

Projekt

TL05000114-V1

**Zvyšování morální
kompetence v medicíně**

Metodický pokyn pro specifické zvyšování morální kompetence mediků a lékařů v českém prostředí



**T A
Č R**

Tento projekt je spolufinancován
se státní podporou Technologické
agentury ČR v rámci Programu ÉTA.

www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost.



**2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA**



**Lékařská
fakulta**

Metodický pokyn

„EtikaMedika 2023“

Praha 2023

Projekt Zvyšování morální kompetence, TL05000114-V1

Tento projekt je spolufinancován se státní podporou

Technologické agentury ČR v rámci projektu Éta

Obsah

I. Obecná část – úvodní otázky	5
1 Obecné důvody vzniku, cíle a prostředky	5
1.1 Cíl projektu a metodického pokynu	7
1.2 Prostředky k řešení cíle.....	10
1.3 Přínosy metodického pokynu a inovativní postupy	14
1.4 interdisciplinarita projektu	16
2 Popis průběhu a současného stavu	18
2.1 Důvody pro realizaci projektu. Nedostatky současného přístupu ve výuce lékařské etice	18
2.2 Výsledky testování v ČR.....	22
2.3 Pozitivní ohlasy výuky StorEd	25
2.4 Cílové skupiny výstupů projektu	26
2.5 Jak projekt probíhal (harmonogram projektu).....	27
3 Teoretické pozadí/metody	30
3.1 Využité metody, jejich teoretické ukotvení.....	30
3.2 Přínos výzkumu a metodického pokynu.....	36
3.3 Etická dimenze projektu	38
3.4 Složení řešitelského týmu a externích expertů	41
II. část – metodický pokyn – zvláštní část.....	42
4 Sběr dat	43
4.1 Postup úpravy tázacího archu z původního znění.....	43
4.2 Postup sběru kazuistik prostřednictvím tázacích archů	45
4.3 Anonymizace dat – zkrácený popis průběhu anonymizace	48
5. Analýza dat	50
5.1 Analýza (setřídění) sběru dat podle principů	50
5.2 Třídění dat podle klíčových slov	53
5.3 Metodika přípravy expertních stanovisek.....	54
5.4 Formát expertních stanovisek	56
6. Aplikace dat	60
6.1 postup při vzniku storytellingu	60
6.2 využití výukových metod	64
6.3 Test morální kompetence.....	88
7. Seznam příloh	96
8 – Literatura k jednotlivým kapitolám	97
1. kapitola:.....	97

2. kapitola	99
3. kapitola	101
4. kapitola	102
5. kapitola	103
6. kapitola	104

I. Obecná část – úvodní otázky

1 Obecné důvody vzniku, cíle a prostředky

Metodický pokyn vznikl jako výsledek projektu **TAČR v rámci Programu Éta v projektu Zvyšování morální kompetence, č. TL05000114**. Projekt byl plánován od června roku 2021 do června roku 2023 za spolupráce dvou řešitelských týmů – 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (dále jen „2. LF UK“) a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen „LF UP“), prodloužen byl do konce roku 2023.

Primárně byl celý projekt zaměřen na zlepšení kvality výuky lékařské etiky a bioetiky¹ v České republice. Hlavním cílem projektu bylo, aby studenti medicíny vstupovali do medicínské praxe dostatečně připraveni na etické výzvy, které s sebou moderní medicína přináší. S rozvojem medicíny na konci 20. století a začátku 21. století začalo být problematické orientovat se v tom, která jednání jsou v konkrétním případě morálně dovolená, a která nikoliv. Ve většině případů etických selhání není důvodem lékařův úmysl škodit pacientovi, ale morální nejednoznačnost kritické chvíle.

Pro taková kritická rozhodnutí nepostačují právní normy a odborné *guidelines*. V některých případech je nutné spolehnout se na vlastní *morální kompetenci*², která v dilematických situacích napomůže lékařům ke správnému rozhodnutí.

Zvýšená morální kompetence³ a schopnost orientace v eticky sporných případech by měla proto být cílem výuky lékařské etiky. Z toho důvodu bylo cílem řešitelského týmu najít vhodnou metodu výuky, která by využívala zkušeností z medicínské praxe (seznámení s praktickou lékařskou etikou) a zároveň zvyšovala i morální kompetenci mediků.

Motivací pro řešitelský tým byly jednak zahraniční studie, které poukazovaly na snižování *morální kompetence* mediků v průběhu výuky na lékařských fakultách (viz dále v textu), jednak vlastní zkušenosti pedagogů z výuky mediků a také lékařů v předatestační přípravě k získání specializované

¹ Pojmy lékařská etika a bioetiky a informace k nim lze nalézt ve slovníku pojmů v příloze č. 6 tohoto metodického pokynu.

² K pojmu morální kompetence viz dále v textu, zejména v části 1, kapitole 3, oddíle 3.1 (s. 27 a násl.).

³ Pojmy morálka a etika a přidavná jména morální a etický jsou často v běžné řeči zaměňovány a často používány jako synonyma (s odborných textů srovnej kupř. Copp et al. 2006, s. 4 a násl.). Protože v tomto textu využíváme běžně užívaných termínů z různých vědeckých disciplín zabývajících se etikou a morálkou (zejména morální psychologie, etika, filosofie, sociologie a právo), jsou i v této práci tyto pojmy používány promiscue v různých kontextech. Nicméně v části textu, kde není užita přejatá terminologie, se snažíme rozlišovat mezi pojmy morálka a etika tak, že etiku považujeme za vědeckou teorii morálky či její systematickou reflexi, morálku pak za systém morálních norem, či systém hodnot a morálních hodnot, případně systém morálních ctností.

způsobnosti. Z uvedených důvodů je vhodné, aby výuka byla uspořádána novým způsobem, který by se dostatečně zabýval otázkou morální kompetence a zároveň otázkou odborné etické průpravy zaměřené na dilemata, se kterými se v praxi mohou lékaři (a obecně zdravotničtí pracovníci) setkávat (*medicínsko-etická erudice*⁴).

Předložený metodický pokyn je výsledkem vědeckého úsilí řešitelského týmu, který v tomto projektu využil zavedené a osvědčené výukové metody⁵ ze zahraniční praxe, které modifikoval pro specifické české medicínské prostředí. Zároveň byly využity i zcela inovativní výukové metody, které se dosud v zahraničí pro lékařskou etiku nevyužívaly nebo využívaly v minimálním množství⁶ – zejména metoda *storytellingu* se specificky českými kazuistikami⁷.

Všechny výukové metody byly empiricky testovány metodou Testu morální kompetence (Moral Competence Test ©, **MCT**), která je využívána v zahraničí a ověřena řadou odborných studií⁸.

⁴ Tímto termínem budeme označovat nadále v tomto textu připravenost řešit eticky sporné situace v medicínské praxi. Podrobněji je popsána níže v textu, kde jsou uvedeny její základní komponenty.

⁵ Viz dále v části 1, kapitole 3, oddíle 3.1.

⁶ Podrobné systematické review od autorského týmu Moreau et al., 2018, které se zabývá užitím storytellingu ve výuce lékařské etiky v zahraničí lze nalézt zde <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-018-1320-1>. Metoda upravená v tomto projektu se od těchto metod odlišuje.

⁷ O vzniku specificky českých kazuistik viz dále v části II, kapitole 4, oddíle 4.2.

⁸ Viz v části 1, kapitole 3, oddíle 3.1 (s. 27 a násl.).

1.1 Cíl projektu a metodického pokynu

Základní cíle projektu jsou a) zvýšení *morální kompetence* a b) zlepšení *medicínsko-etické erudice*, tj. připravenosti řešit eticky sporné situace v medicínské praxi. Metodický pokyn, který byl na základě projektu vypracován, slouží jako podpora k naplnění těchto dvou cílů ve výuce mediků a jiných studentů zdravotnických oborů.

Ad a) Morální kompetence budoucích lékařů je zvyšována prostřednictvím výuky zaměřené na zlepšení schopností *identifikovat* morální problémy, nalézat možná řešení, zvažovat mezi nimi a hodnotit je, a konečně volit ta nejvhodnější řešení s přihlédnutím k dané morálně sporné situaci.

Morální kompetence je vnímána jako schopnost řešit problémy a konflikty na základě určení vnitřně koherentních principů a na základě rozvažování, argumentace a diskuse. Tuto kompetenci lze empiricky měřit Testem morální kompetence (Moral Competence Test - MCT) (Lind 2019).

Empirická šetření, např. ČR (Slováčková, Slováček 2007), Německo (Lind, 2000 a Schillinger, 2006), Portugalsko a Brazílie (Neves Feitosa et al. 2013) nebo Austrálie (Hegazi, Wilson 2013), ukázaly, že zejména u mediků dochází v průběhu studia ke snižování morální kompetence (podrobněji k tomu v kapitole druhé). Zároveň podle zahraničních studií lze tuto morální kompetenci zvyšovat prostřednictvím metody utváření diskuzních skupin, které jsou zaměřené na rozbor semi-reálných případů (Lind 2019). Jednou z úspěšných metod k zvyšování morální kompetence je metoda Konstanz Method of Dilemma Discussion (**KMDD**[®], Lind, 2019), která byla z toho důvodu empiricky testována na jedné z obou zúčastněných lékařských fakult (konkrétně na 2. LF UK).

Mimo této metody byly dále testovány také jiné výukové metody, které jsou v zahraniční praxi užívány spíše pro zvyšování *medicínsko-etické erudice*. Zejména se jedná o metody vycházející z případových studií, zejména metody PBL (*problem based learning*) a CBL (*case based learning*).⁹ I tyto metody byly užity ve výuce a jejich dopad na morální kompetenci byl opět měřen prostřednictvím testu MCT.

Kromě toho byla využita i zcela inovativní metoda *storytellingu*, tj. zpracování příběhů, které vznikly na podkladě anonymizovaných a modifikovaných medicínských kazuistik z českého prostředí (*StorEd*). Opět byla její úspěšnost pro zvyšování morální kompetence měřena prostřednictvím empirického testu MCT.

⁹ Blíže k uvedeným metodám viz v části 1, kapitole 3, oddíle 3.1 a v příloze č. 5.

Ad b) medicínsko-etická erudice vyžaduje na rozdíl od morální kompetence i empirické znalosti o některých specifických etických institutech, které se v medicínské praxi objevují. Ve výuce jsou vhodně doplňovány i prostřednictvím rozšiřování znalostí o jejich historické genezi a jejich podstatě, smyslu a účelu. Jedná se např. o etické instituty jako jsou informovaný souhlas, informované odmítnutí (negativní revers), dříve vyjádřená vůle, kompetence k rozhodování, výhrada svědomí apod., které se následně často promítly i do právní úpravy či do etických kodexů.

Dlouhodobě se ukazuje se, že pro výuku této erudice je vhodné i zlepšovat komunikační dovednosti studentů (např. Ferreira-Padilla et al., 2015 nebo Choudhary, A., & Gupta, V., 2015) a konečně i zlepšovat altruistické ctnosti spojené s lékařským povoláním, zejména soucit (kupř. Fairchild, 2020, Zulueta, 2020 nebo Jeffrey, 2016) a empatii (srovnej Kerasidou, 2020 nebo Persson, Savulescu 2017).

Typicky bývá k výuce medicínsko-etické erudice využívána zejména metoda *principialismu* (Beauchamp, Childress 2019), případně výuka zaměřená na poznání a zapamatování si konkrétních základních morálních pravidel (Culver, Gert, 1982). Obě metody jsou spojovány s učením pravidel v rámci určitých kulturních a národních regulatorních rámců (*guidelines*, právních norem). Tato pravidla pak mají lékaři dodržovat, aby jejich jednání bylo považováno za eticky správné. Ačkoliv má bezesporu svá opodstatnění, v řadě situací se jeví jako neadekvátní. Zejména se jedná o situace, kdy dochází ke konfliktu mezi jednotlivými principy či pravidly a lékař nemá jakoukoliv oporu pro své rozhodování. V moderních výukových metodách v zahraničí jsou proto velmi často doplňovány o tzv. kazuistickou metodu, která využívá kazuistik¹⁰ a jejich aplikace na konkrétní individuálně eticky sporné situace.

Kazuistická metoda pro oblast výuky lékařské etiky byla v USA rozpracována zejména autory Jonsenem, Sieglerem a Winsladem (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019). Jejich přístup bývá označován jako metoda *Čtyř rovin* (*Four boxes*). Ta více reflektuje specifikace medicínských indikací jednotlivých případů, kvalitu života pacienta, jeho preference a konečně i kontext situace.

¹⁰ Současná kazuistická metoda začíná nalezením jednoznačných řešení u tzv. paradigmatických případů. Jedná se o případy, u nichž lze jednoduše rozhodnout o pravidlu, které se na danou situaci vztahuje (vycházející z obecné morálky). Takovýto jednoduchý, paradigmatický případ pak slouží jako závazné vodítko (*precedens*) pro ostatní podobné případy na základě argumentu z analogie. Ostatní kazuistiky a jejich morální řešení jsou pak označovány jako případové studie, u nichž posuzujeme morálnost na základě analogického usuzování a komparace s paradigmatickým případem (tj. jejich podobnosti a odlišnosti).

Autoři této metody pochopitelně vycházeli z typicky anglo-amerického prostředí a anglo-amerických kazuistik.¹¹ Proto projektový tým sesbíral a vytvořil kazuistiky typické pro české prostředí¹², aby studenti mohli uvažovat nad eticky spornými případy v rámci výuky v diskuzních skupinách. Tímto způsobem lze zvýšit vnímavost a citlivost budoucích lékařů k etickým dilematům. Opět pro uvedené české kazuistiky byly využity v zahraničí užívané metody **PBL** (*Problem Based Learning*) a **CBL** (*Case Base Learning*) (zkratky metod jsou dále užívány a též uvedeny v příloze) a i pro české prostředí specificky navrženou uměleckou metodou Storytellingu (**StorEd**). Reflexe účinnosti této metody byla získávána během výuky na základě dobrovolně zaznamenaných reakcí studentů (viz dále v kapitole 2). V projektu byla také nastíněna otázka, zda může existovat určitá spojitost mezi zvyšováním *morální kompetence* a výukou zaměřenou na zvyšování *medicínsko-etické erudice*, což bylo testováno prostřednictvím metody MCT.¹³

¹¹ V tomto smyslu je podstatné přihlížet k tomu, že kulturní rámec hraje významnou roli i pro utváření etického přístupu k pacientům a k očekávanému jednání. Navíc lze poukázat i na odlišné právní předpisy a závazné etické stanovské předpisy, které modifikují přístupy v jednotlivých zemích. To je třeba brát v potaz u hledání paradigmatických kazuistik, které mohou být vhodné pro použití ve výuce.

¹² Podrobněji viz část I. kapitola 4 toho metodického pokynu. Sběr kazuistika a metoda anonymizace byl schválen etickou komisí v LF UP v Olomouci i LF UK v Praze.

¹³ *Medicínsko-etická erudice* je obtížně empiricky měřitelná položka ve výuce. Mnozí autoři se proto snaží začít na jiné měřitelné položky jako je a) již zmíněná morální kompetence (MCT test), b) měření empatie, c) měření komunikačních dovedností mezi lékařem a pacientem (A scale assessing doctor-patient communication, např. Sustersic et al. 2018). Ani jeden z uvedených nástrojů však nemůže měřit medicínsko-etickou erudici, která se skládá jednak ze znalostní, komunikačních dovedností, dále z morálních schopností, a konečně i z empatického přístupu k pacientovi.

1.2 Prostředky k řešení cíle

Projekt využíval řadu prostředků, jejichž cílem bylo primárně využití kvalitních výukových metod pro oblast lékařské etiky a jejich empirické testování. V projektu byly využity jednak metody využívané v zahraničí pro výuku bioetiky (cíl zlepšení *medicínsko-etické erudice*), jednak metody pro výuku zvyšování morální kompetence (cíl zvýšení *morální kompetence*) a konečně specifické metody vytvořené pro české prostředí, jejichž cílem je zvyšování morální kompetence i zlepšení medicínsko-etické erudice. Prostředky k dosažení cíle a jednotlivé metody jsou podrobně rozebírány v dalších kapitolách metodického pokynu, zde se s nimi lze ve stručnosti seznámit. Metody a jejich teoretické zázemí jsou podrobněji představeny v kapitole 3.

a) *Sběr kazuistik a jejich setřídění.* Primárním prostředkem k realizaci projektu a utvoření tohoto specifického metodického pokynu je *sběr anonymizovaných eticky sporných kazuistik z českého prostředí a jejich setřídění pomocí metody Čtyř rovin*. Ke sběru dat byl využit specificky expertně zpracovaný tázací arch¹⁴, který využívá uvedené metody *Čtyř rovin*, s otevřenými otázkami, doplněný o otázky na anamnestické údaje o pacientovi, o zdůvodnění, proč se jedná o eticky spornou kazuistiku, a o uvedení toho, zda vztah autora k této kazuistice byl bezprostřední nebo zprostředkovaný

Podrobný postup pro sběr eticky sporných kazuistik z českého prostředí je popsán v části II, kapitole 4, oddíle 4.2 tohoto metodického pokynu, postup pro jejich setřídění pak v části II, kapitole 5, oddíle 5.1 a 5.2

Postup při utváření tázacího archu je popsán v části II., kapitole 4, oddíle 4.1

Metoda Čtyř rovin je popsána v příloze č. 5

b) *Důsledná anonymizace dat.* Po sběru dat došlo k druhému kolu anonymizace, kde dochází k naprosté de-identifikaci osob tak, aby jakýmkoliv způsobem nemohlo dojít k identifikaci či identifikovatelnosti subjektů. V tomto případě dochází ke skartaci materiálů, které by tomuto postupu anonymizace nevyhovovaly. Pro anonymizaci byly použity metody generalizace dat a informací, modifikace dat a informací a konečně metoda přidání tzv. datových šumů, mající narativní podobu a modifikující příběh. Postup byl schválen rozhodnutím Etické komise LF UP v Olomouci a Etické komise 2. LF UK v Praze (příloha č. 2 a příloha č. 3 tohoto pokynu).

Podrobně je rozepsán průběh anonymizace v části II., kapitole 4, oddíle 4.3 tohoto metodického pokynu.

¹⁴ Konečná podoba tázacího archu je přílohou č. 1 tohoto Metodického pokynu.

Konkrétní vnitřní pokyn k postupu při anonymizaci dat je přílohou č. 7 tohoto metodického pokynu

c) *analýza výstupů provedená multidisciplinárním týmem* – po anonymizaci probíhala rozsáhlá analýza výstupů, která vycházela zejména z kombinace teoretických východisek principalistického přístupu v bioetice a z kazuistického přístupu v bioetice reprezentovaného metodou Čtyř rovin.

Pro zpracování dat byla použita zejména *interpretativní fenomenologickou analýza* (IPA)¹⁵, která se obecně zaměřuje na to, jakou zkušenost mají jednotlivci či skupiny s prožíváním určité situace, ve které se nachází, a jaký smysl takovéto situaci přisuzují. V tomto smyslu byly zkoumány zkušenosti typické pro oblast zdravotnictví a medicínsko-etické sporné situace. Specifikum projektu spočívá v tom, že základní zkušenost vycházela z prožitků českých lékařů.

Kromě toho byly kazuistiky roztrženy podle klíčových slov, což umožňuje jednodušší řazení sesbíraných kazuistik k jejich využití pro specifické zaměření (např. odbornost, specifické etické problémy, apod.). Klíčová slova umožňovala třídění vzhledem ke specifiku kazuistiky zejména na základě těchto oblastí zkoumání: odbornost lékaře (specializace), nemoc, etický princip/y (viz principialismus), etický institut (např. informovaný souhlas, dříve vyslovená přání, apod.), případně jiné eticky relevantní faktory (např. kompetence pacienta, apod.). Klíčová slova byla využita pro storytelling, expertní stanoviska, vyhledávací protokol kazuistik, dále i výuku atd.

Podrobněji je analýza výstupů multidisciplinárním týmem rozepsána v části II, kapitole 5, oddíle 5.1 a 5.2 tohoto metodického pokynu.

d) *expertní stanoviska ke kazuistikám* - expertní stanoviska vznikla k vybraným kazuistikám, zejména k těm, které byly vybrány pro účely storytellingu a výuky. Jejich účelem je hlubší analýza dané kazuistiky z medicínského, právního a etického hlediska, případně dalších oborů. Každé stanovisko proto obsahuje minimálně popis kazuistiky, medicínskou, právní a etickou analýzu. Jestliže se kazuistika dotýká komplexnějšího problému, zařazujeme nad rámec výše uvedených také sociální analýzu, medicínské analýzy z vícero oborů, případně další.

Podrobněji k expertním stanoviskům v části II, kapitole 5, oddíle 5.3 a 5.4 tohoto metodického pokynu

e) *převod kazuistik do narativní formy a storytelling* - storytelling je po světě známá a oblíbená divadelní disciplína, která nás vede k tomu, jak vyprávět poutavě a s fantazií. Je zaměřen na práci s

¹⁵ Podrobněji k metodě IPA viz příloha č. 5.

příběhy (Dwivedi, 1997), které jsou vyprávěny posluchačům. Příběhy mohou být vyprávěny naživo, či prostřednictvím digitální formy (promítány). V projektu EtikaMedika byl storytelling využit jako specifická vzdělávací metoda pro oblast lékařské etiky a bioetiky. Příběhy byly zpracovány na základě anonymizovaných kazuistik, přičemž při výuce byla využita digitální podoba příběhů, ale vypravěči také v několika výukových hodinách odvyprávěli kazuistiky naživo s pozitivními reakcemi studentů.

Podrobnější postup utváření příběhů storytellingu v části II, v kapitole 6, v oddíle 6.1

f) výukové prostředky a metody – v praxi byla vyzkoušena metoda výuky PBL a CBL (LF UP Olomouc), metoda KMDD (2. LF UK) a modifikovaná metoda specificky využívající storytelling (StorEd, 2. LF UK). Jednotlivé metody jsou podrobně rozepsány v kapitole 3. a dále v druhé části tohoto metodického pokynu. Koncept výuky PBL (Problem Based Learning) a CBL (Case Based Learning) představuje řešení problém (nejčastěji klinický) na základě popsaného etického dilematu. Pomáhá tak v orientaci v eticky sporných případech. Výuka KMDD (The Konstanz Method of Dilemma Discussion) je metodou k zvyšování morální kompetence, která je užívána dlouhodobě v řadě zemí (Lind 2002; Hemmerling, 2014; Reinicke, 2017).

Konečně metoda StorEd je metoda výuky založená na storytellingu. Využívá specifického narativního zpracování kazuistik, uměleckého vyprávění a modifikovaného přístupu CBL, čímž by měla intenzivněji vtáhnout studenty do eticky dilematického příběhu

Podrobněji k jednotlivým metodám dále v části I, kapitole 3, oddíle 3.1 a také v příloze č. 5

g) empirické testování morální kompetence MCT – George Lind zavedl v morální psychologii metodu, podle níž lze morální kompetence úspěšně empiricky testovat. Morální kompetencí přitom rozumí schopnost řešit problémy a konflikty na základě vnitřních morálních principů, a to prostřednictvím uvažování a diskuse oproti agresivní a klamavé argumentaci (Lind, 2019). Tento test byl užít na 2. LF UK i LF UP.

Blíže k empirickému testování MCT v části II, kapitole 6, oddíle 6.3

h) databáze expertních stanovisek na webových stránkách EtikaMedika.cz – konečně jako jeden z podstatných prostředků pro možné zvyšování morální kompetence lze spatřovat databázi anonymizovaných eticky sporných kazuistik, které jsou zveřejněny na stránkách www.etikamedika.cz. Na stránkách jsou jednak sporné kazuistiky s expertním posouzením, jednak soubor kazuistik bez expertního posouzení. Soubor kazuistik s expertním posouzením by se měl postupně rozrůstat a uvedené kazuistiky by měly napomáhat nejen medikům, ale i medicínským profesionálům ke zlepšování jejich medicínsko-etické erudice.

Podrobněji k expertním stanoviskům v části II, kapitole 5, oddíle 5.3 a 5.4

1.3 Přínosy metodického pokynu a inovativní postupy

Studie z mnoha zemí potvrzují, že v průběhu studia medicíny studentům klesá morální kompetence. Na druhou stranu není dosud zřejmé, jakým způsobem by bylo možné tuto morální kompetenci u mediků zvyšovat. Medicínsko-etická erudice pak v současné době není žádným validovaným empirickým způsobem měřitelná. Není tedy možné říci, jak na tom jsou dostudovaní lékaři. Na základě zkušeností z praxe lze ovšem předpokládat, že i medicínsko-etická erudice mediků není po dokončení vzdělání dostačující, a že se v praxi v kritických etických dilematech často obracejí na jiné osoby či instituce nebo hledají pouze právní řešení dané situace.

V projektu vycházíme z předpokladu, že obě položky – tj. i morální kompetence i medicínsko-etická erudice se dají vylepšovat prostřednictvím výuky. Uvedený předpoklad vychází u morální kompetence zejména z díla George Linda (Lind, 2019), u medicínsko-etické erudice z řady současných bioetických autorů, kteří tento názor podporují (mimo jiné např. Jonsen, et al., 2019 a Beauchamp, Childress, 2013 a další). Rozvinutí obou schopností do dostatečné míry je nezbytnou podmínkou, aby bylo možné dosáhnout poskytování zdravotních služeb na postačující morální úrovni.

