdružení Prevent za stěžejní pro svou práci. Výzkum měl odpovědět na čtyři výzkumné otázky: Které etické principy považují sociální pracovníci a zdravotníci za stěžejní pro svou profesi? Které etické principy jsou ve zdravotnictví a sociální práci společné a které rozdílné a proč? Jakou zkušenost mají zdravotníci a sociální pracovníci s aplikací etických principů v praxi? Jak vnímají etické principy a jejich aplikaci lidé, kteří sociální a zdravotní služby využívají?

Téma etiky bylo pro respondenty obtížné. Nebylo možné přesně odlišit pojmy hodnota, princip, zásada, etický problém, dilema apod. Dotazovaní těžko hledali slova, vyjadřovali nejistotu, které téma patří do etiky, které ne apod. Nicméně i přes problematické pojmenovávání, všichni dotazovaní profesionálové byli schopni identifikovat eticky problematické oblasti své práce a zásady (hodnoty, principy...), kterými se při své práci řídí, i dotazovaní klienti byli schopni popsat, jak si představují etické jednání zdravotníků a sociálních pracovníků.

Které etické principy považují sociální pracovníci a zdravotníci za stěžejní pro svojí práci?

Všichni sociální pracovníci se shodli na důležitosti rovnosti v přístupu ke klientům, dva ze tří jmenovali respekt ke klientovi, jeho přáním a potřebám. Respekt k osobám je považován za základ etiky sociální práce (Banks, 2001) Ostatní principy, jako individuální přístup, odbornost, otevřenost, mlčenlivost apod. (viz tabulka č. 1) zmínil vždy jen jeden z dotazovaných sociálních pracovníků. V anketě v časopise Sociální práce (Zoubková, 2004) uvádějí respondenti jako hodnoty, které vyznávají, rovnoprávnou komunikaci, ochranu práv a důstojnosti klient, aktivní zapojení klienta do řešení situace, tedy opět hodnoty, které by se daly shrnout pod princip respektu k osobám. Autorka ankety uvádí, že získala odpovědi jen od dvou respondentů ze sedmi, což také ukazuje na obtížnost tématu pro profesionály z praxe.

Dva dotazovaní zdravotníci shodně uvádějí jako důležitý individuální přístup, ostatní principy, jako např. smysluplnost, mlčenlivost, rovný přístup apod., zmínil vždy jen jeden z dotazovaných zdravotníků.

Pokud přiřadíme odpovědi dotazovaných profesionálů k jednotlivých primárním etickým principům, uvidíme, kteří respondenti považovali daný princip za významný. Za čtyři základní etické principy zdravotnictví jsou považovány bioetické principy Beauchampa a Childresse (2001) - nonmaleficience, beneficience, spravedlnost a autonomie. Pro sociální práci uvádí Bansk (2001) obdobné principy - respekt k právu na sebeurčení (odpovídá principu autonomie), podpora blahobytu nebo pohody (odpovídá principu beneficience), distribuční spravedlnost. (budeme hodnotit společně se spravedlností obecně) a rovnost.

Všichni tři sociální pracovníci hovořili o principech non maleficience, beneficience a spravedlnosti, dva ze tří potom o principech autonomie a rovnosti. Všichni tři zdravotníci shodně zmínili princip beneficience, vždy dva dotazovaní pak všechny ostatní principy. Žádný se základních etických principů nezůstal ani u jedné profese zcela opomenut, o každém se zmínili alespoň dva profesionálové. Je tedy vidět, že u etických principů záleží na tom, jak podrobně je chceme klasifikovat. (Ondok, 1999) Pokud použijeme nejobecnější základní principy, sociální pracovníci i zdravotníci se na nich víceméně shodují. Což je hlavní výhodou formulace etických principů - jsou nadhozeny natolik volně, abychom se na nich snad ještě všichni shodli. (Vácha, 2012) Pokud respondenti hovoří svými slovy o svých konkrétních etických zásadách, je těžké mezi jednotlivými respondenty najít shodu.

Sociální pracovníci uměli vyjmenovat širší škálu hodnot, principů a zásad, rovněž ve srovnání podle primárních principů je více odpovědí k jednotlivým principům u sociálních pracovníků než u zdravotníků. To může být jednak tím, že všichni dotazovaní sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, které má ze zdravotníků pouze jeden, ostatní dotazovaní zdravotníci mají vzdělání středoškolské. Dalším důvodem může být humanitní zaměření sociální práce, že humanitně vzdělaní pracovníci umějí lépe pojmenovat věci dotýkající se etiky.