Morální kompetence se stává jednou z velmi důležitých schopností potřebnou pro současnou medicínskou etiku, ve které se jednoznačně prosazuje partnerský vztah oproti paternalistickému. Důležitost této kompetence se ukazuje zejména při hledání vhodného terapeutického postupu v partnerském dialogu mezi pacientem a lékařem – tzv. sdíleném rozhodování. V tomto ideálním etickém modelu vztahu lékaře a pacienta (srovnej Katz, 2002) je kromě léčebných cílů důležité respektovat také hodnoty a preference pacienta. Morální kompetence může pomoci plastičtěji zhodnocovat i opozitní návrhy, které se v dialogu mezi pacientem a lékařem objevují čím dál častěji. Cílem se tak nestává pouze prosazování nejvhodnějšího léčebného plánu v očích lékaře, ale nalezení takového řešení, do kterého je pacientovi umožněno promítat své životní postoje, hodnoty a preference. Morální kompetence je tak v moderní době nezbytnou součástí medicínsko-etické erudice, které právě model sdíleného rozhodování podporuje a rozvíjí. Obě položky jsou tedy v medicínském prostředí nutně propojené.

Přínosy projektu spočívají zejména v systematické přípravě vhodnějšího učebního prostředí zvyšující morální kompetenci a medicínsko-etickou erudici, ve kterém by bylo možné studenty medicíny podpořit v současném trendu proměny diskurzu od paternalistického modelu medicíny k medicíně partnerské, vycházející ze sdíleného rozhodování lékařského týmu a pacienta.

Ačkoliv se již některé metody v českém prostředí užili, v projektu byly metody unikátním způsobem propojeny a modifikovány tak, aby byly optimálně využívány ve výukové praxi (např. KMDD

nebo storytelling). Využití těchto metod jsme tedy systematizovali za účelem zvyšování morální kompetence u mediků na 2. LF UK v Praze a LF UP v Olomouci.

Nově utvořená výuková metoda StorEd (metoda využívající storytelling s kazuistikami z českého prostředí) má pak napomoci (kromě zvýšení morální kompetence) zejména ke zlepšení medicínsko-etické erudice, tj. má zlepšovat zejména následující komponenty:

: a) znalosti a vědomosti z oblasti bioetiky – výuka se proto zabývala dominujícími teoriemi v současné bioetice, kterými jsou principialismus (využívající čtyř základních principů a schopností vyvažovat mezi těmito principy, Beauchamp, Childress, 2013), kazuistická metoda se zaměřením na paradigmatické kazuistiky (Jonsen, Toulmin, 1990) a dále metoda zaměřená na jednotlivé medicínsko-etické instituty a medicínsko-etické pravidla (Gert, Culver, Clouser, 2006), včetně posuzování medicínsko-právních norem (v tomto případě z českého právního prostředí).

: b) efektivní komunikaci mezi lékařem / zdravotníkem a pacientem – vztah mezi lékařem a pacientem prošel ve druhé polovině minulého století významnou proměnou, kdy byl povolna opouštěný tradiční paternalistický model vztahu a byl nahrazen vztahem partnerským. V tomto vztahu je lékař expertem na medicínu a pacient „odborníkem“ na svůj život a ke stanovení společného cíle vede model tzv. sdíleného rozhodování (Katz, 2002). Právě efektivní komunikace může lépe dospět k tomuto etickému ideálu v medicínské praxi.

: c) soucit a empatii (behaviorální, afektivní, racionální) – od samotného počátku lékařské etiky, tj. od doby hippokratovské měl být lékař *filanthrōpos*, tj. lidumilná osoba (Hippokratés, 2012). S tímto pojetím byla úzce spojen soucit jako jedna ze základních lékařských ctností (Pellegrino, Thomasma, 1993).

Soucité jednání musí naplňovat zejména následující podmínky – poznáváme, že jiné osobě se stalo něco špatného a že trpí, identifikujeme se s tímto utrpením, na základě čehož se u nás objevuje proaktivní žádost pomoci této druhé osobě na základě altruistických pohnutek (afektivní složka). Zároveň je nutnou podmínkou i porozumění tomuto utrpení, tj. vnímáme kognitivní složku jako nezbytnou součást soucitu.

Empatie je zejména schopnost vcítovat se do druhého, tj. schopnost sdílet jeho psychologické stavy a pocity (afektivní empatie), případně i jeho myšlenky a názory (kognitivní empatie).

Oba uvedené komponenty by měly být prostředkem proti možné depersonalizaci a dehumanizaci medicíny, ke kterému díky moderním technologiím může docházet. Jedině na základě

nich pacient není degradován na pouhou nemoc, předmětem zkoumání, ale bude respektován jako jedinečná lidská bytost, s vlastní individualitou.

: d) reflektivní uvažování o morálních (morální orientace) a etických otázkách (normativní etika). V současné bioetice se jedná zejména o následující normativní etické přístupy – konsekvencialismus, deontologie, etika ctnosti, etika péče, narativní etika, fenomenologické přístupy k etice.

1.4 interdisciplinarita projektu

Naplnění cíle projektu zvýšit morální kompetenci a zlepšit medicínsko-etickou erudici projektu představuje i tento metodický pokyn, který dopodrobna představuje jeho jednotlivé fáze (sběr, analýza a aplikace dat) i jejich využití při zvyšování morální kompetenci mediků (StorEd, PBL, CBL, KMDD, měření MCT a expertní stanoviska).

Výhodou je to, že využívá interdisciplinaritu společenských, humanitních a uměleckých věd. Na utvoření tohoto metodického pokynu proto spolupracovali odborníci z oblasti medicíny, práva, filosofie, bioetiky, sociologie, pedagogiky, psychologie a uměleckých oborů (storytelling). Z této interdisciplinární kooperace vznikl originální přístup k výuce medicínské etiky a zvyšování morální kompetence v českém prostředí.

Interdisciplinarita se promítla i do využití odlišných metod z různých oborů, které byly zapracovány do projektu, a které jsou podrobně popsány v tomto metodickém pokynu, aby bylo možné jejich využití pro českou výuku bioetiky či medicínské etiky. Všechny tyto metody jsou vedeny jednotným cílem - zvýšení morální kompetence mediků (a potažmo lékařů) a zlepšení jejich medicínsko-etické erudice.

Konečně byl interdisciplinární přístup využit v projektu také při zpravování expertních stanovisek k sesbíraným a anonymizovaným kazuistikám z českého prostředí. Do projektu vznikajícího souboru expertních stanovisek ke kazuistikám byli propojeni odborníci z jednotlivých oborů medicíny, dále experti na bioetiku a medicínské právo a v řadě kazuistik i experti z jiných vědních oblastí (pokud měla jejich odbornost významný dopad na řešení etického problému v konkrétním případě). Pro expertní stanoviska byly vybírány tematicky odlišné případy, které zohledňovaly variabilitu medicínských situacích, ve kterých vznikají medicínské problémy.

Z toho důvodu jsou expertní kazuistiky diferencované podle

: jejich tématu,

: etického institutu, který řeší,

: medicínské odbornosti

: a konečně i subjektů, u nichž dochází ke konfliktu zájmů vedoucích k etickému dilematu.

Veškeré výstupy zahrnuté v projektu mají zvyšovat úspěšnost výuky mediků v medicínské etice a bioetice. Výhodou tohoto přístupu je i to, že morální kompetenci je možné metodou validovanou v řadě zahraničních států měřit její úspěšnost prostřednictvím empirického testu MCT.

2 Popis průběhu a současného stavu

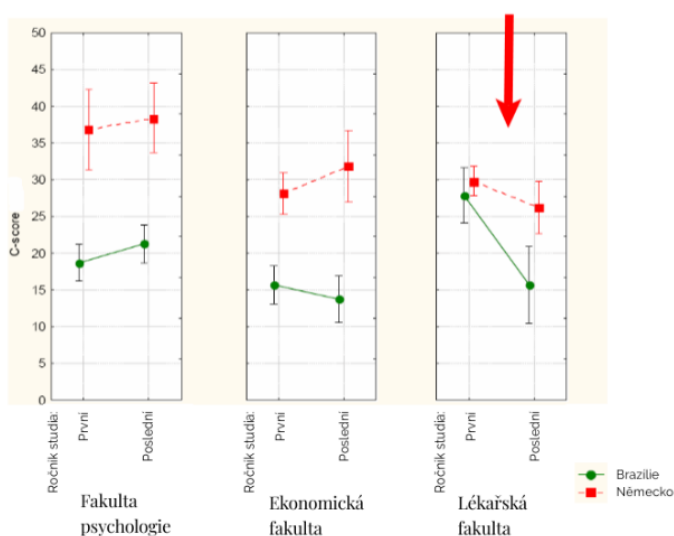
2.1 Důvody pro realizaci projektu. Nedostatky současného přístupu ve výuce lékařské etice

Projekt je zaměřen na zlepšení dvou základních položek podstatných pro etické curriculum lékařů – morální kompetence a medicínsko-etické erudice. Podnětem byly některé nedostatky recentního přístupu k výuce lékařské etiky – tyto nedostatky lze vnímat jako obecný jev, který se vyskytuje i na fakultách v zahraničí, některé pak byly specifické pro prostředí výuky medicíny v České republice.

a) morální kompetence a dopady výuky na lékařských fakultách – stav před zahájením projektu

V zahraničí proběhla řada studií, kde byla měřena *morální kompetence* u mediků na počátku a na konci jejich studia. Ve většině případů dospěli autoři studií ke zjištění, že morální kompetence studentů medicíny se v průběhu studia na vysoké škole snižuje (např. Helkama et al. 2003, Patenaude et al. 2003, Hren et al. 2011). Tento problém je o to výraznější, že studium na jiných fakultách naopak morální kompetenci zvyšuje nebo přinejmenším nesnižuje (Schillinger, 2006). Uvedené studie také prokazují, že morální kompetence se zvyšuje na základě představování morálních dilemat v příbězích (Nowak, 2021) a zapojení do demokratické diskuze ohledně možných řešení. Zároveň průřezová mezikulturní studie z roku 2006 (Schillinger, 2006) ukazuje, že úroveň morální kompetence se zvyšuje ve skupinách, kde jsou studenti vysoce zapojeni do integrovaných, neizolovaných činností s řízenou reflexí morálních problémů.

Snížení morální kompetence ve výuce medicíny



Příklad:

Němečtí / švýcařští a brazilští studenti vysokých škol: N= 1153

První a poslední ročník vysokoškolského studia

Zjištění:

Effect size (výuka medicíny)

-3.0 (Německo, Švýcarsko)

-11.0 (Brazílie)

Zdroj:

Schillinger (2006)

Pokud je nám známo, tak v ČR byla doposud realizována pouze jediná studie zabývající se testováním morální kompetence studentů medicíny (Slováčková, 2000 a Slováčková, Slováček, 2007), bez pokusu o intervenci a její vylepšování prostřednictvím modifikované výuky lékařské etiky. Vzhledem k tomu, že zmíněné měření proběhlo již před více než 15 lety, bylo vhodné studii zopakovat, a to na více lékařských fakultách při použití většího množství účastníků studie. Důvody k opakování jsou přitom zřejmé – za prvé tu existuje otázka, zda současná generace studentů má shodně problémy s řešením problematických situací jako ta předchozí. Za druhé došlo k zásadním změnám legislativy v oblasti medicínského práva, která do své úpravy zahrnula i některé etické instituty (míněno je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách), což mohlo vést k posílení reflexe některých důležitých etických problémů (případně naopak mohla legislativa posílit rozhodovací stereotypy a naopak snížit morální kompetenci). Za třetí původní studie probíhala pouze na jedné fakultě v jednom roce, což mohlo ovlivnit celkové výsledky. I proto bylo nejprve potřeba empiricky prozkoumat, zda i v současné době dochází v České republice k podobné regresi morální kompetence mediků.

b) medicínsko-etická erudice a některé měřitelné komponenty

Medicínsko-etická erudice oproti morální kompetenci nemá v současné době ve světě uznávaný empirický test, který by ji jednoduše změřil. Některé její důležité komponenty však měřitelné jsou a v zahraničí proběhla řada studií, které se na jejich měření u mediků zaměřují. Jedná se zejména o míru altruismu studentů, jejich empatické nahlížení a konečně i jejich komunikační schopnosti v eticky problematických situacích.

Při empirickém zjišťování dospěli zahraniční autoři ke zjištěním, které jsou pro stávající výuku na lékařských fakultách opět alarmující. Studie prokázaly, že během výuky medicíny dochází ke snižování altruismu studentů (reference, + Jones, 2002), ke snižování jejich empatie (např. Chen et al. 2012, Neumann et al. 2011, Howick et al. 2023).

Empiricky jsou měřitelné i komunikační dovednosti lékařů (Zill et al., 2014 nebo Cuffy et al. 2020, či Belliere, 2023). V praxi se efektivita komunikace měří různými způsoby, aby mohla být zlepšována a její progres byl sledován. Studie jednoznačně prokazují, že je možné tuto dovednost v průběhu výuky vylepšovat a zajistit tak, aby došlo k upevňování a vylepšování vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem. Zdá se, že toto zaměření na efektivitu komunikace v zahraničí výrazně napomohly k zlepšení vztahu mezi lékaři a pacienty, minimálně v tom smyslu, že došlo ke snižování počtu soudních případů, které byly důsledkem chybného informování pacienta.

Konečným komponentem medicínsko-etické erudice jsou znalosti a vědomosti z oblasti bioetiky. Ty nejsou v současné době nijak objektivně měřitelné. Lze však konstatovat, že výuka v této oblasti se typicky zaměřuje na tři základní okruhy – principialistický přístup, kazuistický přístup a konečně výuku medicínsko-etických pravidel a institutů.

V České republice v okamžiku zahájení projektu neexistovaly, pokud je projektovému týmu známo, žádné studie zaměřené na měření altruismu a empatie u mediků. Také lze říci, že nejsou k dispozici studie na měření komunikačních schopností studentů. To samo o sobě ukazuje, že na tyto podstatné prvky není v současné výuce na lékařských fakultách kladen dostatečný důraz.

Co se týče vzdělávacích metod, tak se v českém prostředí primárně užívá výuka zaměřená na normativní etiku (utilitarismus, deontologie, etika ctnosti), principialismus a dále pak na výuku etických institutů a jednotlivých pravidel. Ačkoliv se jako velmi inspirující jeví metoda kazuistická, v lékařské etice spojená s Metodou Čtyř rovin, v českém prostředí dosud existuje jen málo odborných textů, které by tuto metodu zmiňovaly. K výjimkám patří autorské práce Josefa Kuře¹⁶, dlouhodobě se kazuistickou metodou zabývá Jaromír Matějka, který přispěl i překladem základní práce Jonsena, Sieglera a Winsladea s názvem Klinická etika¹⁷. Přestože lektori při výuce často používají případové studie, v českém prostředí (na rozdíl například od USA v 70. letech) se nediskutuje o tom, jaké případy by měly být pro náš kulturní bioetický rámec paradigmatické. Sběr obecně morálně-problematických kazuistik by měl napomoci k vytvoření souboru paradigmatických případů v ČR, které odráží specifičnost místního kulturního prostředí. V tom je přístup projektu naprosto inovativní.

c) hypotéza navrhované změny výuky na základě zahraničních studií

V našem projektu jsme naše zkoumání primárně zacílili na oblast zvyšování morální kompetence, protože je v současné době dobře měřitelná na základě využití MCT testu. Nicméně zároveň jsme uvažovali o možných vylepšeních vyučovacích metod i v rámci medicínsko-etické erudice. Zde ovšem v rámci projektu nebyl prostor pro jeho detailnější prozkoumání. Zároveň jsme ovšem nastavili hypotézu, že zvyšování morální kompetence by mělo navyšovat i medicínsko-etickou erudici, a naopak, výuka zaměřená na zlepšení medicínsko-etické erudice by měla zvýšit morální kompetenci studentů.

Na základě zahraničních studií jsme pak v projektu navrhovali různé výukové intervence, které v provedených a publikovaných studiích morální kompetenci mediků zvýšili (KMDD, PBL, CBL a zpracovaný storytelling). Proto jsme mohli zvolit hypotézu, že by mohly tyto intervence zvýšit morální kompetenci i u českých mediků.

¹⁶ Srovnej Kuře, 2020.

¹⁷ Srovnej Jonsen, Siegler, Winslade, 2019.

Jako jedna z nejúspěšnějších metod zvyšování morální kompetence se v zahraničních studiích ukázala být metoda KMDD. Účinnost této metody při zvyšování morální kompetence u zdravotníků byla prokázána v řadě zemí z různých kulturně-politických oblastí - a to například v Německu (Lind, 2019), Polsku (Nowak, 2021), v Thajsku (Lerkiatbundit et al. 2006) nebo Brazílii (Serodio et al. 2016). Proto byla tato metoda v rámci projektu užita při výuce u mediků na 2. LF UK¹⁸. V některých studiích se potvrdila i účinnost výuky PBL na zvyšování morální kompetence (Nowak, E. 2021), jiné však tuto hypotézu nepotvrdily.

Co se týče metod na zlepšování medicínsko-etické erudice, metody CBL a PBL jsou dlouhodobě úspěšné strategie výuky lékařské etiky, které se v zahraničí používají. Jak ukazuje Tučková, D. a Ivanová, K. et al. v článku, který vznikl v rámci tohoto projektu a je chystán k publikování. V textu článku je autorkami provedena sumarizace relevantních zkušeností při využívání těchto metod při výuce lékařské etiky. Článek má název „Problem-based learning and case-based learning as a didactic method for teaching of medical ethics: a scoping review“. V České republice jsou dosud obě metody užívány méně často, případně jen v omezeném množství.

Metoda storytellingu, tj. výuky prostřednictvím krátkých příběhů, byly v zahraničí dosud testovány jen okrajově. Nicméně ohlasy na tuto výuku byly v zahraničí vysoce pozitivní. Specifická metoda StorEd, která vznikla včetně metodiky a kazuistik v českém prostředí, by pak hypoteticky měla napomoci tuto erudici zvyšovat.

V zahraničí vznikly také webové stránky MedEthEx Online (<https://webcampus.drexelmed.edu/medethex/intro.html>), které pomáhají budoucím lékařům zvyšovat jejich znalosti lékařské etiky i komunikační schopnosti při rozhovoru o etických problémech s pacienty i jejich rodinami (srv. Fleetwood et al. 2000). Na podobné bázi jsou pak vystaveny i stránky www.EtikaMedika.cz, které také zahrnují eticky sporné kazuistiky a jejich řešení na základě expertních posouzení, byť jejich řešení využívá jiné interakce s webovými uživateli. Opět by toto mohlo sloužit jako kvalitní doplněk výuky medicínsko-etické erudice.

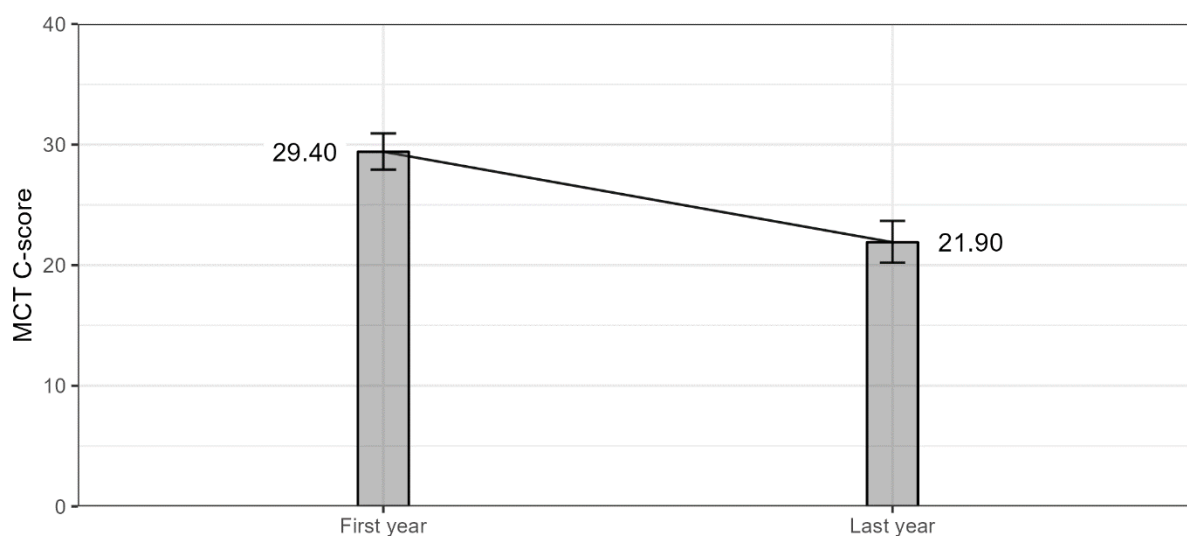
¹⁸ Lektoři ovšem neměli druhý certifikát z KMDD, který je důležitý pro dlouhodobé užívání KMDD. Srovnej <http://moralcompetence.net/moral/kmdd/Zertifizierung/flyer-3-KMDD-certificates-en.pdf>.

2.2 Výsledky testování v ČR

V rámci projektu byly učiněny dvě studie, kde byla testována morální kompetence mediků prostřednictvím MCT testu.

Cílem první studie (podrobněji Zielina, et al., 2023) bylo ověřit změny v úrovni morální kompetence studentů medicíny na začátku (1. ročník) a na konci (5. ročník) studia. Navázali jsme tak na výsledky zahraničních studií zmiňovaných výše, kteří u studentů medicíny během studia pozorovali regresi morální kompetence. Protože někteří autoři (Hegazi, Wilson, 2013) tvrdili, že možná regrese morální kompetence u mediků může probíhat pouze u dilemat z lékařského prostředí, zkoumali jsme i tzv. otázku morální segmentace. Dále jsme v projektu zkoumali, do jaké míry souvisí úroveň morální kompetence s dalšími proměnnými, jako je pohlaví, věk, sebehodnotící religiozita, délka dokončení testu a obtížnost vlastního hodnocení.

Studie se účastnilo 685 studentů z 2. LF UK a LF UP. Její podrobnější výsledky ukazujeme v části zabývající se testováním MCT. Nicméně lze shrnout, že na základě empirického vyhodnocení byla hypotéza morální regrese potvrzena také u českých mediků.



Graf české studie proběhlé v rámci projektu prokazující pokles morální kompetence u českých mediků

Cílem druhé studie bylo prozkoumat efektivitu kurzů etiky na podporu morální kompetence u studentů medicíny. Byla porovnána C-skóre MCT před a po vyučování morálních dilemat (tj. využití

KMDD¹⁹, StorEd, PBL, CBL). Intervence ovšem nevedla ke zvýšení morální kompetence mediků. Důvody možného nepotvrzení hypotézy mohou spočívat zejména v některých omezeních naší studie:

1: za prvé lze mluvit o tom, že v rozvrhu lékařských fakult je pro výuku lékařské etiky vymezena poměrně malý časový prostor z celkové výuky, v prvním ročníku tak nebylo možné komplexně praktikovat výukové metody (v prvním ročníku na 2. LF UK měli studenti 12 přednášek a 7 seminářů, na LF UP měli 5 výukových hodin seminářů a 5 výukových hodin cvičení. I když nedošlo k žádnému zvýšení morální kompetence v prvním roce, zbývá zjistit, zda a jak prezentovaná intervence do kurikula lékařské etiky ovlivní morální kompetence v dalších ročnících lékařských studií, a proto longitudinální navazující studie je zaručeno;

2: etické kurzy výuky v prvním ročníku jsou kromě zvyšování morální kompetence zaměřeny i na zlepšování medicínsko-etické erudice. Ta, jak již bylo řečeno, nebyla v projektu měřena, empirický test na toto měření dosud nebyl navržen;

3: v prvním ročníku navíc probíhá výuka bez vlastní medicínské praxe. V kontextu českého vzdělávání lékařů získávají studenti medicíny klinické zkušenosti především po dokončení třetího ročníku a některá morální dilemata mohla být jejich běžným zkušenostem v prvním ročníku příliš vzdálená a neměla na jejich morální kompetenci tak výrazný vliv;

4: oba testy MCT (tj. pre-test a re-test) probíhaly v prvním ročníku během jediného semestru, tj. necelé tři měsíce po sobě. Vzhledem k tomu, že nástroj MCT obsahuje jen dva shodné dilematické příběhy (Doctor's dilemma a Workers' dilemma), které se opakují, mohlo mít jeho použití v krátkém sledu následek nižší motivace zúčastněných aktérů. I když MCT představuje dobře uznávaný a široce používaný nástroj pro měření morální kompetence, faktory související s účastníky se studenty (např. osobní motivace, míra únavy, denní doba) mohly proto ovlivnit skóre;

5: vliv mohla mít i kultura výuky v České republice. Na středních školách ani na vysokých školách (zejména na lékařských fakultách) nejsou studenti příliš povzbuzováni k tomu, aby ve třídě vyjadřovali vlastní názory. To může mít i historické příčiny, související s jednostranně pojímanou výukou v socialistickém Československu – i když uplynulo již více než 30 let, stále je tato tradice v českém prostředí výrazně zakořeněna;

6: i když v prvním roce nedošlo k žádnému zvýšení morální kompetence, z prezentovaných výsledků není jasné, zda výuka morálních dilemat povede alespoň ke stagnaci morální kompetence nebo k dlouhodobému nárůstu morální kompetence. Bylo by potřeba provést longitudinální studii, aby

¹⁹ KMDD nicméně nevyučovali lektori, kteří by měli druhý stupeň certifikace k výuce tohoto typu, viz i předchozí poznámka.

dopady byly jednoznačně změřeny. V projektu na tuto studii nebyl časový prostor, nicméně tým v ní bude v rámci vzdělávání i nadále pokračovat, a proto mohou být důsledky proměny výuky měřeny i v pozdějších letech.

2.3 Pozitivní ohlasy výuky StorEd

I přes to, že intervence nevedla k zvýšení morální kompetence, měla nově vyvinutá metoda StorEd založená na vyprávění příběhů velmi pozitivní ohlasy, a to jak na 2. LF UK, tak i na LF UP. Ohlasy byly zaznamenány v příspěvcích studentů. Zejména živé vystoupení vypravěčů bylo svou autentičností velmi působivé a studenti tuto výukovou metodu kvitovali s povděkem (viz některé komentáře níže v tabulce).

Hodnocení storytelling, reakce studentů – volitelný předmět Profesní komunikace LS akademický rok 2022/2023
<i>„Nikdy jsem noc podobného neviděla, zajímavé podání diagnózy a situace, líbil se mi otevřený konec příběhu a velmi jsem v této situaci ocenila rozmanitost studentů z různých ročníků. Umožnilo mi to vidět situaci z jiných úhlů. Zpestření, díky kterému si člověk situaci dobře zapamatuje. (Kéž by to šlo aplikovat i na patologii).“</i>
<i>„Tahle hodina hodně působila na emoce, to vyprávění mě hodně přeneslo do skutečné situace a ukázalo obtížnost rozhodnutí. Nápad dohrát příběh mi přišel fajn a dával prostor pro kreativitu, ale nejsem si jistá, jestli studenti v prváku budou mít takový přehled o právním/protiprávním jednání nebo o možnostech, jak se dá daná situace řešit (např. hospice, domácí péče atd.).“</i>
<i>„Zde chci vypíchnout úžasného pana Justýna – díky svému úvodu mě do naší modelové situace vtáhl jedinečným způsobem a celkový zážitek byl o to intenzivnější. Zároveň chci ocenit, že jsme se dotkli eticky problematického tématu asistované sebevraždy a diskutovali ohledně jeho řešení.“</i>
<i>„Seminář věnovaný storytellingu byl na rozdíl od ostatních něco jiného a přinesl do výuky zpestření. Líbilo se mi, že se každý mohl nad daným příběhem sám zamyslet a pak konzultovat svoje myšlenky ve skupině. Na rozdíl od jiných dnů jsem tak mohla vidět, jak nad daným tématem přemýšlejí ostatní a společně se pokusit vytvořit to nejlepší řešení. Na konci po přehrání situací a řešení obou skupin mi trošku chybělo nějaké rozuzlení, nebo alespoň příklad nějakého nejschůdnějšího řešení situace.“</i>
<i>„Pro mě to byl hlavně emoční zážitek, pan herec mě vyprávěním opravdu vtáhl do situace. Tady jsem si asi nejvíc odnesl ten pohled ze strany pacienta, což je také důležité.“</i>
<i>„Připadala mi skvělá hodina Storytelling, která byla zase pojata jiným způsobem a mohli jsme společně více komunikovat.“</i>
<i>„Nápad to je skvělý, samotný storytelling byl hluboký zážitek. Nebyla jsem ale úplně spokojená s částí, do které jsme se zapojili i my. Přišlo mi, že celá ta hodina ne úplně naplnila svůj potenciál. To nemyslím ze strany vyučujících, spíš z té naší. Pravděpodobně jsme nevěděli, jak přesně k tomu “dokončování příběhu” přistoupit.“</i>
<i>Opět se tady ale bohužel musím vrátit k pocitu, že mě můj nedostatečný přehled v klinické medicíně nějakým způsobem limitoval. Jelikož jsem zatím absolvovala jako student 3. ročníku pouze preklinické předměty, příjdu si tím “reálným světem nemocnice” zatím ještě dost nepolibená.“</i>
<i>„Metoda storytellingu byla velmi zajímavým zpestřením kurzu, protože nás donutila podívat se z různých úhlů pohledu na eticky spornou problematiku asistované smrti. Zároveň jsem mi lekce pomohla si uvědomit, jakou sílu má v sobě mluvený projev a jeho dopad na emoční prožívání.“</i>
<i>„Storytelling sa mi páčil asi najviac, pretože pán, ktorý nám to rozprával dodal príbehu emóciu a ja som sa cítil, akoby som bol v danom momente prítomný na mieste tej pani doktorky, ktorá musela tú situáciu riešiť. Následne sa mi páčila diskusia v tímoch, kde sme mali vymýšľať návrhy, ako sa príbeh skončil a ja som sa tak mohol dozvedieť potenciálne scenáre od spolužiakov, ktoré by mňa samotného nenapadli.“</i>
<i>„Storyteller nás svojím rozpráváním skutočne vniesol do diania situácie a lepšie sme si tak mohli uvedomiť pocity pacienta aj lekára. O to reálnejšie boli aj nasledujúce nahrávania našich spolužiakov.“</i>

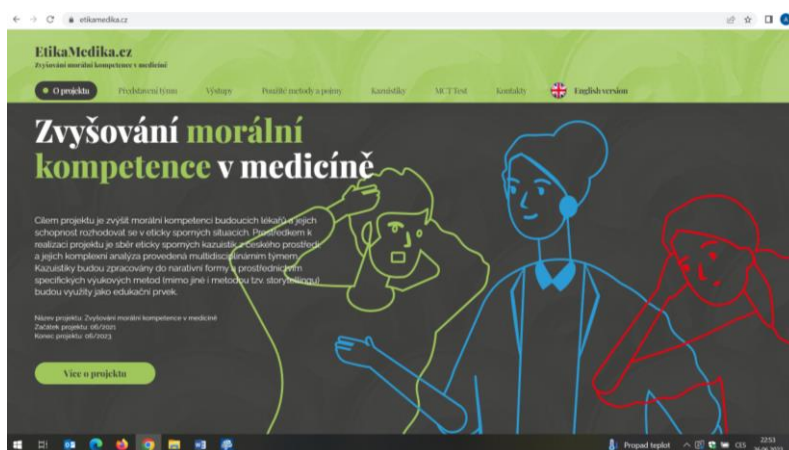
2.4 Cílové skupiny výstupů projektu

Cílovou skupinou výstupů projektu a tohoto metodického pokynu jsou zejména lékaři, jejichž morální kompetenci je třeba zvyšovat a samozřejmě také jejich vyučující, kteří mohou uvedenou metodu využít. Projekt zaměřený na lepší morální kompetenci budoucích lékařů také povede k většímu respektování pacientů i jejich životních hodnot, což může také vést i k zvyšování jejich kvality života.

Na základě zahraničních metod byla vytvořena specifická výuková metoda, která by měla napomoci tomu, aby v komplikovaných morálních dilematech byli budoucí lékaři lépe připraveni vyřešit danou složitou situaci. Etická dilemata jsou denním chlebem všech lékařů, se kterým se ve své praxi nutně musí potýkat. Často na taková dilemata nejsou žádným způsobem připraveni. Lékaři si neuvědomují, jaké nároky na ně v budoucnu bude klást klinická praxe, i s ní spojené vypjaté okamžiky. Projekt může proto zásadním způsobem pomoci zlepšit medicínské prostředí, včetně etického (tj. spravedlivého) hospodaření s vzácnými zdroji v systému péče o zdraví, dodržování principu autonomie ve vztahu k právům jednotlivce, k posílení principu *beneficence* (prospěšnosti) a *nonmaleficence* (neublížení) při rozhodování v lékařské praxi, zejména a konkrétně při rozhodování o léčbě.

Pro cílové skupiny je vytvořen kromě návodu v této metodické pomůcce také korpus eticky sporných kazuistik z českého prostředí, přičemž k některým z nich jsou zpracovány i expertní posudky. Tyto případy zobecňují určité morální problémy z oblasti medicínské praxe, se kterými je možné se potkat v praxi, lze je tedy do jisté míry označovat jako paradigmatické. Jejich morální, právní a medicínská reflexe jsou proto zpracovány jako možné doporučené myšlenkové procesy při analogických rozhodovacích situacích lékařů. Dále jsou některé kazuistiky zpracovány také v podobě storytellingu a zveřejněny na webových stránkách.

Ačkoliv je aplikace výsledků primárně zaměřena na vyzkoušení u aplikačního garanta a hlavního řešitele projektu, tj. u mediků, je plně uplatnitelná i pro zvyšování morální kompetence absolventů v celoživotním vzdělávání.



2.5 Jak projekt probíhal (harmonogram projektu)

Projekt EtikaMedika probíhal od června roku 2021 do konce roku 2023, nicméně pilotní studie byly zahájeny již v předchozím období. V té době byly sesbírány některé kazuistiky z českého prostředí, které byly v projektu také využity.

Projekt probíhal v několika krocích, které ne vždy nutně postupovaly v posloupnosti, jak jsou níže zaznamenány – některé totiž vznikaly paralelně. Nicméně základní rozlišení postupu lze rozdělit do tří kategorií – sběru dat, jejich analýze a následně jejich aplikace. Podle toho je rozdělen také tento metodický pokyn, včetně pododdílů, které jednotlivé kroky postupu upřesňují. Tyto kroky jsou následující:

1. krok – vytvoření Tázacího archu (Sběr dat)

Jedním z prvních kroků po vytvoření vlastní ideje projektu bylo vytvoření pilotního tázacího archu. Respondenti byli požádáni, aby popsali zkušenost nebo situaci ze své lékařské praxe, kterou lze označit za eticky spornou. Tento anonymizovaný arch byl utvořen na základě kazuistické metody *Čtyř rovin* – tj. Lékařské indikace, Preferencí pacienta, Kvality života a Kontextuálních charakteristik (Jonsen, Siegler, Winslade, 2015). Tázací archy byly pilotně testovány v roce 2019 a 2020.

2. krok – pilotní studie (Sběr dat)

Na základě utvořených tázacích archů proběhly v roce 2019 a 2020 pilotní studie na jednotlivých sesbíraných kazuistikách. Uvedené eticky sporné kazuistiky z českého prostředí byly vyplňovány lékaři v předatestační přípravě v rámci specializačního vzdělávání, stejně jako následující kazuistiky v samotné studii. Následně byly informace přepsány do digitalizované podoby a zařazeny do databáze.

3. krok – úprava tázacího archu (Sběr dat)

Na základě pilotních studií proběhla úprava tázacích archů. Tato úprava byla diskutována na dvou interních online workshopech pracovní skupiny (květen, červen 2021) a jednom workshopu v Olomouci, který se konal 20. 8. 2021.

4. krok – sběr dat – v jednotlivých vlnách (Sběr dat)

Na základě upravené a sjednocené metodologie sběru eticky sporných kazuistik v českém prostředí došlo k několika vlnám sběru dat v rámci výuky k dosažení specializované způsobilosti (předatestační přípravě). Sběr probíhal po celou dobu projektu na upraveném tázacím archu (viz část II., kapitola 4, oddíl 4.1. K dispozici ke stažení je také ve flipbooku).

5. krok – anonymizace dat (Sběr dat)

Po sběru dat na anonymizovaných arších došlo k druhému kolu jejich anonymizace, aby jakýmkoliv způsobem nemohlo dojít k identifikaci či identifikovatelnosti subjektů. De-identifikace probíhala na základě zobecnění a modifikace děje, případně dalších postupů popsaných v metodě anonymizace (viz část II, kapitola 4, oddíl 4.3). Anonymizace a skartace probíhala po jednotlivých vlnách sběru dat.

6. krok – předběžná analýza kazuistik, klíčová slova (Analýza)

Kazuistiky byly dále analyzovány na základě metody IPA a to dvěma způsoby. Podrobně byly rozepsány tyto postupy ve dvou výstupech – odborném článku v roce 2021 (Škoda, Ivanová, 2021) a kapitole v zahraniční monografii v roce 2022 (Zielina et al., 2022).

7. krok – oslovení expertů a příprava expertního stanoviska (Analýza)

Oslovení expertů předcházelo workshop dne 20.8.2021 v Olomouci na Lékařské fakultě UP, kde byl upřesněn postup při přípravě expertních stanovisek. Na workshop byli přizváni kromě jiného i někteří experti, se kterými byly vybrané kazuistiky probírány.

8. krok – storytelling – výběr kazuistik a jejich zpracování (Aplikace)

Na workshopu, který proběhl dne 13.5.2022 v Praze na 2. LF UK v areálu FN Motol, byla představena metoda storytellingu, když byly představeny tři zpracované příběhy v živém vystoupení. Kromě toho vznikaly v průběhu roku 2022 videokazuistiky, když byly konzultovány s experty a zpětně upravovány (jak scénáře, tak jejich finální vizuální podoba). Storytelling pak sloužil i jako výukový prvek a to jak s použitím videokazuistik, tak i s využitím živých výstupů vypravěčů – a to v letním semestru roku 2023 (pilotně na LF UP v Olomouci i v roce 2022, v zimním semestru).

9. krok – zpracování expertních stanovisek – oslovení expertů z různých oblastí (Aplikace)

Na uvedeném workshopu dne 13.5.2022 byly také představeny expertní stanoviska – v rámci reflexe na proběhlou diskuzi se pak v rámci řešitelského týmu upravovala jejich podoba.

10. krok – využití MCT testu (Aplikace)

MCT test byl použit jako nástroj pro měření v 1. a 5. ročníku obou lékařských fakult, přičemž u prvního ročníku probíhal ve dvou fázích jako pretest před specifickými výukovými metodami a jako re-test následující po uvedených modifikovaných výukových metodách. K testování došlo v letním semestru roku 2023.

11. krok – využití jednotlivých výukových metod (Aplikace)

V letním semestru roku 2023 byly jednotlivé metody výuky využity – na LF UP v Olomouci metody PBL, CBL a storytellingu, na 2. LF UK pak metody storytellingu a KMDD. Pilotní studie výukových metod PBL a CBL proběhla na LF UP v Olomouci v zimním semestru roku 2022 (podrobněji k metodám výuky viz část II, kapitola 6, oddíl 6.2).

3 Teoretické pozadí/metody

3.1 Využití metody, jejich teoretické ukotvení

V rámci multidisciplinárního projektu byla využita řada metod z různých odborností, což již bylo výše v tomto pokynu zmiňováno. Všechny metody jsou popsány v jejich teoretické podobě v příloze č. 5 tohoto metodického pokynu. Jejich konkretizovaná aplikace v českém prostředí pro účely výuky je pak rozepsána podrobně v druhé části tohoto pokynu.

Zde předkládáme přehled všech metod a obecně rozvádíme, jakým specifickým způsobem byla konkrétní metoda využita v našem projektu. Také jsou zde odkazy na jednotlivé kapitoly a oddíly, kde je aplikace metod rozepsána podrobně:

1. *kazuistická metoda Čtyř rovin* – metoda využívá lidské zkušenosti s řešením jednotlivých morálně problematických situací. Tyto zkušenosti pak aplikuje analogicky na obdobné situace. Uvedené postupy bývají označovány jako kazuistiky (*casuistry*).²⁰ Vodítkem pro řešení bývají tzv. paradigmatické kazuistiky, z nichž se pomocí analogie dovozují morálně správné postupy i na odlišné kazuistiky.

Metoda Čtyř rovin je kazuistickou metodou upravenou přímo pro oblast medicínské etiky a bioetiky, když obsahově zkoumá zejména analogické posuzování na základě lékařské indikace, preferencí pacienta, kvality života a dalších kontextuálních charakteristik.

V projektu hrála metoda Čtyř rovin zásadní roli, protože byla užita při Sběru dat pro *utváření tázacího archu*. Tj. celá struktura sebraných kazuistik je uspořádána podle této metody, když je tázací arch rozdělen na zmiňovaná čtyři tematické okruhy (viz zpracovaný Tázací arch, příloha č. 1 a č. 4).

Také v případě *rozboru expertních stanovisek* byla využita kazuistická metoda, nicméně propojená s využitím metody principialismu. Ačkoliv tyto dvě metody bývají někdy dávány do protikladu (jako metoda deduktivní vs. metoda induktivní), řada autorů připouští možnost, že mohou být komplementární. V projektu je kazuistická metoda užita tak, že jsou sesbírány anonymizované

²⁰ Ve shrnutí - kazuistika v Jonsenově pojetí lze tak definovat pomocí tří pojmů. Těmito pojmy jsou (1) morfologie, (2) taxonomie, (3) kinetika. *Morfologie* případu odhaluje neměnnou strukturu konkrétního případu bez ohledu na jeho podmíněné rysy a dále odhaluje také neměnné formy argumentace relevantní pro jakýkoli případ stejného druhu: tyto neměnné rysy lze nazvat jako témata. Těmito tématy se v medicínské rovině dají strukturovat do metody Čtyř rovin.

Taxonomie zařazuje daný případ do řady podobných případů, což umožňuje, aby podobnosti a rozdíly mezi aktuálním případem a paradigmatickým případem diktovaly morální úsudek o daném případě.

Konečně *kinetika* je chápání způsobu, jakým jeden případ uděluje určitý druh morálního pohybu jiným případům, to znamená, že různé a někdy bezprecedentní okolnosti mohou posunout určité výjimečné případy na úroveň případů paradigmatu (Jonsen, 1991).

případy, a některé výjimečné případy jsou rozebrány z určitých hledisek jako případy paradigmatické²¹. Hledisky pro určení, zda se jedná o paradigma, je jednak význam kazuistiky (a tedy možnost vyvození analogických pravidel pro jiné případy) pro určitou odbornost (např. gynekologie, chirurgie apod.), typ onemocnění / stavu pacienta a s ním spjatého rozhodování (např. rozhodování v závěru života, rozhodování o pacientovi se sníženou kompetencí apod.), bioetický princip, který případ řeší (např. autonomie, beneficence apod.), či specifický etický institut (např. informovaný souhlas, povinná mlčenlivost apod.). Podrobněji viz část II, kapitola 5, oddíl 5.1 a 5.2.

Konečně lze říci, že kazuistiky jsou i východiskem pro *výukové metody CBL, PBL a StorEd*

2. *principlismus* je jednou z nejužívanějších etických teorií v současné bioetice. Vychází z toho, že existují morální pravidla a zásady, které určují, jaký druh jednání je dovolený, zakázaný, tj. jaké jednání lze považovat za morálně přípustné. Morální principy jsou přitom obecnější než pravidla, jsou to pravidla *prima facie*, která již nemohou být odvozena od jiných. Podle principlismu platí, že *pokud pravidlo jednání nebo jednání samotné respektuje charakteristiky principu, jednání je prima facie morálně správné*.

V současné době se tradičně využívá přístupu tzv. čtyř principů – principu *respektování autonomie*, princip *nonmaleficence* (*neublížování*), princip *beneficence* (*dobročinnosti*) a konečně princip *spravedlnosti* (Beauchamp, Childress, 2019). Tyto principy jsou následně aplikovány na jednotlivé případy a používány jako pragmatické vodítko pro řešení konkrétních případů. V praxi jsou problematická případy, kdy určité jednání považujeme za správné z hlediska jednoho principu (např. princip *beneficence*), zatímco z pohledu jiného principu (např. *autonomie*) je považováno za nesprávné. V takovém případě lze mluvit o tzv. morálním dilematu, které nelze řešit čistým logickým vyvozováním z principů. Mezi jednotlivými principy je potom nutné balancovat – takové vyvažování ovšem nutně překračuje samotnou teorii etického principlismu.

V projektu byla metoda principlismu užita pro etickou *expertní analýzu* jednotlivých kazuistik. Etický rozbor expertních stanovisek je strukturován tak, aby se postupně zabýval jednotlivými principy a jejich aplikací na konkrétní případ. Kromě základních čtyř principů se aplikují i principy speciálně užívané pro medicínskou etiku. Podrobněji viz část II, kapitola 5, oddíl 5.1.

²¹ Paradigmatickým případem se přitom rozumí takový případ, u něhož lze jednoduše rozhodnout o pravidlu, které se na danou situaci vztahuje. Takovýto jednoduchý, paradigmatický případ pak slouží jako závazné vodítko (*precedens*) pro ostatní podobné případy.

Kromě toho byly v projektu zkoumány některé principy a zkušenost českých lékařů s jejich užíváním v medicínské praxi. Principy byly zkoumány v analýze kazuistik prostřednictvím metody IPA (podrobněji v dalším bodu níže).

3. *IPA (interpretativní fenomenologická analýza)* je kvalitativní metoda, která se zabývá výzkumem subjektivní reflexe, osobních zkušeností a vlastního myšlení, k prožívání různého typu neobvyklých situací. Cílem IPA je zjistit, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určité situaci. V projektu je užívána pro analýzu zkušeností lékařů s eticky spornými kazuistikami a zkušenosti s etickým principialismem a aplikací principů v lékařské praxi. V projektu tedy byla IPA zaměřena na dva různorodé přístupy zkoumání eticky sporných kazuistik:

a) podle typů etických konfliktů - IPA byla využita jako metoda interakce podle toho, kdo je podle autora kazuistiky (lékaře) účastníkem/spoluúčastníkem etického konfliktu. Kazuistiky byly následně strukturovány do trsů podle typů etických konfliktů (např. lékař vs. instituce, lékař vs. pacient, lékař vs. rodina, lékař vs. lékař).²² V projektu bylo využito zkoumání přístupu u kazuistik týkajících se závěru života, užití této metody je však možné i pro širší kategorie kazuistik, a to i u jiných odborností.

b) soulad osobní zkušenost s teorií principialismu - metoda IPA byla dále využita i na zkoumání tzv. sekundárních výzkumných otázek, které jsou založeny na ověřování souladu mezi osobní zkušeností a teorií principialismu. Zkoumal se tedy soulad jednání lékařů a respektováním či nerespektováním jednotlivých etických principů v situacích, které sami lékaři považují za eticky sporné. Základní výzkum byl primárně zaměřen na princip respektování autonomie v eticky sporných situacích,²³ lze jej ovšem aplikovat i na zkoumání jiných etických principů.

4. *PBL (problem based learning)* - je jedním z přístupů výuky zaměřený na studenta (student-centered method). Studenti se na základě něho učí o zkoumané vědní oblasti tak, že během výuky pracují ve skupinách na řešení problému. Základem PBL je přístup otevřeného dotazování. Při PBL je nejprve představen na základě příběhu o jednotlivcích určitý problém (Srinivasan, Wilkes, Stevenson, Nguyen, & Slavin, 2007). Na základě jeho představení pak studenti hledají řešení, nejčastěji v malých studijních skupinách. U PBL jsou studenti konfrontováni s klinickým problémem náhle a musí na představovaný problém rychle reagovat. Přístup jim má pomoci rozlišovat etická dilemata, hledat řešení a činit rozhodnutí (Heidari, et al. 1995).

Tato metoda byla v projektu užita jako výuková metoda na Lékařské fakultě UP v Olomouci. Metoda PBL byla využita při výuce 1. roč. VŠEO v předmětu PVL/VCB 72 „Etická komunikace pro

²² Srovnej Škoda, J. – Ivanová, K. (2021).

²³ Srovnej Zielina, M. et al. (2022)

odbornou praxí“ a 3. roč. VŠEO v předmětu PVL/VCA „Sociální lékařství a lékařská etika“. Celkem touto metodou bylo vyučováno 620 studentů v pregraduálním vzdělávání v předmětu typu „A“ (tj. předmětu povinného základu). Metodou PBL byly zpracovány storytellingové kazuistiky „Porod, aneb kdo rozhoduje?“ a kazuistika „Záchrana života“.

5. *CBL (case based learning)* – je přístup založený na konkrétních kazuistikách, kde jsou studenti zapojeni do diskuse o těchto individuálních klinických případech, které se podobají nebo jsou typickými případy ze skutečného světa. Tato metoda je zaměřena na studenta s intenzivní interakcí mezi účastníky. Propojuje teorii s praxí prostřednictvím aplikace znalostí na případy. Metoda CBL je metodou řízeného dotazování a poskytuje prostor pro spolupráci malých skupin v průběhu výuky. U CBL na rozdíl od PBL znají medicí dilema dopředu, mohou se na etickou argumentaci v diskuzi a obhajobu svého etického stanoviska připravit (McLean, 2016). Mají tedy čas definovat jednotlivé části dilematu a navrhnout řešení.

Metoda byla v projektu využita jako výuková metoda na LF UP v Olomouci. V každé cílové skupině v předmětech typu „A“, jak bylo popsáno výše byl jeden příběh vyprávěn storytellingem vyučován metodou PBL a druhý příběh metodou CBL. Metodou CBL byly zpracovány kazuistiky „Komu péči?“ a kazuistika „Karel – především pravda, ale milosrdně“.

CBL také sloužilo jako podklad pro vytvoření specifické výukové metody zahrnující storytelling se specifickými českými kazuistikami - tzv. StorEd. Tato metoda je popsána níže v této kapitole.

6. *KMDD® (Konstanz Method of Dilemma Discussion)* – Tuto metodu vypracoval Georg Lind a bývá považována za jednu z nejúčinnějších a dobře zdokumentovaných metod podpory morálního rozvoje, jmenovitě morální kompetence. Ta je přitom podle Lindovy morální psychologie jedním ze dvou aspektů morálního jednání – tím prvním je morální orientace (afektivní aspekt), druhým právě morální kompetence (kognitivní aspekt). Kognitivní aspekt lze přitom zdokonalovat, jedná se o schopnost, která může být výukou zvýšena. Lind ji definuje jako schopnost řešit problémy a konflikty na základě morálních principů, a to prostřednictvím uvažování a diskuse, bez použití násilí a lsti nebo podřízení se autoritě.

Jako efektivní metoda výuky morální kompetence byla proto využita právě metoda KMDD. Výuka KMDD je užívána dlouhodobě v mnoha zemích (Lind 2019; Hemmerling, 2014), podle řady zahraničních studií zvyšuje kvalitu morálního rozhodování měřenou prostřednictvím testu morální kompetence (MCT).

KMDD pomáhá rozvíjet další schopnosti studentů jako je uvědomění si vlastního morálního citění, rozvinutí svého morálního přesvědčení do argumentů, pozorovat okolnosti a fakta morálně

dilematických případů, rozlišovat mezi svými vnitřními morálními principy na základě jejich důležitosti a najít mezi nimi rozhodovací princip. Kromě toho má také studenty naučit hájit svou pozici navenek, i když mají ostatní jiný názor, naučit se diskutovat pod emočním, sociálním a časovým stresem, tolerovat a respektovat názory druhých a umět jim zároveň přikládat i hodnotu a důležitost.

V projektu byla KMDD užívána jako výuková metoda na 2. lékařské fakultě UK. Výuka KMDD proběhla jednou v letním semestru roku 2023 v deseti studijních skupinách (celkově u více než 200 studentů) prvního ročníku na semináři předmětu Bioetiky a psychologie I.

7. Storytelling a výuková metoda StorEd – storytelling je ve zkratce vyprávění příběhů a jejich sdílení s ostatními. Metoda storytelling využívá mnoha druhů cvičení, her a fantazie vypravěčů. Bez použití kostýmů či rekvizit umožňuje posluchačům plně zapojit vlastní představivost. Využívá tedy nejzákladnějšího narativního prvku, který diváky vtahuje do děje.