Většina odpovědí respondentů obou profesí se týkala tzv. etiky všedního dne, etického rozměru vztahu sociální pracovník/zdravotník – klient. Tzv. etika všedního dne je důležitá pro spokojenost klientů, týká se vstřícného a ohleduplného vystupování, komunikace s klientem a jeho blízkými, respektu k právům a zvláštnostem klienta. (Haškovcová, 2000)

Na základě uvedených výsledků mohou být stanoveny následující hypotézy:

H1: Sociální pracovníci umějí lépe formulovat hodnoty a etické principy své práce než zdravotníci

H2: Pracovníci v pomáhajících profesích s vysokoškolským vzděláním vnímají etický rozměr své práce více než pracovníci s nižším vzděláním

Které etické principy jsou ve zdravotnictví a sociální práci společné a které rozdílné a proč?

Čtyři bioetické principy Beauchampa a Childresse (2001) jsou v podstatě shodné s principy, které uvádí Banks (2001) jako hlavní principy pro sociální práci. Banks neuvádí non maleficienci, která se mezi etickými principy sociální práce v odborné literatuře nevyskytuje, v medicíně je naopak považována za základní etický princip, vycházející již z Hippokratovy přísahy. Mezi základní etické principy sociální práce přidává princip rovnosti, vyčleněný z principu spravedlnosti, který má v etice sociální práce své místo právě pro její zaměření na lidi ohrožené nějakou formou diskriminace. (např. Banks, 2001, Fialová, Levická 2010) Odpovědi respondentů naplňují všech těchto pět základních etických principů.

Princip non maleficience, který není v odborné literatuře uváděn jako etický princip sociální práce, zmiňují ve svých odpovědích všichni tři dotazovaní sociální pracovníci (a dva ze tří zdravotníků). Princip non maleficience vnímají sociální pracovníci v širším spektru významů. V souvislosti s využíváním klientů pro vlastní prospěch, s neodborným výkonem profese, vědomým vyhýbání se informací, na které by se vztahovala oznamovací povinnost, nedoporučováním věcí, které osobně považují za špatné. Jeden ze zdravotníků hovořil o riziku poškození klienta s úmyslem mu pomoci – v souvislosti s dodržováním/nedodržováním daných pravidel, druhý, který

tento princip zmínil, ho uvedl jako nejdůležitější, bohužel bez bližšího vysvětlení obsahu.

Princip rovnosti, který není uváděn mezi základními bioetickými principy, zmiňují dva ze tří zdravotníků (a dva ze tří sociálních pracovníků). V oblasti drogové závislosti je otázku rovnosti klientů možno nahlížet ze dvou hledisek. První, které jako významné uvádějí i dotazovaní klienti, je přístup k uživatelům drog jako ke všem ostatním lidem, bez předsudků, respektování jejich důstojnosti, vnímání jejich individuality. Druhým možným vysvětlením by mohl být rovný přístup ke všem klientům-uživatelům drog. Toto hledisko je ale zařazeno pod princip spravedlnosti, ve smyslu spravedlivého přístupu všech klientů stejné skupiny ke stejné úrovni pomoci. Profesionálové i klienti se shodli v tom, že profesionálové pracující s cílovou skupinou uživatelů drog zvládají požadavek respektu k důstojnosti klientů naplňovat. Naopak profesionálové (v odpovědích respondentů jsou zmíněni zdravotníci), kteří nepracují přímo s uživateli drog, nejsou s to přistupovat k nim bez předsudků,. Zdá se (a odpovědi respondentů tomu napovídají), že osobní zkušenost s danou cílovou skupinou a možnost blíže se seznámit s problematikou drogové závislosti pomáhá vnímat uživatele drog s jeho individuálním příběhem, v kontextu životních událostí a přistupovat k němu s úctou navzdory jeho závislosti a negativním jevům z ní plynoucích. Zdravotníci i sociální pracovníci uvádí, že zpočátku sami měli předsudky o uživatelích drog, při práci s nimi své postoje změnili, přestali je vnímat pouze jako příslušníky nějaké skupiny a začali vnímat jejich individualitu. To by svědčilo o důležitosti zařazení praxe do studia v co největším rozsahu, aby měli studenti možnost setkat se osobně s co nejširším spektrem klientů.