V projektu je metoda storytellingu využita:

a) k vytvoření příběhů - Storytelling byl v projektu využit pro vyprávění eticky sporných kazuistik ze specificky českého prostředí, a to jednak jejich nahrávkou do videopříběhu, jednak jejich užitím naživo přímo při výuce. V projektu bylo vytvořeno devět nahrávek videopříběhů o délce cca deset minut. Každý příběh lze poté použít samostatně k výuce lékařské etiky a bioetiky. Příběhy byly také na 2. LF UK i LF UP vyprávěny na živo, což mělo velké ohlasy mezi studenty. Blíže k storytellingu v části II, kapitole 6, oddíle 6.1.

b) k použití ve výuce specifickou metodou StorEd. Tato výuková metoda využívá specificky upraveného storytellingu, který medikům představí příběh z medicínského prostředí, s typickým morálním dilematem, který se v praxi vyskytuje. Následně dochází ke spolupráci malých skupin v průběhu výuky. Metoda storytellingu by měly napomoci zvýšení sugestivního a emocionálního účinku na účastníky a přiblížit uvedené problematické faktory studentům i emocionálně. Více přibližuje také podstatnou etickou maximu, že pacient není pouze nemoc, ale je i jedinečnou lidskou bytostí se svým osobitým příběhem. Blíže k metodě *StorEd* v části II, kapitole 6, oddíle 6.2.

8. MCT (Moral Competence Test) - MCT měří morální kompetenci, jak ji definuje Lind (2019). Jedná se o schopnost řešit problémy a konflikty na základě morálních principů, a to prostřednictvím uvažování a diskuze, namísto násilí a klamavé argumentace. Vlastní test umožňuje měření interních, strukturálních dispozic lidského chování objektivním způsobem na základě manifestace lidského jednání navenek. Test morální kompetence je navržen jako Experimentální dotazník (Experimental Questionnaire) a navazuje na ideje rozpracované již u dřívějších autorů (Piaget 1965, Kohlberg 1979). Využívá hypotetických dilematických situací a hypotetického posuzování rozhodování aktérů. Tyto situace musí

být skutečně obtížně morálně řešitelné, aby mohly být použitelné pro MCT. V MCT jsou účastníkům převyprávěny dva dilematické příběhy, při nichž protagonisté činí morální rozhodnutí, která jsou následně hodnocena.

Měření morální kompetence proběhlo na Lékařské fakultě UP i na 2. lékařské fakultě UK, aby byly změřeny účinnosti jednotlivých metod a dále, aby bylo testován vliv výuky na lékařských fakultách na morální kompetenci studentů (srovnávány byly první a páté ročníky).

3.2 Přínos výzkumu a metodického pokynu

1. aplikační potenciál

Metodika EtikaMedika slouží jako nástroj pro výuku mediků na různých lékařských fakultách v České republice. Byť byla primárně zpracována pro aplikačního garanta výzkumného projektu (LF UP Olomouc), její vyzkoušení na obou fakultách účastníků projektu (2. LF UK a LF UP) ukázalo potenciál pro jeho možné přenesení i na jiné fakulty.

Nová metoda storytellingu, jenž byl zpracován na základě sebraných kazuistik z českého prostředí, a aplikován při výuce u mediků, byl úspěšně prezentován i pro řadu expertů zabývajících se výukou medicínské etiky na různých fakultách. Zdá se také, že široká databáze kazuistik může posloužit jako zdroj u něž se může prakticky poukazovat na jednotlivé důležité instituty medicínské etiky, které se ukotvily v současném diskurzu. Zejména se jedná o tak problematické instituty jako je např. informovaný souhlas, informované odmítnutí (negativní revers), dříve vyslovená přání, povinná mlčenlivost lékaře, problematika posuzování kompetence pacienta, zástupčí oprávnění a opatrovnictví, rozhodování v závěru života o určitých typech limitace péče (DNR, DNI, ...). Konečně lze na těchto případech diskutovat i otázku morální odpovědnosti lékaře, případně i odpovědnosti právní, a to jak v rovině trestněprávní, tak i civilněprávní a správněprávní oblasti.

Soubor kazuistik lze proto využít jako nástroj pro zlepšení medicínsko-etické erudice, která je pro výkon povolání lékaře, případně jiného zdravotnického pracovníka nezbytná.

2. EtikaMedika jako zdroj pro výuku ve zdravotnictví

Metoda EtikaMedika tedy nabízí široký potenciál pro využití ve výuce. Materiály lze nalézt na stránkách www.etikamedika.cz, kde lze nalézt jednak databázi kazuistik bez zpracovaných expertních stanovisek, jednak kazuistiky se zpracovaným expertním posouzením. Tato část by se měla postupně rozrůstat i po dokončení projektu, tj. měla by být volně použitelná pro návštěvníky stránek. Kromě mediků a lékařů tak zde mohou najít i odpovědi pacienti, případně je možné sledovat tyto kazuistiky i pro výuku medicínské práva. Kromě toho webové stránky obsahují i odkazy na zpracovaná videa prostřednictvím storytellingu, která lze použít opět pro výuku lékařské etiky. Potenciální cílovou skupinou jsou tak

- a) medicí a studenti zdravotnických oborů,
- b) lékaři a zdravotničtí pracovníci v přípravě k získání specializované způsobilosti,
- c) lékaři v celoživotním vzdělávání.

Kromě toho je ovšem možné užít kazuistik i pro výuku zdravotnického práva, neboť expertní stanoviska obsahují i část, která právní oblast zpracovává.

3. EtikaMedika jako zdroj pro další výzkum některých bioetických pojmů

Webové stránky www.etikamedika.cz mohou posloužit orientačně jako zdroj pro náhled na některé bioetické pojmy, jako jsou principialismus, základní principy v bioetice, kazuistická metoda, kompetence, informovaný souhlas, atd. Tyto pojmy jsou na stránkách stručně popsány, jejich využití je vhodné pro pochopení základních pojmů.²⁴

4. EtikaMedika jako metodický popis postupů

Na uvedených stránkách lze také najít tento metodický pokyn, kde jsou podrobně rozepsány jednotlivé kroky při výuce, a to jak v této dlouhé verzi, tak i v jeho zkrácené verzi.

²⁴ Některé bioetické pojmy jsou přiřazeny i do tohoto Metodického pokynu jako příloha č. 6.

3.3 Etická dimenze projektu

Již od počátků medicíny jako disciplíny v antickém Řecku platilo, že učitelé medicíny apelovali nejen na to, že lékař má být vzdělán v medicínském umění (*techné*), ale má i vystupovat v souladu s etickými pravidly tak, aby jeho pověst a reputace (*doxa*) byly mezi pacienty dobré (Hippokratés, 2012). Hippokratovské etické maximy spolu s etikou ctnosti a křesťanskou etikou sloužily dlouho jako základní vodítko pro správné jednání lékařů. V návaznosti na tuto tradici v 19. století v anglo-amerických medicínských kruzích převládalo přesvědčení, že lékař musí být ve svém etickém chování dokonalý gentleman, což mělo zdůraznit dva základní nároky kladené na výuku – lékař se měl jako profesionál zdokonalovat jednak ve svých osobních morálních ctnostech (osobní morální povinnosti), jednak ve svém jednání vůči pacientovi.²⁵ Na obojí byl kladen vysoký morální apel.

Z této tradice vychází i hlavní etická dimenze projektu EtikaMedika. Na jedné straně má navrhované body v projektu napomoci tomu, aby si budoucí lékaři více uvědomovali své vlastní vnitřní morální principy (apel na složku morální kompetence), jednak na jejich vztah k pacientovi a snahu obnovit důvěru mezi lékařem a pacientem, která je přístupem v moderní medicíně, kdy je člověk vnímán více jako pouhá nemoc (objekt ve smyslu vědeckého bádání) než individualita s vlastním životem, mnohdy zásadním způsobem narušena.

Etická dimenze projektu proto spočívá v celkové snaze zlepšit prostředí při výuce lékařské etice, aby edukace mediků byla efektivnější a usnadnila budoucím lékařům orientaci v nesnadných morálně-dilematických situacích, se kterými se ve své praxi budou setkávat. Pozitivní výsledek této pozměněné výuky spatřujeme právě ve dvojím působení, která souzní s historickými etickými maximami lékaře, tj. zdokonalovat sama sebe a optimalizovat svůj vztah vůči pacientovi a jeho blízkým.

Na jedné straně tak může dojít ke zkvalitnění vnímání vlastních morálních principů a potřeb a tím i snížení morálního distresu u budoucích mladých lékařů, který pramení z nedostatku zkušeností s etickými dilematy. Ten v některých případech může ve zdravotnických profesích vést až k syndromu vyhoření. Výuka zaměřená na uvědomění si vnitřních morálních principů může tomuto vyhoření účinně předcházet. Na druhé straně může výuka zaměřená na etická dilemata pomoci budoucím lékařům, aby vhodnějším a morálně přijatelnějším způsobem jednali s pacienty a jejich rodinnými příslušníky v situacích, které budou k vyučovaným paradigmatickým případům analogické. Rozvoj schopnosti

²⁵ Jeden ze zakladatelů moderní lékařské etiky Thomas Percival v 19. století rozepsal do etického kodexu tyto povinnosti jako povinnosti vyplývající ze vztahu lékaře k pacientovi (relative duties) a dále jako povinnosti osobní, k sobě samému (personal duties) (McCullough, 2022). Jeho text byla natolik zásadní, že z něho vycházel první lékařský etický kodex americké medicínské asociace AMA.

lékařů vnímat pacienta jako bytost, a nikoliv pouhý objekt zkoumání, podstatně zvyšuje vzájemnost etického vztahu mezi lékařem a pacienta a nárůst důvěry mezi oběma stranami.

Tomuto etickému cíli má napomoci, jak už bylo ostatně zmíněno, projektová výuka zaměřená na rozvoj morální kompetence a vylepšování medicínsko-etické erudice. Výuka morální kompetence (zejména prostřednictvím metody KMDD) má kromě obecného náhledu na morálku a ujasnění si vlastních vnitřních morálních principů napomoci také zvýšení demokratického citění (Lind, 2019), tj. zejména k lepšímu vnímání a hodnocení argumentů ostatních osob. To je obzvláště důležité z toho důvodu, že se z probíhajících zahraničních studií zdá, že při výuce na lékařských fakultách bývají často diskuze zaměřeny na pouhé jednostranné seznamování s fakty, bez možnosti diskutování o problémech v menších diskuzních skupinách ve vhodném vzdělávacím prostředí s důrazem na přebírání zodpovědnosti a řízenou reflexi (Schillinger, 2006). Studenti pak nemají dostatečnou schopnost naslouchat druhým a posuzovat jejich argumenty bez ohledu na jejich osobní citové zaujetí k sdělující osobě.

Výuka medicínsko-etické erudice má napomoci lepšímu vnímání specifických etických problémů v medicínském prostředí – kromě zaběhlé metody principialismu projekt využívá specifické kazuistické metody z českého prostředí. Inovace v prostoru etické dimenze spočívá v tom, že v České republice dosud nemáme k dispozici příliš mnoho paradigmatických kazuistik, tak jak je tomu například ve Spojených státech amerických. Napomáhá tomu i to, že USA a jeho právní systém vychází ze specifických precedentů v právním systému. Vzhledem ke kulturním odlišnostem nelze anglo-americké zkušenosti bez dalšího aplikovat na české prostředí. Proto jsou v projektu nalézány specifické paradigmatické případy z českého prostředí, na jejichž základě může být kazuistická metoda úspěšně užívána i při výuce medicínské etiky na českých lékařských fakultách. Ukazuje se, že etické myšlení nutně vyžaduje kromě obecného normativního teoretického přístupu (jako je například morální principialismus, dominující v současné bioetice) i přístupy reflektující na morální partikularismus a jedinečné nazírání individuálních případů.

K pochopení této jedinečné, individuální stránky každého případu a uvědomění si odlišností u každého pacienta, včetně pochopení jeho jedinečného osobního příběhu, napomáhá i narativní přístup spočívající ve storytellingu. Narativní přístup je v současné bioetice vnímán jako jedna z velmi důležitých perspektiv rozšiřování etického náhledu lékařů na pacienta. Rozvinul se v 70. letech 20. století a napomoci empatickému a soucitnému přístupu v medicíně. Jednou z jeho silných apelů je to, že pacient je vnímán z existenciální perspektivy ve své celistvosti a se svým životním narativem. Budoucí lékař má mít znalosti nejen o nemoci z vědecké perspektivy medicíny (nemoc ve smyslu

„disease“), ale i vědomosti to, co nemoc znamená pro pacienta a jeho životní příběh (nemoc ve smyslu subjektivní perspektivy – „illness“, srovnej Brody, 1992).

Narativní etice zaměřené na pacienta je blízká i současná etika péče (Ethics of care, kupř. Held, 2006), která opět vnímá pacienta v jeho jedinečnosti a komplexnosti. Právě užívání příběhů vede ke zvyšování morální sensibility lékařů (Nussbaum, 1990), k zvyšování jejich morálních, intelektuálních, emociálních a sociálních nuancí (Charon, 1997). Vnímání příběhů pomáhá lékařům a pacientům dosáhnout kontextuálního porozumění jedinečné lidské zkušenosti. Tato cesta ke vzájemnému porozumění směřuje v současné době uznávanému modelu vztahu lékaře a pacienta – tzv. sdíleného rozhodování. Příběhy mají napomáhat zvyšování morální percepce, jejímu kultivování, pochopení konfliktů, nadějí a přání pacientů (Lindemann Nelson, 2004). Narativní etika a etika péče jsou spojeny s etikou poslouchání druhého, tj. vnímání jeho identity (Frank, 1995). S tímto přístupem se rozvíjí i psychosomatický přístup k nemoci, který se na konci 20. století a začátku 21. století. Změna přístupu se váže zejména na pojetí George Engela (Engel, 1977). Tento moderní přístup metodologie projektu a výuky podporuje a rozvíjí.

3.4 Složení řešitelského týmu a externích expertů

Řešitelský tým se skládal z řady expertů z různých odborností.

Hlavním řešitelem projektu je JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M. – bioetik a právník se zaměřením na medicínské právo.

Řešitelé z 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy:

Mgr. et Mgr. Martin Zielina, Ph.D. – bioetik, sociolog a psycholog, vedoucí týmu 2. LF UK

MUDr. Barbora Straka, Ph.D. – expertka na lékařství, 2. LF UK

Mgr. et Mgr. Jaromír Škoda – filosof, psycholog a historik, 2. LF UK

Řešitelé z Lékařské fakulty Univerzity Palackého:

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D. – sociologie, zdravotnictví, vedoucí týmu LF UP Olomouc

PhDr. et. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D. - absolventka andragogiky, zdravotnického managementu s doktorátem ze sociálního lékařství, LF UP

Mgr. Adéla Lemrová, Ph.D. – sociální lékařství, LF UP

MUDr. Ladislav Štěpánek, Ph.D. – praktický lékař, lékařský expert, LF UP

PhDr. Dagmar Tučková, Ph.D. et Ph.D. – pedagogický expert, LF UP

Storytelling:

MgA. Barbora Voráčková – dramatické umění, vedoucí koordinátorka storytellingu.

Mgr. Markéta Holá - vypravěčka, lektorka, pedagožka a logopedka.

MgA. Justin Svoboda - vypravěč, herec, moderátor

Jiří Šmirk - vypravěč

Podrobnější informace o storytellingu a jednotlivých vypravěčích lze nalézt na stránkách

<https://www.story-telling.cz/vypravec>.

II. část – metodický pokyn – zvláštní část

Zatímco v úvodní části tohoto metodického pokynu jsme se zaměřili na obecné cíle a teoretická východiska projektu, včetně jeho harmonogramu a použitých metod, v této druhé části jednotlivé prostředky podrobně popisujeme a představujeme postup jejich provádění, aby tak bylo možné jejich využití i pro jiné subjekty.

Tato část je rozložena do tří kapitol, které zachycují odlišné postupy při jednotlivých stádiích projektu – první se týká popisu sběru dat, druhá analýze těchto sebraných dat, konečně třetí část pak aplikaci dat.

V kapitole zaměřené na sběr dat je popsán vznik tazacího archu a dále jeho úpravy. Je podrobně popsáno, jak se při jeho tvorbě projevila metoda Čtyř rovin (4 boxes) a jaký vliv na jeho proměnu měly zkušenosti s pilotním sběrem dat u lékařů v kurzu etiky u specializačního vzdělávání lékařů v předatestační přípravě. Dále je rozepsán postup sběru dat prostřednictvím upraveného tazacího archu a čištění těchto dat a jejich zabezpečení. Nakonec je popsán postup anonymizace dat, aby nemohlo dojít k identifikaci ani k identifikovatelnosti jednotlivých subjektů.

V kapitole zabývající se analýzou dat je popisováno setřídění dat, práce s klíčovými slovy a postup při tvorbě databáze sebraných kazuistik. Zároveň je popsáno, jak byly v projektu sbírány expertní stanoviska od odborníků z různého okruhu specializace a podle jaké metody byla tato stanoviska uspořádána.

V poslední kapitole druhé části je rozpracována aplikace dat, tj. jak jsme se získanými daty pracovali, aby došlo k naplnění cílů projektu. V úvodu této kapitoly je proto rozepsán postup při vzniku storytellingu, včetně postupu utváření dilematických příběhů, jejich úpravách a přípravě pro užití při výuce. Dále v této části popisujeme podrobně jednotlivé výukové metody, jejich průběh na jednotlivých fakultách a optimalizaci jejich využití, včetně návrhu průběhu výukových hodin u některých metod. Zpracované výukové metody jsou následující – PBL, CBL, KMDD, PBL s užitím storytellingu a metoda StorEd. V této kapitole se zabýváme také testováním morální kompetence metodou MCT, vysvětlujeme tuto metodu a ukazujeme výsledky tohoto testování na obou lékařských fakultách, včetně srovnání mezi prvními ročníky a ročníky pátými.

4 Sběr dat

4.1 Postup úpravy tazacího archu z původního znění

Hlavním cílem projektu je podpořit eticky správná rozhodnutí mediků i lékařů v obtížných situacích pomocí vytvoření databáze lékařských kazuistik z ryze českého prostředí ve spolupráci s multidisciplinárním týmem odborníků. Společným prvkem všech zahrnutých případových studií jsou nejednoznačné situace vedoucí k etickým otázkám, či dokonce přímo vyžadující problematické etické rozhodnutí.

Tato databáze byla postupně vyvíjena napřed na základě sběru relevantních kazuistik a následně prostřednictvím podrobné analýzy v rámci multidisciplinárního týmu, do něž mají být zapojeni jak odborníci z oblasti humanitních a společenských věd tak i experti působící v oblasti výuky, teorie a praxe medicíny a ošetrovatelství. Zkušenosti lékařů byly sbírány tazacími archy (n = 605) a strukturovanými zejména podle metody Four Boxes, resp. Čtyř rovin (Jonsen, Siegler, Winslade, 2021).

Pro naplnění zmíněného cíle jsme vytvořili Tazací arch, který v původní verzi obsahoval:

a) označení – Eticky sporná kazuistika (ESK),

b) sociodemografické otázky (věk, pohlaví a odbornost),

c) základní otázku pro vyplnění archu (Ocitl(a) jste se někdy během poskytování zdravotní péče v situaci, kterou lze označit za eticky spornou?),

d) detailnější popis kazuistiky vycházející z metody čtyř rovin (medicínské indikace, kvalita života, preference pacienta a kontextuální charakteristiky) a zdůvodnění, proč jde o eticky spornou kazuistiku.

Následně jsme odpilotovali sběr eticky sporných kazuistik prostřednictvím tohoto původního Tazacího archu (**příloha 4**).

Na základě získaných zkušeností i dalších diskuzí jsme aktualizovali Tazací arch (**příloha 1**), který zpřesňuje původní verzi. Sociodemografické otázky jsou rozšířené o délku praxe v uvedené specializaci. Také v detailnějším popisu kazuistik byly formulace upraveny tak, aby byly srozumitelnější a jednoznačnější. Dále byla přidána otázka na vztah respondenta k popisované eticky sporné kazuistice.

Celý postup včetně finální verze Tázacího archu byl schválen etickou komisí LF UP v Olomouci i 2. LF UK v Praze. Sběr probíhal na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci od roku 2019, od roku 2021 v rámci projektu. Respondenty byli lékaři specializačního obligatorního předatestačního kurzu v průměrném věku 33 let (Ivanová, Lemrová, 2023).

4.2 Postup sběru kazuistik prostřednictvím tazacích archů

Sběr kazuistik z vlastní praxe lékařů prostřednictvím tazacího archu probíhá během výuky Lékařské etiky a legislativy společného povinného kurzu Specializačního vzdělávání *Základy zdravotnické legislativy, etiky a komunikace*. Kurz se na LF UPOL koná cca 8-10 x ročně, nekoná se v letních prázdninových měsících.

V průběhu výuky bloku Etiky jsou lékařům zopakovány principy lékařské etiky, prezentovány některé z dostupných a zpracovaných kazuistik, je prezentována metoda Four Boxes. Lékaři jsou následně požádáni o vyplnění a odevzdání tazacího archu. V průběhu distribuce archu je účastníkům kurzu vysvětlen důvod sběru dat.

Formou distribuovaného tazacího archu probíhá sběr eticky sporných kazuistik z českého prostředí, se kterými se lékaři v průběhu výkonu jejich praxe setkali. Kazuistiky jsou dále anonymizovány, proběhne jejich seřazení pomocí metody Four Boxes a jejich komplexní analýza provedená multidisciplinárním týmem. Některé konkrétní kazuistiky či více tematicky shodných kazuistik jsou následně zpracovány do formy storytellingu (vyprávění příběhu: jde o proces, při kterém se používají fakta a vyprávění, ke prezentaci kazuistiky zábavnější či plastičtější formou, k lepšímu vysvětlení hlavního sdělení, viz část II, kapitola 6, oddíl 6.1). Takto zpracované kazuistiky budou využity jako edukační prvek. Kazuistiky jsou sbírány pro potřeby výuky studentů pregraduálního programu všeobecné lékařství a zubního lékařství, pregraduálního programu Veřejné zdravotnictví a dále pro postgraduální výuku lékařů ve specializačním vzdělávání.

Ta povede ke zvýšení morální kompetence budoucích lékařů, k vyšší míře respektování zájmů pacientů a zvýšení kvality jejich života.

Tazací arch je rozdáván proškoleným personálem, lékaři mají minimálně 30 minut na vyplnění tazacího archu. Po vyplnění a odevzdání tazacích archů jsou tyto uschovány, označeny datem kurzu a odeslány poštou ke zpracování.

Varianty / možnosti distribuce tazacího archu:

Varianta	A	B	C	D	E
Forma kurzu	prezenční	prezenční	prezenční	prezenční	on-line
	Během specializačního kurzu vysvětlit, případně	Požádat již během registrace na kurz, aby předem, než se kurzu zúčastní,	Požádat během registrace na kurz, aby předem, než se kurzu zúčastní, tazací arch	Požádat během registrace na kurz, aby předem, než se kurzu zúčastní, tazací arch	Požádat během registrace na kurz, aby

	jednu kazuistiku storytelling ukázat a následně osobně rozdat všem účastníkům a požádat o vyplnění na místě.	tázací arch povinně vyplnili	dobrovolně vyplnili. Současně požádat během prezenčního kurzu ty, kteří nevyplnili (viz A)	dobrovolně vyplnili – link na surveymonkey (SM), během kurzu následně požádat ty, kteří nevyplnili (viz A)	předem, než se se kurzu zúčastní, tázací arch dobrovolně vyplnili.
Nástroj	vytištěný arch	word/ interaktivní pdf / SM	word/ interaktivní pdf / SM / vytištěný arch	word/ interaktivní pdf / SM / vytištěný arch	word/ interaktivní pdf / SM
Rizika	nevyplní všichni, někteří pouze vyplní první stranu, jiní odevzdají prázdné	Odhlášení z kurzu. NELZE kurz tímto podmínit	Jako A i B		odhlášení z důvodu preference prezenční formy
Obtíže	nutno přepisovat, občas nečitelné	nutno přepisovat, občas nečitelné	vytištěný arch nečitelný	arch nečitelný, problém s přístupem do SM	
Zpracování	manuálně, přepis	manuálně/electronic	manuálně/electronic	manuálně/electronic	elektronicky
Návratnost	cca 40–60 % (?)		40–70 %		99 %

Anonymizované kazuistiky jsou dále zpracovány a to podle níže uvedeného postupu:

Postup zpracování tázacích archů

1. Přijetí tázacích archů.
2. Zpracování:
 - a) označení identifikačním číslem („ID“);
 - b) označení identifikací vlny („VL“);

pozn. „vlna“ označuje trs tázacích archů odeslaných v jedné skupině ke zpracování.

c) vložení do souhrnného úložiště;

a. Jednotlivé odpovědi na otázky tázacího archu k jednotlivým otázkám.

d) transkripce do standardizované šablony [označení příslušné vlny a čísla] ve dvou variantách:

Varianta I – Psaný text

- Originál převeden na virtuální transkript jedním, nebo více zpracovateli do standardizované šablony.
- Data identifikační autorská (věk, pohlaví, odbornost, ...) jsou transkribována.
- Data těla jsou transliterována, včetně pokusu o zachycení stylistiky zápisu.
- Gramatické, významové a terminologické nejasnosti v celkovém transkriptu jsou vyřešeny editorskou poznámkou, nebo
- pokud nejsou vyřešeny, je cílem triangulace mezi více editory.

Varianta II – Virtuální text

Transliterace do standardizované šablony pomocí kopírování originálu.