Dotazovaní zdravotníci v Preventu mají kratší a méně důvěrné kontakty s klienty než sociální pracovníci. Jejich pracovní náplň je zaměřená čistě na tělesnou stránku člověka, podávají metadon, provádějí testování na přítomnost drog, stanovují dávku metadonu. Přesto si uvědomují komplexnost pomoci, kterou poskytují, závislost vnímají jako bio-psycho-socio-spirituální záležitost. Jsou v první linii styku s klienty, jsou posly špatných zpráv, pokud klient nesplní pravidla programu a nemá například nárok na vydání substituční látky. Jako hlavní etické principy své profese uvádějí individuální

přístup (dva ze tří dotazovaných zdravotníků), mlčenlivost, rovný přístup, autonomii, neškodění. Přesto, že jsou zdravotníky, jejich práce se v mnohém liší od nemocničního zdravotnictví. Jsou pod supervizí, přijali za svá pravidla přístupu ke klientům daná organizací, jejich blízkými spolupracovníky i nadřízenými jsou sociální pracovníci. Jeden ze zdravotníků sám mluvil o tom, že pracuje v „sociálu“ a že je tam spokojen víc, než ve zdravotnictví.

Sociální pracovníci ani zdravotníci nevnímají rozdíl v etice sociální práce a zdravotnictví, rozdíl vidí pouze v zaměření činnosti, ne v etických principech. Mohli bychom tedy hovořit o etických principech pro práci zdravotně sociální. O potřebě přímé návaznosti sociální péče na péči zdravotní se hovoří už dlouho, ale terminologie i přístupy zdravotně sociální práce jsou teprve ve stádiu vývoje. Sociální práce má s poskytováním zdravotnické péče, především té ošetřovatelské, do jisté míry společnou historii. Jako etické principy zdravotně sociální práce uvádí Kutnohorská (2011) tyto: advokacie (snaha akcentovat požadavek etické správnosti hledaného řešení a citlivosti pro východiska, o které se lze v navržených řešeních opřít), autonomie (klienta a pracovníka), cílevědomost (schopnost nacházet, hodnotit a vytrvale sledovat cíle), důstojnost (pojmenování vztahu mezi pracovníkem a klientem, kdy obě strany věří v nezpochybnitelnou pravost předávaných informací), důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, solidarita, společné dobro (souhrn společenských podmínek, které umožňují dokonalý rozvoj lidské osobnosti a všech jednotlivců, je nejvyšším zákonem společnosti), spravedlnost. (Kutnohorská, 2011) Všechny tyto principy (i když někdy jinak pojmenované se objevovaly i v odpovědích našich respondentů, zdravotníků i sociálních pracovníků.

Na základě uvedených výsledků mohou být stanoveny následující hypotézy:

H3: Eticky správné jednání pracovníků pomáhajících profesí je závislé na množství informací a zkušeností s oblastí, které se týká.

H4: *Sociální pracovníci a zdravotníci se při své práci řídí stejnými etickými principy*

Jakou zkušenost mají zdravotníci a sociální pracovníci s aplikací etických principů v praxi?

Dotazovaní zdravotníci ani sociální pracovníci si neuvědomují situace, ve kterých by vnímali rozpor mezi svými osobními hodnotami a profesními hodnotami či hodnotami organizace, kde pracují, přestože podle Brozmanové Gregorové (2010) v praxi k jejich konfliktu často dochází. Soulad v těchto principech je důležitý pro spokojenost profesionálů s jejich prací, což je zase důležité pro spokojenost klientů s prací profesionálů v pomáhajících profesích. Život v souladu s etickými pravidly přináší pracovníkům vnitřní spokojenost (Filová, Levická, 2010), jejich schopnost a odhodlání jednat eticky je pak základním aspektem kvality poskytovaných služeb. (Kamanová, 2010)

Etický kodex obsahuje základní hodnoty profese, které by měl její profesionál dodržovat. (Nečasová, 2008) Má napomáhat řešit úkoly dané profese. (Levická, 2010) Dotazovaní zdravotníci nepovažují etický kodex své profese za pomoc pro řešení etických problémů. Sociální pracovníci vnímají svůj etický kodex jako přínos, jeden uvádí, že principy v něm uvedené má zvnitřněné a nemá problémy s jejich dodržováním, druhý ho považuje za základ, na kterém se všichni shodou při řešení nějakého etického problému, třetí přiznává, že by přesný obsah neuměl reprodukovat, nicméně seznámil se s ním při studiu a považuje ho za významný. Odpovědi sociálních pracovníků jsou podobné těm, které byly publikovány v časopise Sociální práce (Zoubková, 2004). Na odpověď jak jim pomáhá etický kodex v jejich práci tam odpověděli sociální pracovníci, že zpočátku byl užitečný, nyní už je zažitý, je součástí standardů kvality a udává směr.