4.3 Anonymizace dat – zkrácený popis průběhu anonymizace

Vzhledem k tomu, že v projektu docházelo ke sběru dat, které by mohly být citlivými osobními údaji, byl v projektu kladen význačný apel na anonymizaci dat s ohledem na základní principy ochrany osobních údajů, v souladu s platnými právními předpisy a etickými standardy. Cíl směřoval k tomu, aby byla v maximální možné míře respektována práva osob a ochrana jejich soukromí a osobních údajů. Veškeré osobní údaje proto byla anonymizovány, včetně toho, že došlo k de-identifikačním procesům, které měly zabránit tomu, aby došlo k nepřímé identifikaci skrze narativní příběhy.

Anonymizace probíhala u dvou kategorií subjektů údajů, u účastníků výzkumu, kteří zpracovávali tazací arch a dále u všech osob, které se vyskytují v kazuistikách. Všichni účastníci týmu z těchto důvodů byli podrobně seznámeni s Metodickým návodem k postupu výzkumníků při anonymizaci osobních údajů a dalších informací s ohledem na zásady ochrany osobních údajů (dále jen *Metodický návod pro anonymizaci dat*, viz příloha č. 7) a zavázali se postupovat podle pravidel v něm nastavených.

Metodický pokyn pro anonymizaci dat byl zpracován v souladu s právními předpisy, zejména s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR), zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Základním etickým principem probíhajícího projektu byl ten, že ve studii bylo možné používat pouze anonymizovaná data, tj. data u nichž byly odstraněny nebo byly upraveny informace umožňující zjištění totožnosti. Zároveň takto získaná data mohla být užívána pouze pro výzkumné účely. Metodický návod pro anonymizaci dat nastavil postupy, které zamezovaly jakékoliv přímé *identifikaci osoby, identifikovatelnosti* (určitelnosti) osoby (tj. zamezil možnosti, že správce osobních údajů, zpracovatel nebo kdokoliv další, dokázal vztah konkrétních publikovaných informací ke konkrétní fyzické osobě vyvodit prostřednictvím propojení s jinými informačními zdroji nezávislými na rozsahu zveřejněné informace).

Při výzkumném projektu byly rozlišeny následující dvě kategorie možných subjektů údajů: a) účastník výzkumu, tj. lékař (stážista) vyplňující anonymizovaný tazací arch, v předatestační přípravě v rámci specializovaného vzdělávání (dále jen „*účastník výzkumu*“), b) neidentifikovaná osoba, jež se objevuje v kazuistice předložené účastníkem výzkumu, nejčastěji pacient nebo jiné osoby (dále jen

„*patient*“). Ve všech případech získávání anonymizovaných dat z kazuistik byl získáván od účastníků výzkumu informovaný souhlas.

Při anonymizaci příběhů se pak používaly následující metody, které jsou podrobně popsány v Metodickém návodu pro anonymizaci dat:

- a) generalizace dat a informací, při níž ze souboru dat část údajů odstraňujeme nebo je nahrazujeme společnou hodnotou, tak aby soubor dat byl standardizován pro větší počet případů,
- b) modifikace dat a informací, jejich doplnění,
- c) k přidání tzv. datových šumů, mající narativní podobu a modifikující příběh.

5. Analýza dat

5.1 Analýza (setřídění) sběru dat podle principů

V rámci projektu došlo k postupné transkripci dat (sebraných kazuistik) z Tázacího archu do přehledných šablon v excelovské tabulce. S těmito sebranými daty se pak dále pracovalo a docházelo k jejich úpravám.

U anonymizovaných kazuistik řešitelský tým nejprve zkoumal, zda se jedná skutečně o *eticky spornou kazuistiku*, tj. zda skutečně obsahuje určitý typ morálního dilematu, či určitý morálně problematický postup (v zjednodušené formě se nejprve zkoumalo, zda kazuistika v sobě obsahuje konflikt mezi dvěma či více etickými principy (dilema) či zda došlo k etickému pochybení, resp. k porušení alespoň jednoho ze základních etických principů, nejčastěji ze strany zdravotnického personálu). Na základě tohoto předběžného vyhodnocení se s kazuistikami, které byly vyhodnoceny jako eticky dilematické, či eticky problematické²⁶, pracovalo dále.

Jestliže i v druhém čtení byly uvedené kazuistiky většinou řešitelského týmu shledány jako eticky sporné a také paradigmatické²⁷, došlo následně k jejich zkrácení a zjednodušení²⁸. Výsledkem byl souhrn eticky sporných kazuistik, které byly zveřejněny v databázi na stránkách etikamedika.cz. Uvedená databáze byla již v průběhu probíhajícího grantu využita mnoha způsoby při výuce na 2. LF UK. Za prvé byla využita při přijímacím řízení, za druhé byla v průběhu ročníku 2023/2024 v zimním semestru použita pro zápočtové práce, kdy studenti museli uvedené kazuistiky zpracovat pomocí principialistické metody a také metody kazuistické (metody Čtyř rovin) (srovnej příloha č. 8 Pokyny pro zpracování kazuistiky pro studenty 3. ročníku 2. LF UK a vzor kazuistiky v příloze č. 9)

²⁶ Eticky dilematickými kazuistikami rozumíme takové, u nichž dochází ke konfliktu dvou nebo více etických principů. Eticky problematickými kazuistikami míníme ty, u nichž se zdá, že došlo k morálnímu pochybení (tj. nebyl respektován některý z principů, aniž by to bylo odůvodněno respektováním principu jiného). Obecně obě tyto kategorie v souhrnu označujeme jako eticky sporné kazuistiky.

²⁷ Paradigmatické příklady byly vnímány tak, že se jedná o situace, které jsou v medicínské praxi v České republice signifikantní a jejich problémy tak nejsou zcela jedinečné, naopak se opakují a jejich řešení pak může být považováno jako precedentní.

²⁸ Např. byl zjednodušen odborný jazyk, vynechány některé medicínské detaily, které pro konkrétní kazuistiku neměly relevantní etický dopad.

<i>Čtyři principy</i> (Beauchamp & Childress, 2019)	<i>Four Boxes model</i> (Jonsen, Siegler & Winslade, 2015)	
Respekt k autonomii pacienta	Lékařské indikace (principy beneficence a nonmaleficence)	Preference pacienta (princip respekt k autonomii pacienta)
Beneficence		
Non-maleficence	Kvalita života (principy beneficence, non-maleficence a respekt k autonomii pacienta)	Kontextuální charakteristiky (principy oddanosti a férovosti)
Spravedlnost		

Tabulka, které byla poskytnuta studentům 2. LF UK. Zdroj: Ross, 2015, s. 270

Za třetí byla uvedené kazuistiky připraveny a předloženy expertům, aby na základě nich vypracovali expertní stanoviska k jednotlivým případům.

Konečně za čtvrté byly kazuistiky analyzovány na základě principalistické metody – tj. uvedené zjednodušeně zpracované kazuistiky byly rozděleny podle jednotlivých typů konfliktu mezi bioetickými principy, resp. podle typů porušení chráněných etických principů. Pro názornost uvádíme následující příklad kazuistiky:

„Pacient, 68 let, invalidní důchodce se středoškolským vzděláním, je po operaci výměny obou kolenních kloubů za kloubní protézy.

Pacient přichází pro zhoršení infekce v obou kolenou, infekce nereaguje na antibiotika, a je proto nutné provést amputaci obou dolních končetin vysoce nad kolenem, jinak pacient v důsledku infekce zemře. Pacient operaci odmítá, navzdory přesvědčování a přání rodiny, aby amputaci podstoupil.“

V daném případě z hlediska principalistické analýzy dochází ke konfliktu mezi principem respektování autonomie (pacient má právo odmítnout jakýkoliv zdravotnický zákrok, informované odmítnutí je v současné době respektováno jako základní vyjádření práva na sebeurčení pacienta). Na druhou stranu zde existuje povinnost medicínského týmu jednat ve prospěch pacienta (princip beneficence), což znamená, že by lékař měl zabraňovat zlu nebo utrpení (tj. například v tomto konkrétním případě předcházet úmrtí pacienta). Ačkoliv princip nonmaleficence konstatuje, že člověk nemá způsobovat újmu nebo jiné utrpení, tato povinnost není ultimátní, ale vždy proporcionální – tj. musí vycházet z risk-benefit analýzy. Mohu způsobit újmu pacientovi, pokud mu to v konečném důsledku způsobí větší prospěch (Veatch z tohoto důvodu vnímá tento princip jako konsekvencialistický, srovnej Veatch, 1995). Tj. jednání lékaře, kterým zachrání život druhé osoby, ačkoliv ji amputuje nohu, lze považovat za jednání, které je v souladu s principem nonmaleficence.

Z hlediska principialistické analýzy proto lze u této kazuistiky dojít k primárnímu závěru, že u ní dochází ke konfliktu mezi principem respektování autonomie a principem beneficence. Tuto zjednodušenou primární principialistickou analýzu lze pak prohlubovat – např. u principu autonomie se můžeme ptát, zda byl pacient v danou chvíli kompetentní ke svému rozhodnutí, zda soudním rozhodnutím nebyl omezen ve svéprávnosti, zda jeho rozhodnutí bylo skutečně intencionální, zda jednal bez neoprávněných vlivů (tj. zda ke svému rozhodnutí nebyl donucen nebo zmanipulován), zda byl dostatečně informován o rizicích a důsledcích nepodstoupení výkonu, zda informaci porozuměl, apod. Všechny tyto podrobnější analýzy jsou pak podstatné pro vyvažování mezi oběma konfliktními principy a napomáhají zjištění toho, jaké relevantní otázky si mají lékaři (potažmo medici) klást, pokud chtějí konkrétní situaci skutečně podrobně eticky vyhodnotit.

5.2 Třídění dat podle klíčových slov

Kromě uvedeného principialistického třídění pak řešitelský tým sebrané kazuistiky zpracovával i na základě relevantních klíčových slov – tato klíčová slova odrážela zejména kazuistickou metodu Čtyř rovina a dále pak signifikantní medicínské, medicínsko-právní a medicínsko-etické instituty. Podle toho pak řešitelský tým přiděloval jednotlivým kazuistikám klíčová slova podle následujících množin:

: medicínské odbornosti a lékařské indikace – např. kurativní vs. paliativní péče, odbornost (chirurgie), druh péče (neodkladná péče), stav pacienta (terminální stav), apod.

: druh nemoci – např. onkologické onemocnění, psychiatrické onemocnění, apod.

: vymezení konfliktu (jednotlivé typy konfliktů) – např. konflikt mezi lékařem a pacientem (typicky), ale např. i rodinou a lékařem, rodinou a pacientem, pacientem a jinou institucí (např. pojišťovnou při otázce hrazené či nehrazené péče.)

: věkové hranice, pohlaví – v některých případech mohou být tato kritéria určující (např. neonatologie, apod.)

: konfliktu etických principů (viz bod 5.1, i zde byly znovu jednotlivé klíčové etické principy zaznamenány)

: tematického zaměření (např. rozhodování v závěru života)

: etického institutu, který řeší (např. informovaný souhlas, dříve vyslovené přání, eutanazie, negativní revers, povinná mlčenlivost, apod.)

Klíčová slova byla využita pro storytelling, expertní stanoviska, vyhledávací protokol kazuistik, dále i výuku atd. Také jsou připravena jako třídící kritéria pro uspořádání samotných sesbíraných kazuistik z českého medicínského prostředí.

5.3 Metodika přípravy expertních stanovisek

Expertní stanoviska (ES) vznikají ke kazuistikám, které byly vybrány pro účely storytellingu a výuky. Jejich účelem je hlubší analýza dané kazuistiky z medicínského, právního a etického hlediska, případně dalších oborů. Cílovou skupinou pro ES jsou studující medicíny, zdravotníci a zdravotnice, experti a expertky, kteří se pohybují v medicínském prostředí (sociální pracovníci / pracovnice, právníci a právničky, etičtí konzultanti a konzultantky, dobrovolníci a další). Za přípravu a editaci ES odpovídá koordinátor/ka přípravy ES.

Formát a součásti ES:

Každé ES obsahuje popis kazuistiky, medicínskou, právní a etickou analýzu. Jestliže se kazuistika dotýká komplexnějšího problému, zařazujeme nad rámec výše uvedených také sociální/sociologickou analýzu, medicínské analýzy z vícero oborů, případně další (např. veřejné zdravotnictví, psychologie). Rozsah každé jednotlivé analýzy je maximálně 2 normostrany (tzn. 3600 znaků včetně mezer) a 5 normostran u etické a právní analýzy. Jen výjimečně, u složitějších kazuistik, může být delší. Podrobněji je formát ES rozepsán v dalším pododdíle.

Postup vzniku ES:

Koordinátor/ka přepíše kazuistiku z tázacího archu (TA) do formátu krátkého souvislého textu se snahou o zachování maximální podobnosti s původní verzí získanou z TA. V případě, že text v TA obsahuje značky, zkratky, obtížné nebo zkrácené větné konstrukce, rozepíše nebo přepíše je do textu kazuistiky tak, aby byly expertům a expertkám co nejvíc srozumitelné. V zájmu ochrany osobních údajů koordinátor/ka odstraní informace, které by mohly uvedené osoby identifikovat, případně pozmění vybrané údaje, které nejsou relevantní pro danou kazuistiku tak, aby popisované osoby de-identifikovali (podrobněji k ochraně osobních údajů viz část II, kapitola 4, oddíl 4.3).

Následně koordinátor/ka připraví ke každé kazuistice tzv. vodící otázky, které slouží expertům a expertkám jako osnova pro přípravu textu. Vodící otázky jsou zásadní zejména v medicínské analýze – cílem medicínské analýzy je v obecné rovině popsat onemocnění, jeho příznaky, léčebné možnosti, vývoj a prognózu onemocnění. Taktéž má ilustrovat subjektivní tíhu příznaků, které pacient/ka může pociťovat. Záměrem je vytvořit plastický a představitelný obraz daného medicínského problému.

Pro účely právní a etické analýzy vodící otázky nepoužíváme, jelikož právní a etičtí experti a expertky vychází většinou z analýzy specifických právních pojmů a problémů, případně (u etických analýz) využívají již známé publikované metody (např. principialismus, four boxes, kazuistická metoda,

bioetická mediace, a další). Pro účely sjednoceného postupu autorů je vytvořena formální struktura kazuistiky, která je popsána níže.

Následně koordinátor/ka osloví vybrané experty a expertky s prosbou o vypracování ES. Po dodání vypracované analýzy koordinátor/ka zkontroluje text analýzy zejm. z hlediska rozsahu, odpovědí na vodící otázky a celkového vyznění textu. Etická analýza prochází po vypracování expertem/expertkou ještě procesem interní revize, kdy minimálně jeden další člen týmu reviduje etickou analýzu z odborného hlediska.

Po jazykové kontrole se již definitivní verze ES posílá všem zúčastněným expertům a expertkám ke kontrole a odsouhlasení. Takto připravené ES publikujeme na webu projektu a v připravované monografii.

Výběr expertů a expertek:

Řešitelský tým navrhuje expertky a experty s ohledem na jejich specializaci, expertízu v daném oboru, publikační historii a další. Koordinátor/ka ES oslovuje tyto experty a expertky emailem nebo telefonicky a komunikuje s nimi v průběhu celé přípravy ES.

5.4 Formát expertních stanovisek

Expertní stanoviska jsou sjednocena a zorganizovaná do jednotného formátu, který umožňuje více autorům/kám dodržovat obdobnou strukturu a tím i lepší orientaci pro čtenáře kazuistik. Každá z kazuistik tak dodržuje určenou strukturu, která je obecně rozepsána v tomto oddíle metodického pokynu. ES jsou pak zveřejněna na stránkách www.EtikaMedika.cz, kde jsou také rozepsány základní pojmy z bioetiky, se kterými se v etickém rozboru kazuistiky pracuje (jako je např. principialismus a jednotlivé principy, kazuistická metoda). V samotné kazuistice proto nemusí být tyto pojmy nebo metody podrobně rozebírány.

Struktura ES vychází i z toho, že tento soubor kazuistik má napomoci snazší výuce mediků lékařské etiky prostřednictvím případových studií, případně může usnadnit orientaci i lékařům a jiným odborníkům ze zdravotnictví v jejich praxi. Kazuistiky jsou anonymizované a fiktivní (viz část II, kapitola 4, oddíl 4.3), v jisté míře zachycují paradigmatické případy z medicínské praxe, kde se podobné problémy objevují.

Každá kazuistika se skládá z následujících částí:

A. Popis kazuistiky

Kazuistika je krátce představena, popsána z hlediska medicínského problému, dále pak je rozebrán narativ klinické situace z hlediska pacienta a zdravotnického pracovníka (odborníka), a to zejména s ohledem na etická úskalí celé kazuistiky. Popis vychází z anonymizovaných sesbíraných kazuistik, které jsou upraveny odborným týmem.

B. Popis etického problému

V druhé části kazuistiky je představen etický problém zdravotnického pracovníka, který může spočívat v morálním dilematu (konfliktu dvou principů nebo povinností) nebo v morálním pochybení (porušení morálních povinností). Pro lepší orientaci jsou také předloženy základní etické otázky, které jsou prezentovány jako podklad pro zamyšlení nad případem a pro diskuzi. Uvedené otázky mají zejména pomocnou úlohu při užití na přednáškách či seminářích při vysokoškolském, ale i postgraduálním vzdělávání medicínské etiky. V této části je etický problém krátce popsán, specifikován, jsou identifikovány eticky významné aspekty problému. Dále je nastíněno, mezi kterými aktéry mohou vznikat etické konflikty (účastníci, subjekty, strany, instituce). Otázky mají pomoci k co nejpresnější identifikaci relevantních principů a nastavení vodítka pro hledanou odpověď.

C. Medicínská analýza a lékařská indikace

V této části je základní rozbor medicínského odborníka, kterému jsou ze strany koordinátora/ky předloženy tzv. vodící otázky. Expertem je pak zkoumán zejména pacientův medicínský problém, charakter tohoto problému (např. zda je akutní, chronický, kritický, reverzibilní, emergentní či terminální) a další otázky s tím související. Jsou prozkoumány cíle léčby, optimální postup léčby a možné alternativy, vývoj a prognóza onemocnění. Medicínská analýza by měla pomoci zvážit, jaké jsou pravděpodobnosti úspěchů jednotlivých možností kurativní léčby, jak léčba může pacientovi prospět, případně jakým způsobem může omezit nepříznivé následky nemoci. V kazuistikách, které se týkají závěru života, se také zabývá okolnostmi, za kterých medicínská kurativní léčba není indikovaná. Zabývá se také subjektivními potížemi, které onemocnění pacientovi/pacientce mohou působit.

D. Etický rozbor

Etický rozbor vychází z teorie etického principialismu, který primárně formulovali Beauchamp a Childress ve své monografii *Principles of biomedical ethics* (Beauchamp, Childress, 2019) a dále z kazuistického přístupu, který pro bioetiku znovuobjevili autoři Jonsen a Toulmin (Jonsen, Toulmin, 1988). Jednotlivé principy jsou přitom aplikovány na konkrétní případy, přičemž jsou v textu rozebírány následující hlavní principy v bioetice – respekt k autonomii pacienta, princip *beneficence* (dobročinění / prospěšnosti), princip *nonmaleficence* (neublížování) a princip spravedlnosti. Kromě těchto čtyř principů jsou také rozebírány (v případech, kdy se u kazuistiky uplatňují) i tzv. odvozené principy, které jsou speciálně užívané pro medicínskou etiku – princip pravdomluvnosti (*veracity*), princip ochrany soukromí pacienta (*privacy*), princip důvěrnosti (*confidentiality*) a konečně princip loajálnosti (věrnosti, důvěryhodnosti, *fidelity*). Kromě těchto principů je oproti monografii Beauchampa a Childresse v některých kazuistikách zmiňován také princip respektu k pacientově důstojnosti (*dignity*), který se jako dominantní etický princip objevuje zejména v evropské kulturní tradici.

V rámci EK jsou řešeny buď otázky morálního dilematu v rámci konfliktu jednotlivých etických principů nebo při jejich interpretaci, případně může být jednání považováno za morální pochybení.²⁹

²⁹ Typické morální dilema, ke kterému dochází při konfliktu etických principů v medicínské etice může být např. to, když lékař volí pro pacienta nejlepší léčbu, ten ji však odmítá (konflikt principu *beneficence* a principu autonomie). Morální dilema, které může vyplývat z odlišné interpretace jednoho principu, lze nastínit na případu Pretty v. Spojené Království, kdy se jednalo o otázku asistované smrti. Paní Pretty si přál, aby jí byla dovolena asistovaná smrt, zatímco Spojené Království takové jednání považovalo za protiprávní. Paní Pretty argumentovala etickým principem důstojnosti, stejně tak i Spojené Království – interpretace zmiňovaného principu pak u obou vedla k odlišným závěrům ohledně morální přípustnosti jednání. Konečně morálním pochybením je takové jednání, kdy osoba jedná v rozporu s jedním nebo více etickými principy a jednání není jiným způsobem morálně ospravedlnitelné.

V případě, že bioetické principy jsou v konfliktu, je u jednotlivých případů ES řešen i přístup vyvažování a balancování jednotlivých principů a důvody, proč podle experta/expertky převládá jeden z nich (Beauchamp, Childress, 2019).

Konečně se ES v rozboru v etické části zaměřují také na otázku, mezi jakými subjekty konflikty vznikají, resp. přesněji v jakých interakcích se objevují. Podle toho jsou typy etických konfliktů, tvořících jednotlivé trsy, označeny takto: lékař vs. instituce, lékař vs. pacient, lékař vs. rodina, lékař vs. lékař (Škoda, Ivanová, 2021).

E. Právní rozbor

Právní rozbor vychází primárně z pozitivního platného českého právního řádu, i když v případě některých teoretických konstrukcí odkazuje i na komparativní poznatky ze zahraničního práva. V některých případech je odkazováno i na rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, která mají významné dopady i pro českou judikaturu. Postup při právním rozboru je zaměřen na podřazení skutkového stavu pod příslušnou právní normu. Primárně je využíván přístup *de lege lata*, směřující k identifikaci relevantních právních předpisů. Právní rozbor je zaměřen především na otázku právní odpovědnosti, a to jak poskytovatele zdravotních služeb, tak i konkrétních zdravotnických pracovníků. Je proto zkoumána trestněprávní, civilněprávní, správněprávní a v některých případech i disciplinární odpovědnost zúčastněných subjektů.

F. Jiný expertní rozbor

Podle typu kazuistiky může být doplněno i jiné ES, které bude relevantní k dané tematice. Může se jednat například o posouzení psychologa/psycholožky, sociálního pracovníka/pracovnice, hygieniky/hygienička, experta/ky v oblasti farmakologie, apod. Tento rozbor opět nepřesahuje 2 normostrany textu.

G. Shrnutí a otázky k zamyšlení

V této části jsou nejprve shrnuty nejdůležitější myšlenky a výstupy z částí předcházejících, které jsou podstatné pro obdobné případy, se kterými se čtenáři mohou setkat v klinické praxi. Protože morální dilemata v medicíně mohou vykazovat značnou variabilitu podle individuálních podmínek dané situace a konkrétní osoby pacienta, jsou nastíněny možné alternativní otázky k zamyšlení v případě modifikace situace. Také jsou nastíněny možné další přístupy k řešení morálních dilemat.

H. Literatura a texty k prohloubení

U každého prezentovaného případu a souvisejícího dilematu se čtenáři nabízejí další vybrané odborné zdroje, v nichž si může dohledat další podstatné informace. Seznam odborné literatury obsahuje jak české, tak i zahraniční zdroje, které mají pro dané téma významné dopady. Pro výuku je podstatné, že na základě těchto odkazů může dojít k rozšiřování vzdělání zejména medicínské etiky a medicínského práva.

6. Aplikace dat

6.1 postup při vzniku storytellingu

1. Úvod

Aplikování etiky v medicínském prostředí v praxi komplikuje mnoho faktorů jako je například obtížné rozhodování v časové tísní, únava zdravotníků, protichůdná přání zúčastněných či emocionální vypětí při sdělování nepříznivých zpráv. Metoda storytellingu by měly napomoci zvýšení sugestivního a emocionálního účinku na účastníky a přiblížit uvedené problematické faktory studentům. Ačkoliv ani zpracované videokazuistiky či přímo na místě vyprávěné příběhy z kazuistik nemohou tyto zážitky přímo zprostředkovat, přeci jen mají silnější emotivní náboj než pouze sepsané kazuistiky. Spolu s tím umělecká metoda storytellingu napomáhá také moderním trendům v medicínské etice, které upozorňují na částečně neblahý vliv novodobých technologií a vítězně medicíny, která vede k depersonalizaci a dehumanizaci medicíny (např. Ramsey 1972, Rothman 1991).

Pouhá technicistní výuka medicíny vede často k tomu, že medici a posléze i samotní lékaři se zaměřují pouze na léčbu nemoci a zapomínají, že na druhé straně vztahu existuje trpící člověk se svým příběhem (Gibson, 1971, Doležal, T. – Doležal, A. 2023). Metoda storytellingu při výuce podstatně přibližuje příběh člověka – pacienta, upozorňuje na to, jak významnou součástí jsou pro současnou medicínskou etiku jeho hodnoty, preference a přání. Z tohoto pohledu se v tomto uměleckém vyjádření promítají i požadavky bioetiky a medicínské etiky, psychologie, sociálních věd a v neposlední řadě i moderních trendů v právu.

Postup utváření příběhů zahrnuje několik kroků, které jsou rozepsány podrobněji níže – nejprve filtrace příběhů do abstraktů a jejich výběr a rozčlenění na základě klíčových slov. Po výběru kazuistik ze strany týmu vypravěčů dochází k zpětnému upřesnění etického dilematu ze strany expertního týmu. Následně probíhá dramaturgie příběhu, utvoření jeho struktury, vymezení postav a dalších podstatných narativních prvků. Vypravěčský tým následně dostává po zpracování příběhu zpětnou vazbu od expertního řešitelského týmu, na základě které modifikuje příběh a jeho zpracování a následně podle toho utváří konečnou verzi videokazuistiky.

Mezi inovativními aplikacemi získaných dat má storytelling své jedinečné místo. Tento prvek představuje umělecké ztvárnění vybraných eticky sporných kazuistik do vyprávění, které se stává atraktivní a nezastupitelnou pomůckou při diskuzi o eticky sporných případech.

2. Postup tvorby příběhů

Před samotným zahájením přípravy storytellingu došlo k selekci vhodných příběhů, za které byla zodpovědná Koordinátor/ka storytellingu (MgA. Voráčová). Po pročtení abstraktu získaných eticky sporných kazuistik přiřazovala témata a klíčová slova. Z předvybraných kazuistik si poté vybírali samotní vypravěči, které konkrétní kazuistiky budou zpracovávat.

Na základě provedeného výběru dodával expertní tým další důležité informace ke vzniku samotného vyprávění. Zpravidla se jednalo o odpovědi na následující otázky:

- i) Co je pro vás hlavní sdělení této kazuistiky?
- ii) Proč je eticky sporná?
- iii) Co je to, co by měli medici/diváci po vyslechnutí příběhu řešit?
- iv) Jak by nad příběhem měli přemýšlet?
- v) Na co si u zpracování kazuistiky máme dát pozor (pokud je tam něco sporného nebo pro laika nesrozumitelného)?
- vi) Můžete nám jednoduše vysvětlit diagnózu pacienta/pacientky a případně dát pokyny k tomu, čeho se vyvarovat a na co naopak upozornit?

Koordinátor řešitelského týmu (Dr. Doležal) zodpovídal dodatečné dotazy vypravěčů, příp. zajišťoval odpovědi od jiných členů expertního týmu. Tyto odpovědi následně zaslal zpět MgA. Voráčové.

Následovala interní diskuze mezi vypravěči, ve které diskutovali dramaturgický výklad a celkové řešení podoby příběhu (např. jaké má mít sdělení, struktura příběhu, jaké tam mají být postavy, rozvinutí příběhu, rozvinutí vztahů). Každý storytelling vypravěč sepsal do textové podoby a zaslal ke komentářům vybraným členům expertního týmu (dr. Doležal, dr. Straka, dr. Zielina a MgA. Voráčová).

Po zapracování komentářů vznikla videonahrávka se příslušným storytellingem a všichni členové expertního týmu po zhlédnutí dali příslušnému vypravěči zpětnou vazbu. Ukázalo se jako výhodné před předáním zpětné vazby vypravěčům tuto zpětnou vazbu strukturovat, což měli na starosti MgA. Voráčová a dr. Zielina. Po zapracování této finální zpětné vazby vypravěči dotvořili storytelling a pořídili jeho videonahrávku.



Obrázek z videa storytellingu

Celý postup lze tedy podrobněji shrnout do následujících bodů sepsaných v tabulce:

1) Filtrace (příběhy jako abstrakty) - utvoření abstraktů ze sesbíraných kazuistik, s nimiž pracuje koordinátor vypravěčů
2) Koordinátor vypravěčů pročítá předložené abstrakty (případně i celé kazuistiky) a vybírá obsáhlou množinu kazuistik vhodných k narativnímu zpracování. Ke kazuistikám přiřazuje hesla ve formě označení tématu a dále klíčových slov (zahrnujících kupř. odbornost, etický institut, apod.)
3) Vypravěči – čtou vybrané kazuistiky, které jsou opatřené klíčovými slovy
4) Vypravěči si vyberou kazuistiky/kazuistiku, které jsou vloženy do speciálního adresáře Google Drive. K jimi vybraným kazuistikám zašlou přiložená čísla
5) Expertní tým dodá další klíčová slova a zodpoví ZASLANÉ OTÁZKY: i) Co je pro vás hlavní sdělení této kazuistiky? ii) Proč je eticky sporná? iii) Co je to, co by měli medici/diváci po vyslechnutí příběhu řešit? Jak by nad příběhem měli přemýšlet? iv) Na co si u zpracování kazuistiky máme dát pozor? (pokud je tam něco sporného nebo pro laika nesrozumitelného) v) Můžete nám jednoduše vysvětlit diagnózu pacienta/pacientky a případně dát pokyny k tomu, čeho se vyvarovat a na co naopak upozornit?
6) Koordinátor řešitelského týmu autorizuje klíčová slova a zasílá dotazy na jednotlivé členy řešitelského týmu (případně sám odpovídá). Odpovědi následně ve zpracované formě zasílá Koordinátorovi storytellingu, který odkaz na Google Drive přeposílá vypravěčům.
7) Koordinátor storytellingu svolává setkání všech vypravěčů. Probíhá diskuze nad kazuistikou a možným příběhem. Rozebírá se dramaturgický výklad a řešení podoby příběhu. Tým si klade otázky, jaké má mít příběh sdělení, jaká má být struktura příběhu, jaké tam mají být postavy, jak se příběh bude rozvíjet, jak se budou rozvíjet vztahy mezi postavami
8) Na základě této diskuze každý jednotlivý vypravěč zpracuje svůj textový zápis příběhu
9) K tomuto příběhu dostává zpětnou vazbu ostatních vypravěčů. Na základě toho dochází k přepracování příběhu

10) Výsledný draft jde ke komentářům internímu expertnímu týmu, který se zaměřuje na odbornou stránku věci, který konzultuje věc s koordinátorem storytellingu
11) Po zpracovaných úpravách je provedena pilotní videonahrávka. Ta je uložena k připomínkám na sdílené prostředí pro celý interní expertní řešitelský tým
12) Expertní řešitelský tým zadá zpětné vazby pro storytelling
13) Zpětná vazba je zpracována zástupcem řešitelského týmu a koordinátorem storytellingu
14) Předání poznámek vypravěčům, kteří na základě toho modifikují videonahrávku
15) Nahrávka je opět vložena do sdíleného prostředí a jsou zaslány konečné připomínky ze strany všech členů týmu
16) Zpracovává se konečná verze videonahrávky

6.2 využití výukových metod

a) PBL a CBL – společný kontext

Etická dilemata prostupují ve větší či menší míře všechny oblastmi medicíny. Proto je při výuce lékařské etiky nutné objasnit vzdělávací cíle v kognitivních, postojových a behaviorálních oblastech. Pro kognitivní vývojové a behaviorální postoje je efektivní využít série diskuzí založených na etických dilematech z quasi reálného života a poukazovat na základní pravidla týkající se lékařské praxe. Didaktické metody problémového učení (dále jen PBL) a případového učení (dále jen CBL) využívají záznamy quasi reálných problémů pacientů jako kontext, v němž si studenti osvojují dovednosti řešení problémů a získávají znalosti ze základních a klinických vědních oborů (Eshach & Bitterman, 2003).

Jak CBL, tak PBL představují obecnější výuku prostřednictvím individuálních příběhů. (Srinivasan et al., 2007; Thiel et al., 2013; Tysinger et al., 1997. Tyto metody jsou žádoucí, protože povaha etického dotazování je vysoce kompatibilní s procesy učení, které jsou charakteristické pro PBL / CBL. (Heidari et al., 2013). Mnoho univerzit v anglosaských zemích začleňuje principy PBL / CBL do svých studijních programů. Jednou z prvních univerzit, která v 60. letech 20. století začala metodu PBL používat, byla lékařská fakulta McMasterovy univerzity v kanadském Hamiltonu. Aplikoval ji Howard Barrows. Předpokládalo se, že PBL poskytuje studentům metodu integrace znalostí přesahujících hranice předmětů a rozvíjí dovednosti řešení problémů. (Barrows, 1996). Metody PBL/CBL ve svém pojetí také poskytují širší kontext uchopení konceptu společenské odpovědnosti (dále CSR) a řešení eticky dilematických případů a situací ve zdravotnictví, zvyšují hloubku diskuse v rámci týmů i mezi nimi, pomáhají studentům aplikovat základní vědecké koncepty v eticky kontroverzních případech. Tyto metody také pomáhají studentům lépe porozumět medicínským procesům popsaným v klinickém případě, zvyšují povědomí o složitosti péče o pacienta, poskytují autentickou zkušenost při osvojování si kompetencí k přijímání eticky kontroverzních rozhodnutí a vyvolávají pocit empatie.

Proto se metody PBL a CBL stávají vhodnými metodami sdílení etických informací v pregraduálním a postgraduálním vzdělávání lékařů v předmětu lékařská etika. Při provádění přehledu³⁰ týkajícího se didaktických metod PBL a CBL ve výuce lékařské etiky jsme hledali vliv těchto didaktických metod na širokou kurikulární snahu o rozvoj hodnotové orientace lékařů, sociální perspektivy a interpersonálních dovedností pro praktickou medicínu; zaměřili jsme se na kategorie zapojení do výuky, porozumění

³⁰ Předběžná rešerše byla provedena v červnu 2020 v systémech PROSPERO, Epistemonikos a Open Science Framework. Pro toto téma nebyl nalezen žádný přehled rozsahu s použitím výchozích klíčových slov z akronymu PCC. Z tohoto důvodu jsme přehled vytvořili sami a zpracovali do článku pod názvem „Problem-based learning and case-based learning as a didactic method for teaching of medical ethics: a scoping review protocol“ autorem Tučková, Ivanová, Juríčková.

etickým dilematům, porozumění empatii po stránce emoční a kognitivní a aplikaci etických konceptů (Dickinson a kol., 2018); nastínili jsme možnosti jejich praktického využití a tendence ke změně struktury výukových metod zaměřených více na konkrétní reálné případy z lékařské praxe.

b) Výuková metoda Problem Based Learning - PBL

1. Popis a cíle výukové metody PBL

Metoda PBL je metodou otevřeného dotazování, tj. otevřeného kladení otázek. Je metodou zaměřenou na proces při řešení problémů. Je orientovaná na studenta jako na jednotlivce (budoucího lékaře) a na etický problém v medicíně, při kterém se etické principy budou integrovat do diskuze (Iramaneerat 2006). Jedná se o didaktickou metodu bottom down, tj. takovou, která směřuje od definice problému, přes návrh jeho řešení problému ke konkrétní praxi s pacientem. Je vzdělávací metodou, která využívá quasi skutečných problémů pacientů jako kontextu pro to, aby se studenti naučili dovednosti při řešení problémů a získali znalosti o základních a klinických vědách (Eshach and Bitterman 2003). PBL se překrývá s metodou IBL (Inquiry Base Learning), ve které učitel prezentuje problém a studenti musejí rozvíjet dotazování tak, aby zjistili problém. Zjištěné indicie potom studenti ve třídě znovu diskutují a rozšiřují okruh témat, která se k problému vztahují. Cílem vzdělávacího procesu PBL je navrhnout způsob, cestu, metodu řešení, nikoliv postupy. Proto je nutno se soustředit na to, jak vzdělávací proces probíhá, jaké otázky jsou kladeny, a jak na otázky mezi sebou studenti reagují. Další vzdělávací cíle jsou v návaznosti na PBL kladeny volně. **Výstupem výuky PBL je proces hledání problému.**

Cílem metody je označit (nalézt) problém, identifikovat, co potřebujeme znát k jeho vyřešení a poté se učit, jak problém řešit v praxi.³¹ Studenti se o problému dozvídají až na výuce. Jsou tedy postaveni před problém nepřipraveni. Je metodou, kterou se studenti učí aktivně nalézt a vysvětlit řešení reálné situace nebo problému, nikoliv konkrétního případu, byť může být problém na konkrétním případě ukočován. Je zdůrazňováno hledání důkazů a podkladů (indicií) k řešení problému podle vlastního uvážení, nebo na základě vzájemné spolupráce studentů, při které je uplatňováno kritické myšlení. Edukátor má vždy pouze roli facilitátora.³²

Metodu PBL lze definovat jako vzdělávací strategii, ve které studenti konfrontují kontextové, strukturované problémy a snaží se najít smysluplná řešení. Používá se na mnoha lékařských fakultách

³¹ Na rozdíl od tradičního vyučování, kde je nejprve sdělováno, co je třeba znát, poté se znalosti naučit nejlépe memorováním, a teprve poté problém označit a ilustrovat, jak znalosti k jeho řešení využijeme.

³² Úkolem facilitátora je usnadnit komunikaci a dát účastníkům diskuse možnost, aby se mohli soustředit na věcnou stránku problému a jeho řešení. Facilitátor musí být vždy nestranný, a to i když se v diskusi vyskytne spor. Facilitátor dbá na dodržování dohodnutých pravidel diskuse, povzbuzuje některé zdrženlivější účastníky diskuse.

k podpoře celoživotního učení, otevřeného dotazování, týmové práce a kritického myšlení. Studenti jsou aktivními účastníky výuky, nikoliv pasivními posluchači. V rámci PBL výuky dochází k podnětným a plodným diskuzím při rozvíjení sdíleného porozumění na základě představených etických dilemat. Bligh (1995) uvádí sedm kroků použitých v PBL výuce:

- objasnit pojmy, které nejsou zřejmé;
- definovat problém / problémy
- analyzovat problém (brainstorming);
- vytvořit seznam možných vysvětlení;
- formulovat cíle učení a stanovit priority;
- hledat další informace mimo skupinu;
- podat zprávu, syntetizovat a testovat informace (Bligh, 1995)

Zastánci metody PBL tvrdí, že PBL podporuje celoživotní učení, simulují klinickou praxi, zvyšují zvědavost a vytvářejí širší porozumění složitosti medicíny a často vytváří širší hranice v porozumění medicíně.

2. Didaktické principy

Podle Barrowse (1996) je možno definovat metodu PBL jako učení, u kterého je student centrem vzdělávání, tj. že centrem vzdělávacího procesu nejsou vzdělávací osnovy, nebo doposud zjištěné informace. Student hledá problém a snaží se nalézt řešení, může sám rozhodovat, které informace a kde bude dohledávat. Každý student je nejprve sám za sebe a teprve potom projednává problém ve třídě, kterou by mělo tvořit nejvíce 8-9 studentů. Autor doporučuje, aby se studenti ve skupinách, ale i lektori měnili v průběhu výuky tak, aby studenti slyšeli od svých spolužáků co nejvíce možných variant. Učitel je pouze facilitátorem. Zásadní u této metody je, že typ a zaměření problému je to, na čem se vytváří organizace výuky, tedy problém sám „dává“ podnět k učení, nikoliv osnovy nebo učitel. Problém je vehiklem (nositel) rozvoje dovedností při řešení klinických problémů, nově nabyté informace jsou pro studenty jen pobídkou k dalšímu sebevzdělávání. V průběhu jednoho vzdělávacího bloku je představen jeden problém, učitel si dělá poznámky o procesu, kterým studenti hledají řešení problému.

Didaktickým cílem je, aby studenti uměli na základě případu definovat problém, aktivně se tázat a hledat odpovědi, spolupracovat mezi sebou, hledat společné řešení, ustoupit ze svých stanovisek, sami označit literaturu, která by měla být nastudována, vlastní určení další vzdělávací cesty. Konkrétní kroky jsou uvedeny v souhrnné tabulce s metodou CBL (Tučková et al., 2020).

3. Aplikace PBL u eticky dilematických kazuistik – storytelling

Pro výuku metodou PBL byla vybrána kazuistika „Porod – aneb kdo rozhoduje“. Základním problémem je, kdo rozhoduje o způsobu léčby. Případ je studentům prezentován storytellingem s tímto obsahem:

Žena, 34letá, učitelka, prvorodička, bez významných rizik v rodinné, osobní a gynekologické anamnéze, přichází do porodnice s počínající děložní činností a porodním plánem (PP). Při vstupním vyšetření fyziologický nálezn. Cílem rodičky bylo porodit s minimálním počtem medicínských zásahů. Rodina informována, že v případě potřeby, či její (rodičky) žádosti, nemusí být PP zcela dodržen, jelikož rodí poprvé, sama uvidí, co bude potřeba (analgetika, polohování, monitoring dítěte apod.). V PP uvedeno: během porodu má být komunikováno s partnerem, a ne s rodičkou, o jednotlivých medicínských zásazích bude rozhodovat partner, protože rodička nebude schopna (dle nich) o sobě rozhodovat. Nefarmakologické metody tlášení bolesti nepomohly, porod stagnoval, rodička se začala v silných kontrakcích dožadovat epidurální analgezie (EA), ale partner trval na tom, že ji nepotřebuje, že je to „pouze v hlavě“.



Pokyny:

- Každý student pracuje sám za sebe
- Video: pozorně poslouchajte, dělejte si poznámky
- Zkuste definovat problém
- Identifikace toho, co již víte, co potřebujete vědět a jak a kde získat přístup k novým informacím, které mohou vést k vyřešení problému
- Diskutujte s ostatními o Vaší cestě k vyřešení problému
- Zasadte společně problém do obecného etického dilematu v medicíně, diskutujte o tomto procesu
- I špatná cesta je cesta: chyby mohou být opraveny pouze vámi, ale pouze pokud je zaznamenáte.
- V opačném případě chyba nebude identifikována (pokud neodhalíte základ dilematu, budete pracovat v bludu až do konce☺. Ale nebojte, na konci mojí výuky to rozmotáme☺)

T A

Č R

Dedikováno projektu TaČR „Zvyšování morální kompetence v medicíně“, reg. č: TL05000114.

c) Výuková metoda Case Based Learning - CBL

1. Popis a cíle výukové metody

CBL je výukovou metodou, založenou na řízeném dotazování. Studentům jsou předkládány skutečné nebo častěji hypotetické případy, které simulují reálné scénáře, a je jim poskytnut prostor tak aby případy v malých skupinách vyřešili. Cílem CBL je, aby studenti získali znalosti o tom, jak řešit konkrétní

postupy v daném případě, nebo případech mu podobných. Výuka by měla být navržena tak, aby se studenti dozvěděli co nejvíce a podrobně o řešeném klinickém případě (nebo případech), o diagnostice, léčbě, či v našem případě o řešení eticko-právních otázek. Řešení (vyřešení) situace (případu) je po studentech vyžadováno, ale může být podpořeno ze strany učitele.

Jedná se o didaktickou metodu bottom up, tj. takovou, která směřuje od konkrétního, až detailního případu k pojmenování obecného problému, který je poté možno označit jako paradigmatický a jeho principy poté aplikovat na podobné případy (Juríčková et al, 2021). Vzdělávací centrum na University of Pittsburgh definuje CBL jako obecné poučení pomocí jednotlivého příběhu, či případu o jednotlivcích.

CBL vyžaduje již částečně zasvěcené, či pokročilé posluchače a studenty, proto je třeba, aby se tito na výuku a diskuzi připravili v předstihu. Ukázalo se ve více studiích (Holden, Burnett, Vivekananda-Schmidt, 2014 aj.), že studenti mají prospěch z toho, že před případovým učením získali znalosti o diskutovaném tématu. U studentů se očekává vhodná participace, schopnost provést pokročilou přípravu před výukou, schopnost položit několik otázek z přímo souvisejících případů. U učitelů se očekává, že poskytnou nejen znění případu, ale že povedou diskusní nebo písemný nebo on-line obsah tak, aby byly splněny konkrétní vzdělávací cíle. To znamená, že sledují, zda se diskuze ubírá správným směrem a taktně neumožňují rozsáhlou okrajovou diskusi. Neustále zjišťují i zajišťují, že jsou studentům známy správné odpovědi.

Případů k řešení může být jeden i více, obvykle více, avšak jsou vždy voleny tak, aby se splnily cíle výuky, z nichž každý má svou důležitost a není možno jej nahradit jiným. Výsledky vzdělávání jsou hodnoceny tak, aby bylo zjištěno, zda jsou splněny cíle. Studenti by měli mít dostatek času poznat případ, navrhnout řešení a obhajovat svůj postoj, případně oslovit další odborníky, či dohledat další materiály. Mělo by být studentům umožněno identifikovat v případě hlavní příčinu problému a prozkoumat různá řešení s využitím znalostí a dovedností z výuky a výzkumu, aby vybrali nejlepší řešení. Studenti tak mohou řešit skutečné problémy, a ne se jen učit odpovědi nazpaměť.³³

Tato metoda výuky je velmi flexibilní, protože ji lze použít jak ve fyzických i virtuálních třídách. Má také mnoho aplikací, včetně přezkoumávání právních argumentů, obchodních případových studií, lékařských postupů a dalších. Případové učení umožňuje pochopení složitých problémů pomocí předchozích řešení a optimalizovaných doporučení. Je to účinná metoda učení, protože pomáhá studentům rozvíjet kritické myšlení a dovednosti při řešení problémů. Pomáhá také studentům v

³³ <https://www.formpl.us/blog/what-is-case-based-learning-meaning-examples-applications>

rozvoji jejich výzkumných a kooperačních dovedností při řešení nových a složitých problémů, podporuje kritické myšlení a schopnost vypracovat autentická řešení a doporučení pro konkrétní praxi. Případové učení se běžně používá v profesních oborech, jako je medicína, právo, obchod, inženýrství a žurnalistika.

2. Didaktické principy

Metoda CBL (případového učení) je velmi doporučovanou metodou výuky, protože umožňuje studentům aplikovat znalosti a dovednosti z výuky a výzkumu při řešení reálných problémů. Zde jsou hlavní výhody používání případové výuky:

Autentičnost – učení na skutečných případech pomáhá studentům pochopit, jak lze jejich znalosti aplikovat na skutečné problémy, což zvyšuje smysluplnost jejich výuky.

Řešení problémů – používání případových studií vyžaduje, aby studenti kriticky analyzovali scénáře a navrhovali autentická řešení. Proces studia případů a uplatnění jejich znalostí a dovedností při řešení daného problému vyžaduje, aby studenti využili své kritické myšlení a schopnosti řešit problémy. Tato dovednost je obzvláště užitečná ve většině profesních oborů, protože umožňuje řešit nepředvídané okolnosti a poskytovat vhodná řešení na místě.

Přenositelnost – případové učení umožňuje studentům uplatnit znalosti a dovednosti z lekcí, úkolů a hodnocení při řešení nových a neznámých problémů. Díky tomu jsou jejich znalosti a dovednosti přenositelné; mohou se snadno a efektivně přizpůsobit novému prostředí.

Spolupráce – případové studie často zahrnují skupinovou práci, což studentům umožňuje procvičit si týmovou práci a pomáhat jim rozvíjet dovednosti spolupráce. Umět efektivně spolupracovat v týmu i mezi týmy je jednou z nejdůležitějších měkkých dovedností. Umožňuje studentům také brainstormovat více nápadů najednou a analyzovat je tak, aby zjistili, zda jsou řešení proveditelná.

Flexibilita – řešení lze použít k řešení více než jednoho případu. Umožňuje také flexibilnější výuku, například e-learning a hybridní výuku.

Postup pro učitele/lektory: představte případ; umožněte studentům dohledat patřičné materiály tím, že jim poskytnete dostatek času před samotnou výukou; ved'te tvůrčí diskuzi se zapojením všech studentů; podporujte týmovou spolupráci, klad'te návodné otázky, které zabrání informačnímu zahlcení studentů, stále směřujte ke stanoveným didaktickým cílům; hledejte taková řešení, která

mohou mít obecnější platnost; poskytujte zpětnou vazbu, která umožní studentům neustále zdokonalovat své dovednosti při řešení problémů a zároveň se řídit návodnými pokyny; shrňte na závěr způsoby řešení a podpořte reflexi studentů, aby definovali co se z případové studie naučili a jak získané poznatky využijí při řešení budoucích problémů.

Jaké jsou nevýhody případového učení?

Přestože je výuka založená na konkrétních případech vynikajícím stylem výuky, který pomáhá studentům rozvíjet dovednosti potřebné k tomu, aby byli ve svých profesních oblastech výjimeční, má i některé nevýhody:

Časová a zdrojová náročnost – na rozdíl od tradičních výukových metod musí pedagogové věnovat více času přípravě studijních materiálů, výběru relevantních případových studií, seskupování studentů, vedení diskusí a dalším činnostem.

Omezený rozsah - výhodou případové výuky je, že se zaměřuje na relevantní případy, což však zužuje znalosti a dovednosti studentů.

Připravenost studentů – ačkoli cílem výuky založené na případech je pomoci studentům zdokonalit jejich dovednosti v oblasti řešení problémů a kritického myšlení, aniž by je zahlcovala informacemi, může se to vymstít, pokud studenti nejsou na autentické případy a hodnocení dostatečně připraveni. Před zadáním reálných případů se tedy pedagogové musí ujistit, že jejich studenti jsou dostatečně znalí, aby pochopili pojmy a jejich význam v reálném životě.

Dynamika skupiny – výuka založená na řešení případů podporuje týmovou práci, což studentům umožňuje rychleji získat odpovědi a procvičit si interpersonální dovednosti a spolupráci. Pokud však skupinová dynamika nefunguje, protože například někteří (nebo mnozí) studenti jsou neaktivní a práce je delegována na malý počet členů skupiny, mohou skupinové úkoly nakonec studenty zpomalit.

3. Aplikace dilematických CBL případů z literatury

Holden, Burnett, Vivekananda-Schmidt (2014) uvádějí aplikaci CBL v případě eticko-právního rozvažování nad klinickým případem, který si vybrali během své praxe na chirurgii. Cílem bylo pomoci integrovat učení studentů o kompetencích MEL (Medical Ethics and Law) s rozvíjejícími se klinickými zkušenostmi studentů. Studenti absolvovali přednášku, která jim pomohla připravit se na CBL, která zahrnovala praktické příklady, jak identifikovat eticko-právní problémy z pohledu pacienta. CBL se skládala z odebrání anamnézy a popisu léčby pacienta (se zvláštním zaměřením na případné eticko-

právní otázky) ze syntézy literatury včetně, právních předpisů a etických kodexů. Celý výukový proces byl pedagogy zhodnocen podle následujících kritérií:

- prokázání porozumění klinické praxi
- přiměřená syntéza literatury a kritické hodnocení
- úroveň a přesvědčivost argumentace
- aplikace eticko-právních znalostí na případ pacienta
- schopnost orientace v procesu péče v závěru života: a) Pokračující léčba udržující život, např. pokračující léčba; b) Podávání potravy a tekutin; c) Odmítnutí a ukončení léčby, např. příkaz "neresusцитовat", závěť, eutanazie, odnětí stravy a tekutin v případě, že je to nutné; d) Péči v terminálním stádiu; e) Souhlas (duševní způsobilost, bezvědomí); f) pacienti s poruchami učení nebo demencí; g) Nejlepší zájem pacienta; h) Důvěrnost a/nebo sdělování informací; i) Profesní hranice a hranice empatie; j) „vinu“ pacienta na vznik onemocnění (závislosti, obezita...); k) Hierarchie a dynamika postavení ve zdravotnickém týmu; l) Vztah mezi lékařem a pacientem (např. paternalismus versus autonomie); m) Nevhodné komentáře a humor na úkor pacienta a jeho rodiny; n) Spravedlnost a přístup ke zdravotní péči.