Zdravotníci vnímají jako eticky problematické ty situace, které se týkají hranic jasně stanovených pravidel (např. udělování výjimek z těchto pravidel) nebo nejsou v pravidlech zakotvená, oblast informování o klientovi, průběh konzultací beze svědků, nahotu klientů při testování moči. Sociální pracovníci vnímají problematicky především oblast vztahů s klienty – vymezování hranic profesionálního vztahu, vznik erotického vztahu, využívání klientů na práci, přijímání darů, nakládání s informacemi o trestné činnosti klientů, ošetřování klientů, respektování rozhodnutí klienta, který v danou

situaci nechce přijmout pomoc, výběr klienta při převisu poptávky nad kapacitou, odlišnost ideálu společnosti a reality, na kterou je potřeba klienty připravit, přítomnost dětí klientů při kontaktu se sociálními pracovníky, oznámení nevhodné péče o děti klientů, udělování výjimek z pravidel. Větší rozptyl eticky problematických situací je dán větším rozsahem práce sociálních pracovníků v Preventu s klienty. I přesto, že zdravotníci mají s klienty pouze krátké kontakty, dokáží identifikovat eticky problematické situace, stejně jako sociální pracovníci řeší udílení výjimek z pravidel, navíc uvádějí situace spojené s testováním – přítomnost při svlékání klienta apod. V odpovědích sociálních pracovníků je zřejmé větší zaměření na vztahy ke klientům, jeden ze sociálních pracovníků zmínil rovněž pro sociální práci typické váhání kdo je vlastně klientem. Přestože hlavním principem sociální práce je konat vždy v prospěch klienta (Filová, Levická, 2010), sociální pracovník stojí jako prostředník mezi potřebami klientů a potřebami společnosti.(Úlehla, 2004) Etické problémy se řeší v týmu, kdy se k něm mohou vyjádřit všichni, zdravotníci se tedy podílejí i na řešení etických problémů sociálních pracovníků a naopak. Sociální pracovníci ani zdravotníci se ve svých odpovědích neshodli na tom, zda při řešení etických problémů zastávají odlišná stanoviska podle svých profesí. Některý sociální pracovník i zdravotník si myslí, že ano, že zdravotníci považují zdraví za rozhodující faktor při rozhodování o udělování výjimek z pravidel, při svém rozhodování méně váhají, zatímco sociální pracovníci zdraví klienta považují pouze za jeden z mnoha faktorů, ne za rozhodující faktor. Jiní sociální pracovníci i zdravotníci nevidí rozdíl mezi postoji zdravotníků a sociálních pracovníků.

Dotazovaní zdravotníci i sociální pracovníci shodně uvádějí, že hlavním způsobem řešení etických problémů je intervize v týmu, pokud tým není s to sám situaci vyřešit, mají k dispozici supervizi. Supervize jako velká pomoc při řešení etických problémů (Filová, Levická, 2010) a nástroj k prevenci syndromu vyhoření (Jankovský, 2003) je dotazovanými sociálními pracovníky i zdravotníky vnímána pozitivně a jistě by byla prospěšná v celém zdravotnictví. Přínos supervize vidí v pohledu z jiné strany, kladení otázek, na které by sami nepřišli, nové návrhy řešení.

Jako velikou pomoc při své práci uvádějí respondenti také organizační pravidla, pracovní postupy a návody na řešení nejrůznějších situací. Možnost opřít se ve většině případů o dobře propracovaná pravidla dává možnost rozpoznat a řešit situace, kdy je potřeba ve prospěch klienta udělat z pravidel výjimku nebo pravidla pozměnit. Není třeba plýtvat silami na opakované řešení běžných situací, většinou se stačí řídit pravidly, o to víc sil zbývá na řídké situace, kdy jsou pravidla proti smyslu pomoci klientovi. Zdá se, že na etiku všedního dne pomáhajících profesionálů má zásadní vliv etické klima organizace, kde pracují. Zakotvení etických principů přístupu ke klientům do pravidel organizace, čímž se jejich porušení rovná porušení pracovních povinností, a důsledné konání v souladu s deklarovanými pravidly pomáhá rozvoji vnímavosti zaměstnanců k etickému rozměru jejich práce. Roli by mohlo hrát i zmíněná preference zaměstnanců s určitými životními zkušenostmi před čerstvými absolventy. Dotazovaní profesionálové z Preventu by podle odpovědí z rozhovorů mohli sloužit za příklad dobré praxe v oblasti etiky zdravotně sociálních služeb. Zdravotníci i sociální pracovníci jsou vzdělaní, seznámení s pravidly organizace, jsou schopni rozpoznat a řešit eticky problematické situace ve zdravotně sociálním týmu, mají k dispozici supervizi, kterou vnímají jako přínos, a dotazovaní klienti nemají žádné stížnosti ohledně jejich etického jednání.