Nakonec byli studenti požádáni, aby napsali krátkou reflexi, v níž shrnou, co se jim podařilo, co se z CBL naučili, budoucí cíle učení a další informace, a dopad CBL na jejich profesní život:

Pochopení významu etiky pro klinickou praxi "Cenné, protože jsem nikdy nepřemýšlel o etických scénářích v každodenních situacích na odděleních tak podrobně"

Aplikace etické teorie na praxi "Bylo velmi poučné dozvědět se o tom, jak v praxi aplikovat něco, co bychom jsme se učili pouze teoreticky" "Zdůraznil, že často není možné aplikovat na pacienta jakoukoli formu protokolu a každý případ je úplně jiný" "Bylo zajímavé zamyslet se nad tím, jak běžné jsou v medicíně etické otázky. Bylo to mě přimělo lépe si uvědomit, jaké problémy se často objevují." "Opravdu jsem cítil, že to, co jsem se z této zkušenosti naučil, budu moci použít ve své budoucí praxi" "Možnost zapojit se do koncepcí pomocí vlastních pacientů výrazně zlepšilo mé porozumění těmto otázkám" "Umožnilo plně pochopit složitost přijímání etických rozhodnutí ve klinickém prostředí" „Nejlepší bylo diskutovat o případu s lékařským týmem, abychom se dozvěděli více o tom, proč a jak se tato rozhodnutí dělají"

Rozvoj akademických dovedností "Poskytlo to cennou praxi v akademickém psaní a podávání zpráv o případech" "Nejlepší pro mě byl aspekt možnosti volby a povzbuzení k rozvoji vlastních schopností"

3a. Aplikace CBL u eticky dilematických kazuistik – storytelling

Pro výuku metodou CBL byla vybrána kazuistika „Karel – aneb především pravda, ale milosrdně“. Základním problémem je, zda je možno pro dobro pacienta sdělit záměrně nepravdivou informaci. Příklad je studentům prezentován storytellingem s tímto obsahem:

80-letý pacient, muž, s Alzheimerovou chorobou, hluchoněmý od narození, žije se svojí dcerou, která se o něj stará. Pacient má šedý zákal (kataraktu) na obou očích, s vizem maximálně 0,08 výrazně snižující kvalitu života. Komunikuje znakovou řečí, trochu mluví, ale nesrozumitelně. Medicínským cílem léčby bylo odstranění šedého zákalu, chirurgicky. Zárok je indikovaný v lokální anestezii, u neklidných, nespolupracujících, velmi úzkostných pacientů se provádí v celkové anestezii. Kontraindikací výkonu je aktivní zánět oka či v těle. Pacient byl informován, že bez operace se vidění nezlepší, naopak zhorší, a že jiná léčba neexistuje. Bez operace bude komunikace Karla s vnějším světem velmi problematická. Dcera na lékaře naléhá, že bez operace bude péče o tatínka v domácím prostředí téměř nemožná. Eticky sporná situace je v tom, že pacient operaci katarakty nechtěl, protože měl velký strach z chirurgického zákroku. Bojí se slova operace.

První slide ukazuje pokyny studentům ve výuce, která o týden předcházela hlavní výuce metodou CBL, druhý potom pokyny, kterými začínala výuka CBL:

- Rozdělte se do skupin po 4–5 studentech.
- Od vyučujícího obdržíte k nastudování kazuistiku „Karel“, která je vložena rovněž do Moodle.
- Do příští výuky (31.10.– 3.11.) je Vaším úkolem:
 1. **seznámit se** **podrobně** s touto kazuistikou;
 2. **vyhledat bibliografické zdroje** (každá skupina alespoň 3 zdroje) k etickému dilematu;
 3. **připravit si** na základě vyhledaných zdrojů **odpovědi k etickému dilematu**:

Mám říct Karlovi **pravdu**, že se jedná o operaci (a neoperovat) nebo **milosrdnou lež**, že se nejedná tak úplně o operaci (a operovat)?



Průběh semináře „Karel“:

1. Zopakujeme si úkoly z minulého semináře;
2. Vyslechneme kazuistiku „Karel“ metodou storytelling, v průběhu kazuistiky **budeme ve vyprávění dělat přestávky tak, abyste mohli odpovídat na otázky** v kazuistice uvedené (a to ve skupině, ve které jste dohledávali bibliografické zdroje);
3. Poté bude dán **prostor pro diskuzi** a vzájemné sdílení názorů a zjištění mezi skupinami;
4. **Závěrem** položíme otázky **obecně vyplývající** z kazuistiky „Karel“ a odpovědi v prezentaci rozvedeme a upřesníme podle vyjádření expertů.

d) Srovnání přístupů PBL a CBL v procesu výuky

Metody otevřeného (PBL) a řízeného (CBL) dotazování jsou inovativní pedagogické metody na první pohled podobné, avšak odlišný je nejen jejich princip a výsledné zjištění (outcomes), ale i jiná je role učitele a odlišný je i postup při řešení. Na rozdíly mezi CBL a PBL ukazuje níže vložená tabulka a rozpracovaná případová studie (Tučková et al, 2020). U PBL jsou studenti konfrontováni s klinickým problémem náhle a musí na představovaný problém rychle reagovat, u CBL znají dilema dopředu, mohou se na etickou argumentaci v diskuzi a obhajobu svého etického stanoviska připravit, mají čas

definovat jednotlivé části dilematu, navrhnout řešení. Přestože existují rozdíly v používání PBL a CBL ve výuce, existuje i mnoho oblastí, v nichž se CBL a PBL shodují. Jedná se zejména o: identifikaci charakteru etických dilemat, identifikaci zdrojů informací, které by měly být studentům poskytovány při práci ve výuce k řešení etických dilemat, identifikace prostředí, ve kterém jsou problémy řešeny, řízení složitých argumentací při řešení komplikovaných etických dilemat, podporování reflexe studentů, které posouvají řešení dilematu kupředu, usnadňování kognitivní flexibility a členění daného etického kurikula vedoucího k efektivitě využívání PBL a CBL v pregraduální výuce lékařské etiky (Kolodner, Hmelo, & Narayanan, 1996).

	PBL	CBL
Základní otázka do diskuze zní:	Proč pacient přišel?	Proč pacient přišel?
Čas studenta na předpřípravu:	Žádný	Každý student si přečte jeden až dva články o meritě etického problému. Tři až pět studentů přečtou specializované články na příbuzné téma, které v daném čase prezentují ve skupině.
Přístup studenta:	Může přerušit diskusi, klást otázky, poskytovat odpovědi / přístupy k dilematům, ke kterým se dostává, které ho napadnou během semináře/výuky	Může přerušit diskusi, klást otázky, poskytovat odpovědi / přístupy k dilematům, ke kterým se dostává, které ho napadnou během semináře/výuky, odpovídá na otázky a pokyny vyučujícího.
Přístup učitele k nesprávným znalostem a předpokladům studentů:	Učitel se nevměšuje a nechá studenty pokračovat v diskusi. Chyby mohou být opraveny jinými studenty, ale pouze pokud daný student chybu zaznamená. Pokud ne, chyba nebo mylná představa nebude studenty zaznamenána.	Učitel může: Přesměrovat nesprávné tvrzení: „Proč si myslíš, že je to pravda?“ Poskytnout poopravující informaci: „Jiná možnost než hospitalizace v tomto případě neexistuje?...“ Prodiskutovat alternativní techniky.
Přístup učitele, pokud se řešení dostane do „slepé uličky“:	Učitel nezasahuje, dovolí studentům pokračovat v diskusi bez ohledu na vzdělávací cíl.	Učitel navrhuje studenty na alternativní způsoby: „Proč si myslíte, že je to pro případ důležité? Co dalšího lze považovat za důležité? Co si myslí ostatní?“
Využívání dalších zdrojů studenty během semináře:	Studenti tvoří během semináře otázky. Studentům je dán čas vyhledat články, webové stránky, odkazy na základě diskuze ve skupině.	Žádné
Doplňující práce studentů po semináři:	Každému studentovi bude přiřazen úkol, protože se stejným případem budou zabývat v dalších seminářích. Studenti budou získávat informace o daném tématu	Není vyžadována. Články přečtené vybranými studenty jsou k dispozici ostatním studentům po skončení semináře. Pokud se skupina dohodne, nezodpovězené a nedořešené otázky budou vyřešeny a diskutovány skupinou později.
Pokračování případu:	Řešení případu metodou PBL bude pokračovat v rámci dalších seminářů v návaznosti na povahu řešeného problému.	Řešení případu metodou CBL bude pokračovat v rámci dalších seminářů v návaznosti na povahu řešeného problému.

1/28/2024

7

	PBL	CBL
Představení problému:	Matka (31) žije intimně s jedním bezdomovcem na nádraží, na inzerát našla přítele s domkem, nastěhovala se k němu a teprve potom až podle pohybů zjistila, že je těhotná, nový přítel celkově o děti nestál, proto těhotenství tají, nechodí na prohlídky. Den před porodem ji bolí hlava a krvácí z nosu, partner ji přes její protest veze do nemocnice. V nemocnici zjištěno těhotenství dvojčat, krevní tlak 200/160, otevření na 2 cm, lékař vidí celou situaci, přesto paní podepisuje revers, a odchází domů.	
Další popis situace:	Porodila sama na břehu potoka, nejprve chlapce, vrátila se domů pro igelitové pytle, porodila holčičku, děti dala do pytlů, pohodila do křoví. Doma se cítila dobře a spala. 2 dny po porodu normální režim, následně velké gynekologické komplikace, odvezena do nemocnice. Matka vyslýchána jako podezřelá ze spáchání vraždy podle §140 TrZ.	
Základní otázka:	Bylo možné zabránit ze strany lékaře situaci s tragickým koncem?	
Čas studenta na předpřípravu	Žádný	Každý student si přečte jeden až dva články o meritův etického problému. Tři až pět studentů přečtou specializované články na příbuzné téma, které v daném čase prezentují ve skupině.
Přístup studenta	Může přerušit diskuzi, klást otázky, poskytovat odpovědi / přístupy k dilematům, ke kterým se dostává, které ho napadnou během semináře/výuky	Může přerušit diskuzi, klást otázky, poskytovat odpovědi / přístupy k dilematům, ke kterým se dostává, které ho napadnou během semináře/výuky, odpovídá na otázky a pokyny vyučujícího.
Přístup učitele k nesprávným znalostem a předpokladům studentů	Učitel se nevměšuje a nechá studenty pokračovat v diskuzi. Chyby mohou být opraveny jinými studenty, ale pouze pokud daný student chybu zaznamená. Pokud ne, chyba nebo mylná představa nebude studenty zaznamenána.	Učitel může: • Přesměrovat nesprávné tvrzení: „Proč si myslíš, že je to pravda?“ • Poskytnout poopravující informaci: „Jiná možnost než hospitalizace v tomto případě neexistuje?....“ • Prodiskutovat alternativní techniky.
Přístup učitele, pokud se řešení dostane do „slepé uličky“	Učitel nezasahuje, dovolí studentům pokračovat v diskuzi bez ohledu na vzdělávací cíl.	Učitel navrhuje studenty na alternativní způsoby: „Proč si myslíte, že je to pro případ důležité? Co dalšího lze považovat za důležité? Co si myslí ostatní?“
Využívání dalších zdrojů studenty během semináře	Studenti tvoří během semináře otázky. Studentům je dán čas vyhledat články, webové stránky, odkazy na základě diskuze ve skupině.	Žádné
Doplňující práce studentů po semináři	Každému studentovi bude přiřazen úkol, protože se stejným případem	Není vyžadována. Články přečtené vybranými studenty

	budou zabývat v dalších seminářích. Studenti budou získávat informace o daném tématu.	jsou k dispozici ostatním studentům po skončení semináře.
Pokračování případu ³⁴	Řešení případu pomocí metody PBL bude pokračovat i dalších sekcích. V 1. sekci studenti diskutují, jaké byly možnosti matky? Jak se mohla/měla zachovat, aby nedošlo k tragédii? Jaké byly její pohnutky? Diskuze o psychickém zdraví matky, jejím zdravotním stavu, socioekonomické situaci. Ve 2. sekci studenti diskutují o roli ošetřujícího lékaře v tomto případě. Jak se měl lékař zachovat? Mohl pacientce nabídnout nějaké alternativní řešení vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu, aby nepodepsala revers? Mohl jí nabídnout pomoc psychologa/psychiatra/sociální pracovníce?	Řešení případu pomocí metody CBL: Studenti budou muset vysvětlit pacientce vážnost situace a zvážit možnosti a strategie, jak jí zabránit, aby podepsala revers. Dále studenti diskutují (a seznamují se) legislativní rámec celého případu.

Didaktické otázky i váhání učitelů při přípravě výuky a v průběhu její realizace:

1. Je nutné sestavit pozorovací arch u PBL, je nutné i u CBL, když se jedná o řízené dotazování?
2. Které kazuistiky již vytvořené pražským týmem (2. LF UK) jsou spíše vhodné pro CBL, a které pro PBL?
3. PBL je rychlejší metoda a lze ji zvládnout v jednom výukovém bloku, u CBL je nutná příprava v předcházející výuce...dáme studentům k pokynům, kde dohledávat informace i kazuistiku v písemné formě, nebo jim už rovnou ve výuce předcházející výuku s řešením případu metodou CBL (tzv. předcházející výuce) pustíme storytelling?
4. Pustíme studentům storytelling v předcházející výuce celý, se všemi otázkami, nebo jen do zjeveného dilematu?
5. V jakém časovém odstupu u CBL mají studenti znát otázku, kterou budou řešit?
6. Podle obou metod mají studenti dohledávat informace, U CBL před samotnou diskuzí u PBL v průběhu diskuze nebo po ní, v metodách je uvedeno, že to mají být informace přímo o problému, nebo v příbuzné problematice. Co vše je příbuzné téma?

³⁴ U PBL jsou studenti konfrontováni s klinickým problémem náhle a musí na představovaný problém rychle reagovat, u CBL znají dilema dopředu, mohou se na etickou argumentaci v diskuzi a obhajobu svého etického stanoviska připravit, mají čas definovat jednotlivé části dilematu, navrhnout řešení. Před i během semináře se mohou ptát dalších odborníků.

7. Bylo by možné začít s výukou metodou CBL na téma X tam, kde skončila na stejné téma výuka metodou PBL³⁵?
8. S jakým důrazem upozornit studenty, že zrovna tento případ může ovlivnit jejich lékařskou kariéru?
9. Je možné dát na přípravu celý „balíček“ informací (storytelling, metoda čtyř rovin, další relevantní informace, instrukce se zadáním)?
10. Bylo by možné vytvořit u řešení dilematických situací metodou CBL jakousi mapu, která by ukazovala běžný proces řešení a vždy by bylo jasné, kde se studenti nacházejí?
11. Jak řešit studentský nezáměr i přes to, že se jedná o významně interaktivní metody?
12. U metody PBL je nezbytné mít na závěr seznam otázek, jak to zajistit, aby učitel zapisoval – je možno na tabuli?
13. Jak zpřístupnit všechny dokumenty, které jednotliví studenti přinesou na výuku metodou CBL?
14. Během semináře si už ve výuce metodou CBL nemohou studenti dohledávat žádné informace?

³⁵ Výuka PBL by bylo řešení naslepo a CBL by zohledňovalo předešlé dobré nápady.

d) Metoda výuky KMDD®

1. Popis a cíle výukové metody

KMDD® je vzdělávací a psychodidaktický nástroj, který je zaměřen na podporu rozvoje morální kompetence. Hlavní pedagogický význam spočívá v mravní výchově, jejímž úkolem je podporovat a podněcovat individuální rozvoj morální autonomie jedince.

Cílem by mělo být pomoci studentům vnímat morální otázky a pomoci jim vytvořit si vlastní morální úsudek a morální přesvědčení v kontextu širší společenské perspektivy. Rozvoj morální kompetence má napomoci zvyšování sdílených demokratických hodnot ve společnosti jako jsou např. spravedlnost, kooperace, svoboda a základní lidská práva (Lind, 2016).

Morální kompetenci se rozumí, jak již bylo řečeno v předchozích oddílech, *schopnost řešit problémy a konflikty na základě morálních principů prostřednictvím uvažování a diskuse namísto užití násilného řešení a podvádění.*

Prostřednictvím KMDD mohou jedinci snáze pochopit vlastní vnitřní morální principy, s nimiž se ztotožňují. Výukou se rozšiřuje jejich schopnost artikulovat vlastní morální cíle a zároveň porozumět morálním cílům jiných osob.

Podpora osobního mravního rozvoje je přitom jedním z nejdůležitějších a zároveň jedním z nejnáročnějších úkolů vzdělávání na všech úrovních. KMDD spočívá v diskuzi o morálních dilematech v semi-reálných dilematických příbězích.

Morální kompetence se skládá z několika subkategorií schopností, které jsou pro její hodnocení klíčové (Lind, 2016, s. 104):

: uvědomit si své vlastní morální pocity a vyjádřit je slovy,

: pečlivě vnímat okolnosti případu a konkrétní fakta,

: rozlišovat mezi vlastními vnitřními morálními principy podle jejich důležitosti a vhodnosti jejich užití,

: najít vedoucí princip, který napomůže vyřešit konflikt mezi principy,

: reprezentovat vlastní názor, i když oponenti tohoto názoru jsou přítomni, případně pokud přátelé zastávají jiný názor,

: poskytnutí příležitosti přemýšlet a diskutovat, pokud je diskutér vystaven emocionálnímu, sociálnímu nebo časovému tlaku,

: nikoliv pouze tolerovat jiné názory, ale také mít schopnost hodnotit a oceňovat je, protože mohou posloužit jako pomoc před činěním špatných rozhodnutí.

2. Didaktické principy

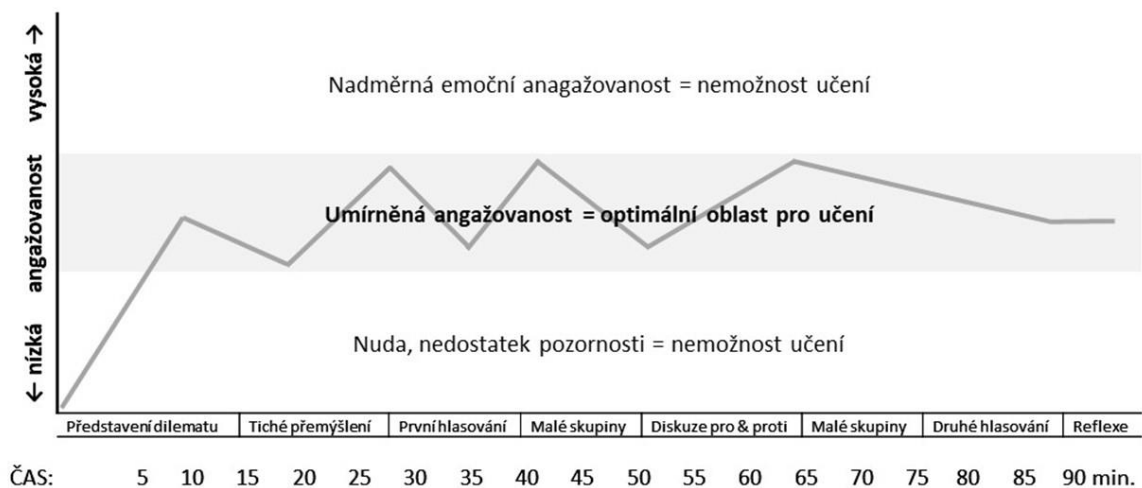
KMDD obsahuje několik zásadních didaktických zásad, které mají zajistit efektivnost výuky. Tyto didaktické principy se dají shrnout do následujících obecných doporučení:

a) zajištění maximální pozornosti a ochoty se učit

KMDD má zajistit optimální účinnost výuky prostřednictvím několika prostředků, které jsou popsány v dalších bodech.

b) vyvolání diskuze prostřednictvím semi-reálných (poloskutečných / poloreálných) dilematických příběhů

Dilematické příběhy nemají být ani reálné, ani nereálné, ale semi-reálné. Důvodem je to, aby se staly dostatečným podkladem pro otevřenou diskusi. Klíčový je výběr vhodného příběhu. Příběhy by neměly vzbuzovat příliš silné emoce, ale na druhou stranu je potřeba dávat pozor, aby naopak nevzbuzovaly emoce příliš slabé nebo žádné. Obě krajní pozice jsou nežádoucí z důvodů emočního stresu na jedné straně a nudy na straně druhé (viz přiložená tabulka).



c) moderace diskuze účastníky využitím tzv. pravidla ping-pongu

Pravidlem ping-pongu se rozumí, že jeden z účastníků (diskutér) předává na základě vlastního výběru slovo jinému účastníku diskuze – nelze si tedy skákat do řeči. Lektor pouze vyzývá prvního řečníka, dále už probíhá moderace samostatně.

d) zaměření na předmět diskuze nikoliv na hodnocení lidí

Žádná osoba nesmí být posuzována (negativně ani pozitivně), zkoumají se pouze názory a protinázory jednotlivých účastníků diskuze. Diskuze musí být zaměřena pouze na zkoumané dilema, nikoliv na kvality účastníků.

3. Dilematické příběhy

Dilematické příběhy sloužící k zvyšování morální kompetence by měly být krátké (maximálně 5 minut), vypravěč by měl využívat prostý a jednoduchý jazyk. Cílem je, aby se posluchači soustředili pouze na dilema v příběhu. Hlavní hrdina, který prožívá morální dilema, má jako jediný v příběhu jméno. Ostatní osoby jsou označovány pouze na základě jejich postavení v příběhu, tj. například na základě vztahu k hlavnímu hrdinovi (např. přítel hlavního hrdiny, manžel/manželka, apod.) nebo na základě povolání, ... Hlavní hrdina dilematu je v situaci pod tlakem, morální dilema je navíc ohraničeno časovým ohraničením – musí se tedy rozhodnout v nejbližších okamžicích. V příběhu musí být zdůrazněno, že své dilema skutečně prožívá, že na základě dilematu trpí. Příběh končí jasným rozhodnutím hlavního hrdiny (pro nebo proti). Účastníci mají prožívat dilema spolu s hrdinou, čímž jsou stimulovány jejich morálně-kognitivní procesy. Poloskutečná dilemata mohou být převzata z mnoha zdrojů, např. z literatury, denního tisku nebo bezprostřední zkušenosti. Autor metody George Lind uvádí ve své publikaci také řadu těchto dilematických příběhů (Lind, 2021). Zde uvádíme jeden příklad takového příběhu:

Laře je 16 let a žije v chudé zemi. Nemá žádné vzdělání a nemůže si najít práci. V jejím okolí je mnoho nezaměstnaných. Bez práce jsou i její rodiče. Její mladší sourozenci tak musí vydělávat peníze a nemohou chodit do školy.

Jednoho dne k ní přijde lékař. Říká, že pracuje pro velkou farmaceutickou skupinu. Potřebují embryonální kmenové buňky, aby mohli vyrábět život zachraňující léky. Lara by mohla vydělat spoustu peněz, dost na to, aby uživila celou rodinu a získala vzdělání jako učitelka. Musí pouze souhlasit s tím, že se nechá jednou ročně po dobu pěti let uměle oplodnit a odevzdá své embryo firmě.

Lara je rozrušená. Požádá si o dva dny na rozmyšlenou. Nakonec smlouvu podepíše.

4. Příprava KMDD výuky a časový rámec

Je důležité, aby příprava KMDD ze strany lektora nebyla zanedbána. Aby diskuze mohla být skutečně plodná a přinášet výsledky, je důležité dbát na určité základní podmínky. Lektor KMDD by měl být dobře proškolen tak, aby měl základní pedagogické a psychologické schopnosti a měl zaujetí pro morální filosofii (Lind, 2016).