Na základě uvedených výsledků mohou být stanoveny následující hypotézy:

H5: *Při řešení etických problémů v multidisciplinárních týmech nejsou rozdíly mezi postoji zdravotníků a sociálních pracovníků.*

H6: *Klienti zdravotníků pod supervizí jsou spokojenější s jejich etickým jednáním než klienti zdravotníků bez možnosti supervize*.

H7: *Etické jednání pracovníků v pomáhajících profesích je závislé na etických pravidlech organizace, ve které pracují.*

Jak vnímají etické principy a jejich aplikaci lidé, kteří sociální a zdravotní služby využívají?

Dotazovaní klienti nevnímají rozdíl v etice sociálních pracovníků a zdravotníků. Rozdíl spatřují spíš mezi profesionály pracujícími s uživateli drog, které hodnotí jako

profesionální a jsou s jejich etických jednáním spokojeni, a profesionály (zdravotníky) mimo oblast závislostí, u kterých se setkali s neetickým přístupem – předsudky, nerespektováním důstojnosti, odsuzováním kvůli závislosti. Tento rozdíl mezi profesionály z oblasti drogových závislostí a mimo ni zmiňují ve svých odpovědích i dotazovaní sociální pracovníci a zdravotníci.

Od zdravotníků i sociálních pracovníků požadují dotazovaní klienti přístup bez předsudků, vcítění, toleranci ke zdravotním omezením, snahu pomoci, diskrétnost, vlídnost, nesoustředění se na chyby, snahu pomoci. Přiřazením odpovědí klientů k výše zmíněným základním principům bioetiky a sociální práce vidíme, že všichni tři klienti zmiňují důležitost principu non maleficience a rovnosti, dva klienti mluvili o principu beneficience a spravedlnosti, pouze jeden klient se zmínil o principu autonomie. To, že klienti nezdůrazňují princip autonomie může být dáno tím, že dotazovaní jsou klienty ambulantní služby, jsou si vědomi, že od služby něco požadují a je zcela na nich, jestli se chtějí pravidlům podřídit nebo ne. Přesto, že pravidla jsou celkem striktní, klienti se cítí při jejich dodržování svobodní. To, že o principu autonomie nemají potřebu hovořit, napovídá tomu, že s uplatňováním své autonomie nemají problémy.

Žádný z klientů se nesetkal s porušením etických pravidel u sociálních pracovníků Preventu. Mimo Prevent uvádí jeden z klientů nejasnost v pravidlech služby, která vedla k nedorozumění, druhý klient považoval za nespravedlivé odebrání sociálních dávek, třetí se s žádným neetickým chováním sociálních pracovníků ani mimo Prevent nesetkal.

Jako porušení etických pravidel u zdravotníků (mimo oblast léčby závislosti) vnímají klienti nerespektování důstojnosti klienta, odsuzování na základě závislosti, nedostatečné vysvětlení. Jako jedinou výtku proti Preventu uvedl jeden z klientů zásah do intimity (kamery na záchodech při testování), což ale zároveň vysvětlil jako odůvodněné kvůli možnosti podvádění některých klientů při testování.

Klienti uváděli, že nemají s pracovníky Preventu žádné problémy v oblasti etiky, zároveň pro ně bylo těžké blíže pojmenovat, co je to, s čím jsou spokojeni. Jeden z klientů ocenil schopnost sociálních pracovníků zůstat klidný i při nevhodném chování klienta, druhý si váží rovnosti ve vztahu sociálního pracovníka s klientem.

U zdravotníků jmenuje jeden z klientů lidskost, druhý práci :na „úrovni," profesionální přístup, třetí slušnost. Nejde tedy o žádné speciální požadavky na tu kterou profesi, jedná se znovu o základní respekt k druhému člověku.

Na základě uvedených výsledků mohou být stanoveny následující hypotézy:

H8: Klienti sociálních a zdravotních služeb považují shodně za nejdůležitější etický princip respekt ke své osobě.

6. ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit, které etické principy považují zdravotníci a sociální pracovníci občanského sdružení Prevent pro svou profesi za stěžejní a jak je aplikují v praxi, najít shody a rozdíly v odpovědích u obou profesních skupin a jejich klientů. Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní strategii výzkumu, metodu dotazování, techniku polostrukturovaného rozhovoru. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

1. Které etické principy považují sociální pracovníci a zdravotníci za stěžejní pro svou profesi?
2. Které etické principy jsou ve zdravotnictví a sociální práci společné a které rozdílné a proč?
3. Jakou zkušenost mají zdravotníci a sociální pracovníci s aplikací etických principů v praxi?
4. Jak vnímají etické principy a jejich aplikaci lidé, kteří sociální a zdravotní služby využívají?

Na základě informací získaných rozhovory jsem mohla odpovědět na výzkumné otázky a stanovit hypotézy:

H1: Sociální pracovníci umějí lépe formulovat hodnoty a etické principy své práce než zdravotníci.

H2: Pracovníci v pomáhajících profesích s vysokoškolským vzděláním vnímají etický rozměr své práce více než pracovníci s nižším vzděláním.

H3: Eticky správné jednání pracovníků pomáhajících profesí je závislé na množství informací a zkušeností s oblastí, které se týká.

H4: Sociální pracovníci a zdravotníci se při své práci řídí stejnými etickými principy.

H5: Při řešení etických problémů v multidisciplinárních týmech nejsou rozdíly mezi postoji zdravotníků a sociálních pracovníků.

H6: Klienti zdravotníků pod supervizí jsou spokojenější s jejich etickým jednáním než klienti zdravotníků bez možnosti supervize.

H7: Etické jednání pracovníků v pomáhajících profesích je závislé na etických pravidlech organizace, ve které pracují.

H8: Klienti sociálních a zdravotních služeb považují za nejdůležitější etický princip respekt ke své osobě.

Výzkum dokládá, že oblast etiky je pro zdravotníky i sociální pracovníky obtížným tématem. Dotazovaní profesionálové ani klienti nevnímají rozdíly mezi etikou ve zdravotnictví a v sociální práci. Rozdíl spatřují spíš mezi profesionály pracujícími s uživateli drog, s jejichž etickým jednáním jsou spokojeni, a profesionály (zdravotníky) mimo oblast závislostí, u kterých se setkali s neetickým přístupem – předsudky, nerespektování důstojnosti, odsuzování kvůli závislosti. Klienti neuvádějí u sociálních pracovníků ani zdravotníků Preventu žádná etická pochybení, jejich hlavním požadavkem v oblasti etiky je pro obě profese shodně přístup bez předsudků, vcítění, toleranci ke zdravotním omezením, snahu pomoci, diskrétnost, vlídnost, nesoustředění se na chyby, snahu pomoci.

Sociální pracovníci i zdravotníci jmenují řadu principů, které považují za důležité pro svou práci. Přiřazením odpovědí k základním bioetickým principům a principům sociální práce se ukázalo, že odpovědi respondentů obou profesí naplňují všech těchto pět základních etických principů . Princip non maleficience, který není v odborné literatuře uváděn jako etický princip sociální práce, zmiňují ve svých odpovědích všichni tři dotazovaní sociální pracovníci (a dva ze tří zdravotníků). Princip rovnosti, který není uváděn mezi základními bioetickými principy, zmiňují dva ze tří zdravotníků (a dva ze tří sociálních pracovníků). Jako významný jej vnímají i dotazovaní klienti, jde o přístup k uživatelům drog jako ke všem ostatním lidem, bez předsudků, respektování jejich důstojnosti, vnímání jejich individuality.

Dotazovaní zdravotníci nepovažují etický kodex své profese za pomoc pro řešení etických problémů, sociální pracovníci svůj etický kodex jako přínos vnímají. Dotazovaní zdravotníci i sociální pracovníci shodně uvádějí, že hlavním způsobem řešení etických problémů je intervize v týmu, pokud tým není s to sám situaci vyřešit, mají k dispozici supervizi. Supervize jako velká pomoc při řešení etických problémů a nástroj k prevenci syndromu vyhoření je dotazovanými sociálními pracovníky i zdravotníky vnímána pozitivně. Její přínos vidí v pohledu z jiné strany, kladení otázek,

na které by sami nepřišli, nové návrhy řešení. Jako velikou pomoc při své práci uvádějí respondenti také možnost opřít se ve většině případů o dobře propracovaná pravidla.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BANKS, S., 2001. *Ethics and values in social work*. New York: Palgrave. 2. vyd. 217 s. ISBN 0-333-94798-3
2. BEAUCHAMP, T.L. a J.F CHILDRESS, 2001. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press. 454 s. ISBN 0-19-514332-9
3. BROZMANOVÁ GREGOROVÁ A., 2010. Základné predpoklady morálného jednania v sociálnej práci. In *Etika sociální práce*. s. 378-383. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-037-5
4. CLARC, CH. L., 2000. *Social Work Ethics. Politics, Principles and Practise*. New York: Palgrave. 228 s. ISBN 978-0-333-71934-3
5. DÁVIDEKOVÁ, M., 2010. Etické hodnoty a dostojnost v sociálnej práci. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci a dalších pomahajucich profesiách*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. s. 45-50. ISBN 978-80-89271-89-4
6. DOLISTA, J., 2006. Argumentační dovednosti používané v bioetice. In *Studie z bioetiky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. s. 7-12. ISBN 80-7040-876-6
7. DOLISTA, J., 2008. Zdraví a léčba. In *Studie z bioetiky III*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. s. 32-45. ISBN 978-80-7394-004-1
8. FILOVÁ Z., JANA LEVICKÁ, 2010. Etické problémy v sociálnej práci. In *Etika sociální práce.*. s. 126-131. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-037-5
9. FISCHER, O. , 2008(I). Etika jako cesta k radosti ze sociální práce. In Fischer, O. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: Centrum sociálních služeb. s. 7-21
10. FISHER, O., 2008(II). Role hodnot v etice pro sociální práci. In FISCHER, O. a R. MILFAIT. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK. s. 59-71. ISBN 978-80-904137-3-3
11. GOLDMANN, R. a M. CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální péče*. Olomouc: Olomoucká univerzita. 126 str. ISBN 80-244-0907-0
12. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2011. Etika a komunikace v lékařské praxi. In PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada. s. 27-37 ISBN 978-80-247-3976-2
14. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas, proč a jak*? Praha: Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
15. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 3. vyd. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
16. HAŠKOVCOVÁ, H., 2000. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 46 s. ISBN 80–7013–310-4
17. IVANOVÁ, K., 2005. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Olomouc: Olomoucká univerzita. 94 s. ISBN 80-7368-069-6
18. IVANOVÁ, K., 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 240 s. ISBN 80-7013-442-9

19. JANDEJSEK, P., 2008. Sociální práce jako profese lidských práv. In Fischer, O. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci.* Praha: Centrum sociálních služeb. s. 51-59
20. JANEBOVÁ, R., 2007. Sociální práce. In KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce: analogie textů České asociace streetwork*. 2.vyd. Praha: Česká asociace streetwork, s. 75-84. ISBN 978−80−254−4001−8
21. JANEBOVÁ, R., 2010. Dilemata mezi právem a etikou aneb právo nezbavuje odpovědnosti. In *Etika sociální práce.*. s. 38-54. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-037-5
22. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
23. KAMANOVÁ, I., 2010. Etika v inštitucionalizovaných sociálních službách. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci a dalších pomahajucich profesiách*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. s. 134-142. ISBN 978-80-89271-89-4
24. KLAPAL, M., 2010. Řešení morálních dilemat – principy a jejich využití. In *Etika sociální práce.* s. 33-37. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-037-5
25. KORCOVÁ, M., 2008. Zdravotnická etika. In KOPECKÁ, K. a kol. *Zdravotnická etika*. Martin: Osveta. 2. vyd. s. 40-62 ISBN 978-80-8063-278-6
26. KOŘENEK, J., 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton. 276 s. ISBN 80-7254-235-4
27. KOVALOVÁ, D., 2010. Od Hippokrata k bioetike. (Bio)etické princípy a modely s dorazom na sociálnu prácu. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci a dalších pomahajucich profesiách*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. s. 158-166. ISBN 978-80-89271-89-4
28. KUNSTOVÁ, H., 2008. Mezinárodní a národní východiska ochrany lidských práv uživatelů sociálních služeb. In FISCHER, O. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: Centrum sociálních služeb. s. 79-98
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
30. KUTNOHORSKÁ, J., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN978-80-247-3843-7
31. LAAN, van der G., 1998. Otázky legitimace sociální práce: pomoc není zboží. (z něm. originálu přeložila Eva Kušová) Boskovice: Albert, Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity. 260 s. ISBN 80-85834-41-3
32. LAPIN, A., 2005. Etika, bioetika a vědecké poznání v historickém vývoji filozofického a náboženského povědomí. In ZOZULAK, J. ed. *Bioetika v dimenziách sociálnej práce*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešově. s. 16-36. ISBN 80-8068-389-1
33. LEVICKÁ, J., 2010. Etické dilemy sociálnej práce. In *Etika sociální práce.* s. 13-24. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-037-5
34. MÁCA, M. a R. PTÁČEK, 2011. Etické normy a kodexy v medicíně. In PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. s. 79-89 ISBN 978-80-247-3976-2
35. MACHULA, T, 2008. Sebeurčení a autonomie jedince. In FISCHER, O. a R. MILFAIT *Etika pro sociální práci.* Praha: JABOK. s. 135-145. ISBN 978-80-904137-3-3
36. MATOCHOVÁ, S. a T. LAJKEP, 2005. Etika a právo v kontextu lékařské etiky. In *Zdravotnické právo v praxi*, č. 2, s. 24 - 26.

37. MATOUŠEK, O., 2001. *Základy sociální práce*. Praha, Portál. 312 s. ISBN 80-7178-473-7
38. Miles & Huberman, 1994 cit. podle MIOVSKÝ M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
39. MILFAIT, R., 2008. Fundamentální eticko-lidskoprávní principy etických kodexů sociálních pracovníků. Objasnění s odpovídajícími povinnostmi a zodpovědnostmi. In Fischer, O. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: Centrum sociálních služeb. s. 61-78
40. MIOVSKÝ, M., 2006 *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
41. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 80-247-0924-4
42. MUSIL, L., 2004. *„Ráda bych Vám pomohla, ale...“ Dilemata práce s klienty v organizacích.* Brno: Marek Zeman. 243 s. ISBN 180-903070-1-9
43. MUSIL, L., 2010. Tři pohledy na budoucnost sociální práce. In *Rizika sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 11-25. ISBN 978-80-7435-086-3
44. NEČASOVÁ, M., 2008. Profesionalismus a etické kodexy v sociální práci. In FISCHER, O. a R. MILFAIT. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK. s. 72-94. ISBN 978-80-904137-3-3
45. ONDOK, J.P., 1999. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas. 136 s. ISBN 80-86036-24-3
46. PAYNE, J., 2006. Kategorie zdraví a medicíny coby normativní obor. In *Studie z bioetiky*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita. s. 34-37. ISBN 80-7040-876-6
47. PAYNE, M., 2006. What Is Professional Social Work? cit. podle JANEBOVÁ, R., 2007. Sociální práce. In KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce: analogie textů České asociace streetwork*. 2.vyd. Praha: Česká asociace streetwork, s. 75-84. ISBN 978−80−254−4001−8
48. ŘEZNÍČEK, I., 2000. *Metody sociální práce*. Praha: SLON. 80 s. ISBN 80-85850-00-1
49. SMOLKOVÁ, E., ? *Bioetika – otázky, problémy, súvislosti.* ?: Infopress. ISBN 80-85402-80-7
50. ŠIMEK, J. a V. ŠPALEK, 2003. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-247-0440-4
51. ŠIMEK, J. a kol., 2012. *Etika klinického výzkumu a role etických komisí v jeho regulaci*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3397-5
52. ÚLEHLA, I., 2004. *Umění pomáhat*. Praha: Slon. 128 s. ISBN: 978-80-86429-36-6
53. VÁCHA, M., 2012. Čtyři principy lékařské etiky. In VÁCHA, M., R. KONIGOVÁ a M. MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. s. 55-59. ISBN 978-80-7367-780-0
54. ZÍMOVÁ, P., 2012. Principy lékařské etiky (2.část). *Časopis zdravotnického práva a etiky*. Vol 2, No 3 (2012) ISSN 1804-8137, [on-line]. 2.3.2005 [cit.5.4.2013]. Dostupné z: http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal
55. ZOUBKOVÁ, P., 2004. Otazníky etiky v sociální práci. *Sociální práce*. 2004, č. 4, s. 25. ISSN 1213-624
56. *Etický kodex sester vypracovaný mezinárodní radou sester*. [on-line]. c.2008. [cit.10.2.2009] Dostupný z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
57. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*. [on-line]. 2.3.2005 [cit.

26.2.2009]. Dostupné z: http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnichpracovniku-ceske-republiky.
58. *Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy*. [on-line]. c 2006-2009. [cit. 27.3.2009]. Dostupné z: http://sspcr.unas.cz/?q=node/14
59. *Etický kodex České lékařské komory*. [on-line]. c 2011. [cit.5.4.2013]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Seznam témat k rozhovorům

Příloha č. 2 – vložené CD s doslovnými přepisy rozhovorů