Délka jedné výukové sekce trvá přibližně 90 minut. Důležité je, aby se diskuze účastníků nezačal točit v kruhu. Časový rámec je popsán níže v příložené tabulce:

5. Tabulka postupu KMDD

ČAS (min.)	AKTIVITA	DOPORUČENÍ
0	Přednesení dilematického příběhu o postavě X posluchačům.	Mluvte jasně a pomalu.
5	Rozdejte tištěnou verzi dilematu s otázkami; Informujte studenty, aby pracovali samostatně a potichu. Upozorněte, že na diskuzi bude později prostor.	Dejte dostatek času na psaní poznámek. Přerušete jakékoliv mluvení, ale jinak studenty sami nerušte.
10	Vyjasněte se skupinou dilema příběhu, a co příběh dělá dilematickým.	Ujistěte se, že zazní všechny aspekty a perspektivy na dilema.
20	První hlasování: „Udělal X správně, nebo špatně? Zvedněte ruce, kdo si myslí, že...“ Pokuste se, aby všichni volili: „Jako v reálném životě musíme volit bez všech informací, i tady se pokuste zvolit.“	Zaznamenejte viditelně hlasování např. na tabuli. Pokud se někdo odmítne účastnit hlasování, angažujte je jinak.
25	Rozdělte třídu na dvě skupiny na základě jejich hlasování. Nechte je utvořit menší podskupiny o třech až čtyřech lidech s cílem sbírat argumenty, které podporují jejich stanovisko ohledně rozhodnutí protagonisty X.	Skupiny by měly být nejméně o třech a nejvíce o čtyřech lidech.
35	Velká diskuze pro a proti. Vysvětlíte na začátku dvě pravidla: 1. Může být řečeno cokoliv, ale nikdo v diskuzi nesmí být posuzován ať pozitivně tak negativně. 2. Pravidlo ping-pongu: osoba, která mluvila poslední, vybírá osobu, která naváže z opoziční strany. Učitel zasahuje, jen pokud je jedno z těchto pravidel narušeno.	Z nezúčastněných vyberte asistenta, který bude viditelně zaznamenávat argumenty např. na tabuli. Informujte účastníky, že pravidlo 1. může být komplikované. Hned v prvním případě porušení pravidla přátelsky zasáhněte. Nekřičte a netrestejte.
65	Nejlepší protiargument: Studenti znovu vytvoří skupiny po 3 až 4 členech s cílem ohodnotit argumenty oponentů, které slyšeli v diskuzi: Který je podle vás nejlepší?	Pokud se objevuje tendence hodnotit argumenty protistrany negativně, zasáhněte. Jemně připomeňte, že teď tento čas je příležitost k ocenění druhé strany.
70	Nechte každého účastníka říct, který protiargument se mu líbil nejvíce. Podpořte individuální hodnocení.	Začněte nejdříve v jedné skupině. Podpořte je, aby řekli něco pozitivního o svých oponentech.
75	Druhé hlasování: „Jak hlasujete nyní, po tom, co proběhla diskuze?“	Zaznamenejte hlasy znovu viditelně např. na tabuli.

80	Co jste se naučili při tomto setkání? Mělo to pro vás smysl? Už jste někdy diskutovali důležitá dilemata předtím?	Na diskuzi nechte nejméně 10 minut!
90	KONEC	

6. Autorská práva (disclaimer)

Jakákoli skutečně účinná metoda výuky může mít nežádoucí účinky, pokud ji používá někdo, kdo nebyl k používání této metody vyškolen. Aby byla diskuse o dilematu účinná, musí v účastnících vzbudit morální emoce. Pokud se ale spustí příliš silné emoce, existuje riziko, že se učení zastaví a že metoda nebude účinná. Proto existuje speciální vzdělávací a certifikační program, kde se učitelé mohou naučit, jak efektivně a zodpovědně používat KMDD (srovnej Lind, <http://moralcompetence.net/moral/dildisk-e.htm>). Lektoři bez certifikátu mohou postup podle popisu použít při výuce, nesmějí ji však označovat jako KMDD® a zahrnovat ji do výstupů (srovnej Lind, 2021). KMDD lze používat pouze dobře vyškolenými a certifikovanými učiteli KMDD a školiteli KMDD. KMDD® je zaregistrována jako mezinárodní ochranná známka a je tak chráněna právy duševního vlastnictví. Certifikovaní učitelé KMDD a školitelé KMDD mohou používat značku KMDD zdarma.

„Studie zkoumající efekt a využívající KMDD jako intervenční metodu mohou učinit prohlášení o účinku KMDD pouze v případě, že metodu použil certifikovaný učitel KMDD a pokud studie zahrnovala měření před testem a po testu s platným testem morálního úsudku a diskurzních kompetencí, jako je Test morální kompetence (MCT)®.“ (srovnej Lind, <http://moralcompetence.net/moral/dildisk-e.htm>)

e) Metoda výuky pomocí nástroje storytellingu s českými kazuistikami (StorEd)

1. Úvod – specifika vzniku

Metoda výuky, která využívá storytelling a kazuistiky z českého prostředí (dále jen „*StorED*“), je zcela novou metodou, která byla vyvinuta v rámci tohoto grantového projektu. Protože se jedná o zcela specifickou a inovativní metodu, která využívá kromě jiného umělecké narativní prvky k zvýšení pozornosti studentů, její účinnost je zatím vyzkoušena pouze v rámci úzkého užití během jednoho zimního semestru na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

V rámci projektu TAČR byla metoda nejprve testována na workshopu (v květnu roku 2022) za účasti expertů z oblasti bioetiky, ale i dalších expertů z vědních oblastí, které se týkají medicíny. Na tomto byla prezentována některá videa ze storytellingu a následně na nich bylo diskutováno jejich možné využití v rámci výuky pomocí metody *StorED*. Ohlasy na zveřejněná videa byly pozitivní a většina expertů se podnětně vyjádřila k možnosti jejich užití v rámci výuky. Následně byla videa prezentována ještě na několika konferencích a byla znovu představena možnost jejich využití. Na Lékařské fakultě Univerzity Palackého byly nahrávky použity pilotně nahrávky ve výuce v zimním semestru ročníku 2022/2023.

Na základě odborných diskuzí uvnitř řešitelského týmu byla pro pražský letní semestr ročníku 2022/2023 připravena metoda StorED, zatímco olomoucký tým upravil specifickou metodu výuky prostřednictvím rozpracování a modifikace výukových metod PBL a CBL (viz tato kapitola v dalším pododdíle).

Metoda *StoRED* pak proběhla

- a) u prvního ročníku na 2. LF UK v Praze, a to na seminářích v předmětu Bioetika a psychologie I.
- b) u třetího ročníku na 2. LF UK v Praze, a to na semináři v předmětu Bioetika a psychologie IV.

Protože se jedná o novou metodu, která bude dále praktikována a užívána, je pravděpodobné, že bude i nadále upravována a modifikována v návaznosti na zkušenosti a podněty jednotlivých pedagogů. Reakce na využití této metody však byly pozitivní (viz pododdíl 6. v tomto oddíle).

2. Popis a cíle výukové metody

StorED je pedagogický a vzdělávací nástroj, který je zaměřen na podporu a prohlubování *medicínsko-etické erudice*. Ta se má rozvíjet prostřednictvím zlepšování jednotlivých schopností, které jsou spojeny s praxí lékaře či zdravotnického pracovníka (viz níže). Má dojít ke zvýšení orientace mediků, aby v praxi mohli lépe a efektivněji reagovat na sporné a dilematické etické situace, které se v medicínské praxi často vyskytují.

Cílem by mělo být pomoci studentům vnímat etické problémy a etické dilemata a pomoci jim najít vodítko pro řešení jednotlivých konkrétních příkladů na základě kontextu současného stavu lékařské etiky (resp. jeho vývoje k současnému stavu), přijatých etických stavovských norem (promítnutých i do legislativy), zavedených etických institutů a vlastního morálního usuzování. Rozvoj medicínsko-etické erudice zahrnuje lepší pochopení jednotlivých základních etických principů v bioetice, což jsou zejména respekt k autonomii, beneficence, nonmaleficence a spravedlnost, a dále využívání kazuistické metody pro praxi lékařské etiky (tj. zejména využití paradigmatických kazuistik a analogie pro konkrétní případy).

Medicínsko-etickou erudicí se tedy ve shrnutí rozumí, jak již bylo řečeno, odborná etická průprava zaměřená na etická dilemata, se kterými se v praxi mohou lékaři setkávat a obecná připravenost řešit eticky sporné situace v medicínské praxi.

Medicínsko-etická erudice se zaměřuje na podporu následujících schopností mediků:

- : vnímání etického problému, tj. etického dilematu a etického pochybení,
- : pochopení etického problému v kontextu situace,
- : komunikování etického problému s pacientem a jeho osobami blízkými,
- : znalost základních etických principů,
- : zařazení problému v rámci etických hodnot a principů,
- : zvažování řešení při konfliktu jednotlivých principů,
- : aplikace specifických etických institutů na konkrétní případ,
- : využití analogie odkazující na paradigmatické medicínsko-etické případy
- : aplikování kazuistické metody Čtyř rovin,
- : vnímání pacienta jako člověka, nikoliv jako pouhého předmětu zkoumání,
- : hledání cíle léčby ve spolupráci s pacientem prostřednictvím sdíleného rozhodování.

3. Didaktické principy

StorED vychází z některých základních didaktických zásad, které mají napomoci kvalitě výuky a kvalitě získávaných poznatků. Tyto zásady můžeme ve stručnosti shrnout do následujících čtyřech rozepsaných principů:

a) princip vědomé a aktivní účasti studentů na vzdělávacím procesu – základním cílem je zajištění spoluúčasti studentů na procesu vzdělávání, tj. podpoření ochoty se učit a zajistit a udržet tak jejich pozornost. V tomto smyslu je důležité, že je využívána zvláštní forma vyprávění příběhů prostřednictvím profesionálních vypravěčů, kteří mají schopnost přenést napětí na studenty. Dále je důležité také to, že jsou v průběhu výuky v některých jejích fázích podpořeni studenti k samostatné práci tím, že pracují v menších kooperujících skupinách po 3 až 4 studentech. Tím je zajištěna podpora diskuze všech zúčastněných. V jedné z fází jsou také studenti zapojeny do vyhledávání vlastních zdrojů, což má napomoci vlastní výzkumné aktivitě v oblasti lékařské etiky.

b) princip osvojení znalostí a schopností a jejich aplikace – v této metodě jsou využity dříve získané informace z oblasti výuky bioetiky, zejména rozšířený metodický přístup spočívající v principialismu. Principy jsou rozebrány a vysvětleny na konkrétních případech, které jsou představovány v podobě storytellingu. Dochází tak postupnému zapojení znalostí při výuce a zároveň i získání zpětné vazby o teoretických poznatcích.

c) princip propojení teorie s praxí - princip odkazuje na ideu, že vše, co se získá z teoretického hlediska, může být využito na praktické úrovni. Vnitřní motivace studujících by v takovém případě měla být silnější. Princip propojení teorie s praxí tedy předpokládá adekvátní pochopení pojmů a teorií a na straně druhé širokou využitelnost v praxi. StorED využívá nabytých teoretických znalostí a snaží se je uplatnit v praxi kvazireálného příběhu, který má prostřednictvím narace vypravěče přenést posluchače přímo do děje a pokusit se své znalosti uplatnit v praktickém etickém jednání.

d) využití kvazireálných příběhů – napětí a prvek motivace k učení je nutné dostatečně využít prostřednictvím narativních příběhů, které jsou kvazireálné (viz níže). Využívání různých didaktických prostředků (v tomto případě buď živého herce, případně videonahrávky, dále prezentace vyučujícího a vlastní diskuze s kolegy/studenty) napomáhá tomu, že výuka je pestrá a mění svou dynamiku v jednotlivých fázích výuky.

4. Specifické kvazireálné kazuistiky a jejich užití ve výuce

Kvazireálné kazuistiky z českého medicínského prostředí jsou vypracovány zhruba v rozsahu deseti minut. Jejich kvazireálnost značí, že příběhy vycházejí z reálného základu, jsou však anonymizované, modifikované a upravené tak, aby jako základ zůstalo etické dilema, které se v medicínské praxi opakuje. Na základě vlastního příběhu však nemůže dojít k žádnému propojení s reálnými osobami a reálným příběhem (srovnej část týkající se ochrany osobních údajů, část II, kap. 4, oddíl 4.3). Příběhy jsou konstruované tak, aby zůstal reálný etický konflikt (dilema či pochybení), na nějž jsou soustředěny. Cílem metody je, aby se studenti soustředili na reálný etický problém z medicínského prostředí, vnímali

jeho komplexnost a šíří. Narativní prvek vyprávění a rozepsání charakteru jednotlivých postav má pomoci tomu, aby si studenti více než při běžném předkládání výukových kazuistik uvědomovali, že pacient není pouhým objektem, ale je skutečně jedinečnou lidskou bytostí.

V krátkých příbězích se objevují charaktery z medicínského prostředí (pacient, zdravotnický tým, příbuzní pacienta, případně jiné osoby dle kazuistiky), aby bylo poukázáno i na širší perspektivu takových etických problémů vznikajících v medicínské praxi.

Ve výuce byly využity některé ze speciálně vzniklých kazuistiky, které lze nalézt na webu projektu EtikaMedika.cz, konkrétně na tomto odkazu: <https://etikamedika.cz/vystupy/>.

5. Příprava výuky StorED a časový rámec

Lektor výuky by měl být náležitě seznámen s příběhem a jeho rámcem, dále pak s jednotlivými etickými instituty, které se zde vykládají. Jako podklad pro vedení diskuze mu mohou sloužit expertní stanoviska vypracovaná k některým videopříběhům. I ty lze nalézt na webu projektu EtikaMedika.cz.

Délka jedné výukové sekce trvá přibližně 90 minut. Časový rámec je popsán níže v přiložené tabulce:

Minuty	Krátký popis	Co se řeší	Kdo řeší
0	1. krátký úvod, osnova, cíle, úkoly, představení vypravěče	Představení projektu, vysvětlení storytellingu jako metody a metody pro výuky bioetiky	lektor
5	2. přednesení příběhu vypravěčem	Představení konkrétní kazuistiky v narativní podobě	storyteller
15	3. dotazy, upřesnění, objasnění pojmů, pochopení dilematu	Studenti se mohou zeptat na důležité pojmy z oblasti bioetiky. Mohou se ptát na upřesnění příběhu.	lektor a storyteller
		Lektor a Storyteller pouze odpovídá na dotazy, není aktivní v diskuzi.	
20	4. rozdělení do skupin po 3 / 4 studentech, diskuze	Hledání odpovědi na otázku, v čem spočívá dilema / pochybení. Využití metody principialismu.	studenti
		Identifikace subjektů, mezi kterými vznikají konflikty.	
		Identifikace principů, které jsou mezi sebou v rozporu.	
		Identifikace, zda zdravotnický personál jednal správně (eticky, právně)	
		Navržení doporučeného postupu – jak správně jednat jako zdravotnický personál / lékař	

30	5. sdělení vlastních názorů ze strany studentů	Mluvčí skupin navrhnou závěry a možné postupy, na kterých se skupina shodla	studenti (lektor nezasahuje)
		Lektor se snaží vybídnout i jiné studenty k doplnění názorů	
		Hromadná diskuze po představení závěrů jednotlivých skupin	
45	6. teoretické představení metody 4 rovin – vysvětlení	Lektor vysvětlí metodu 4 rovin a krátce odprezentuje příklady.	lektor
55	7. diskuze ve skupinách podle metody 4 rovin	Studenti obdrží vytisknutou metodu 4 rovin a snaží se řešit otázky v ní uvedené	studenti
		Studenti si mohou dohledat zdroje na internetu, odborné články, apod.	
		Na závěr lektor určí skupinám, kterou ze čtyř rovin budou prezentovat	
70	8. shrnutí přístupu 4 rovin a principialismu s lektorem	Lektor na základě debaty doplňuje poznatky a moderuje další diskusi	studenti, moderace lektorem
		Lektor využívá zpracovaných expertních stanoviska a využívá jejich soupis	
		Pokud existuje jeden správný postup, lektor jej shrnuje	
85	9. závěr, informace o odborné literatuře k tématu	Lektor navrhuje další možné otázky a doplňuje odbornou literaturu k studiu	lektor
90	KONEC VÝUKY		

6. zpětné reakce studentů

Zpětné reakce studentů jsou popsány v tabulce v části I, v kapitole 2, v oddíle 2.3 s názvem Pozitivní ohlasy výuky StorEd.

6.3 Test morální kompetence

Lind (2019) spojuje morálku spíše s následováním vlastních norem (tzv. autonomní morálka) než s podřizováním se externím normám (tzv. heteronomní morálka). Tato autonomní morálka se skládá z terminologicky oddělitelných, ale v jednání splývajícího afektivního (tzv. morální orientace) a kognitivního (tzv. morální kompetence) aspektu. Zdá se, že se v morální orientaci příliš nelišíme, když zpravidla usiluje o to, co je v našich očích morálně dobré (Welzel, 2013). K mnohem větším rozdílům však dochází v morální kompetenci, která spočívá v zachovávaní se v souladu s tím, co považujeme za dobré (tzn. nekázat pít vodu a pít víno). I bez hluboké filosofické reflexe lidé s vysokou morální kompetencí mohou nahlásit podvod, i při vědomí toho, že budou čelit nepříjemným důsledkům. Morální kompetenci si lidé většinou neuvědomují a lze ji zkoumat pouze v obtížných morálních dilematech. Morální kompetence je schopnost řešit problémy a konflikty výhradně úvahou a diskusí, bez použití násilí a lsti nebo podřízení se autoritě (Lind, 2019).

Nástroj na posouzení výše morální kompetence Moral Judgment Test (MJT)/Moral Competence Test (MCT) vytvořil Georg Lind, který vychází především z kognitivně-vývojového přístupu založeného na Piagetově a Kohlbergově teorii. U Piageta se inspiroval duální teorií morálního jednání spočívající v morální orientaci a morální kompetenci (Piaget, 1976). Kohlberg tuto kompetenci označuje za *moral judgment competence* a definuje ji jako schopnost činit rozhodnutí a úsudky, které jsou morální (tj. založené na vnitřních principech), a jednat v souladu s těmito úsudky (Kohlberg 1964). Podle Kohlberga (1984) existují tři úrovně morálky (pre-konvenční, konvenční a post-konvenční).

Tento test byl přeložen do několika desítek jazyků (Kriaučiūniene and Lind, 2021) a patří mezi nejpoužívanější v rámci měření morální kompetence (Martin et al., 2022). Zmiňovaný nástroj byl publikován v roce 1976 pod původním názvem *Moralisches Urteil-Test* (MUT), resp. *Moral Judgement Test* (MJT) a k jeho přejmenování na současný název *Moralische Kompetenz Test* (MKT), resp. *Moral Competence Test* došlo v roce 2014. Lind se rozhodl nahradit posouzení (*judgement, Urteil*) termínem kompetence (*competence, Kompetenz*), aby předešel nedorozumění, které původní posouzení nevhodně spojovalo s reflexí jednání (Lind, 2019).

MCT vychází z Lindovy Teorie dvou aspektů (*Dual-aspect theory*), která se skládá z kognitivního a afektivního aspektu. Z kognitivního hlediska C-skóre (skóre kompetence) získané z MCT odráží schopnost účastníků hodnotit argumenty podle jejich morální kvality. Z hlediska afektivního aspektu MCT odráží postoje osob ke každému ze šesti typů morálního uvažování. Preference šesti typů je hodnocena tak, aby bylo možné testovat kritéria hierarchického uspořádání těchto typů a afektivně-kognitivní paralelismus (Lind, 2019).

Tento test hodnotí morální kompetence jedince, i když je určen především spíše pro skupinové hodnocení (Lind, 2019). Prostřednictvím tohoto nástroje lze hodnotit nejen růst morálních kompetencí, ale i případnou regresi. MCT je koncipován jako třífaktorový ($6 \times 2 \times 2$) $N = 1$ experimentální design. Jeho faktory jsou následující: Morální kvalita argumentů (šest typů morálního uvažování inspirovaných Kohlbergem), faktor Názor-souhlas s argumenty (dva typy pro-proti, tj. orientace na souhlas/nesouhlas s danými argumenty podle probanda) a faktor Dilema-kontext argumentů (dva typy dilematu, tj. orientace na obsah příběhů).

Standardní verze MCT obsahuje dva scénáře (Dělnické dilema a Doktorské dilema), v nichž se hodnotí kvalita argumentů na podporu nebo proti těmto scénářům. Každé dilema ve formě příběhu tak umožňuje hodnotit celkem 12 argumentů, z nichž 6 je na podporu a 6 proti příběhovému dilematu. Každý z těchto argumentů se skládá ze všech tří výše uvedených faktorů. Ačkoli spolu morální uvažování a morální kompetence souvisejí, jedná se o odlišné konstrukty (Miranda-Rodríguez et al., 2023). Skóre MCT (C-skóre) zohledňuje celkové skóre všech odpovědí v testu a jejich variabilitu napříč šesti typy morálního uvažování, přičemž u obou dilemat jsou pro každý typ uvedeny čtyři argumenty (tj. dva argumenty pro a dva proti). C-skóre kvantifikuje podíl variability jednotlivých odpovědí, který lze vysvětlit schopností jedince posoudit argumenty z hlediska jejich morální kvality. C-skóre se pohybuje od 0 do 100. U MCT existuje 720 kombinací.

Tento test lze zadávat dětem od 10 let, pokud již mají osvojenou schopnost číst. Vyplňování testu obvykle trvá okolo 8 až 15 minut, ačkoliv součástí zadání není stanovený časový limit. Tento test by se neměl používat pro jednotlivce, nýbrž pro celé skupiny (viz část II, kapitola 6, oddíl 6.3, pododdíl 1), příp. opakovaně před a po intervenci, u které se předpokládá, že by mohla mít vliv na C-skóre, resp. morální kompetenci (viz část II, kapitola 6, oddíl 6.3, pododdíl 2). Lind (2019) předpokládá, že pro život ve svobodné společnosti je vhodné mít C-skóre alespoň 20, protože nad touto hodnotou se výrazně snižuje potřeba externí kontroly.

Pro posouzení empirické validity MJT/MCT Lind (2019) uvádí pět hypotéz:

- 1) **Nezflašovatelnost** (*nonfakeability*) – morální kompetenci nelze uměle navýšit (Lind 2002; Wasel 1994).
- 2) **Hierarchie preferencí** (*preference hierarchy*) – z šesti Kohlbergem inspirovaných typů morálního zdůvodňování participantů preferují vyšší před těmi nižšími.

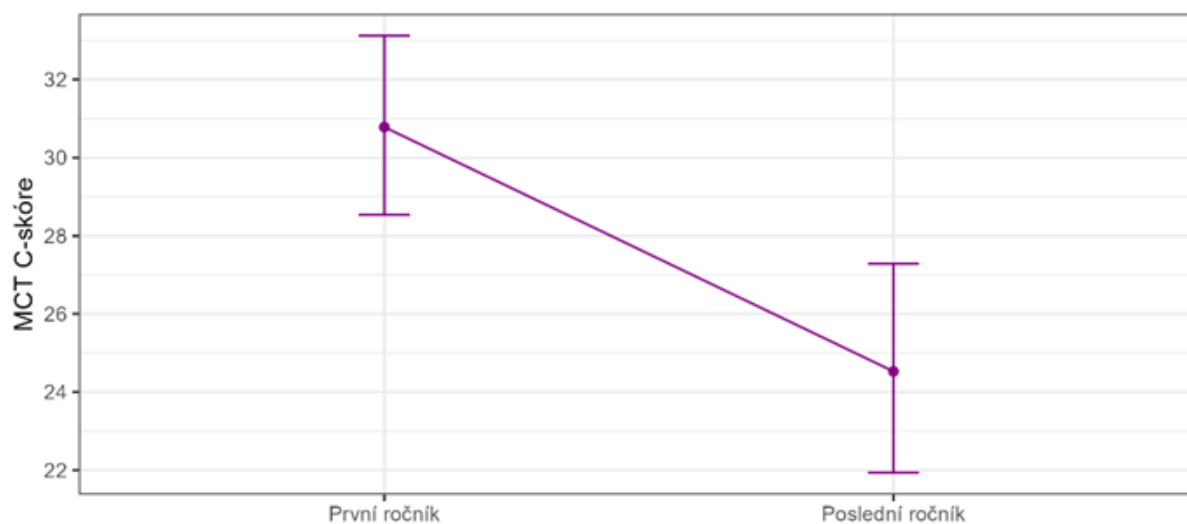
- 3) **Simplexní struktura** (*simplex-structure*) – sousední typy morálního zdůvodňování korelují se sebou více než s vzdálenějšími typy.
- 4) **Afektivně-kognitivní paralelismus** (*affective-cognitive parallelism*) – čím je vyšší morální kompetence participanta, tím více upřednostňuje vyšší typy morálního zdůvodňování.
- 5) **Vyloučení jiných než morálních narážek** (*ruling out non-moral hints*) – argumenty jsou psané tak, aby v nich nebyla lingvistická vodítka.

6.3.1 Test morální kompetence v průběhu studia medicíny

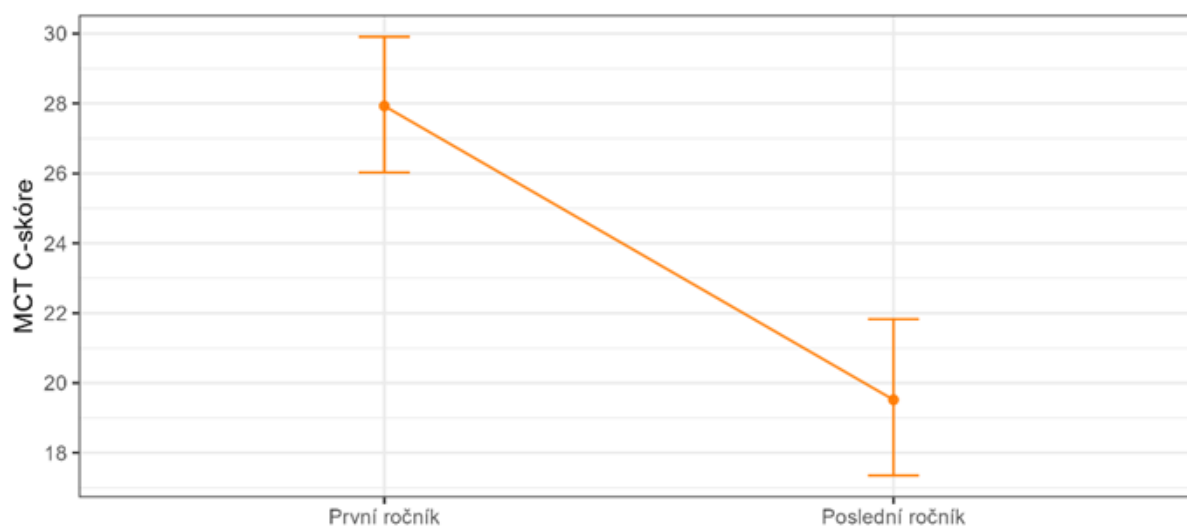
Georg Lind v roce 2000 využil MJT při longitudinálním testování německých mediků (Lind, 2000) s tím výsledkem, že oproti prvnímu ročníku v závěru studia dochází u mediků v posledním ročníku ke stagnaci morální kompetence. Naproti tomu u studentů jiných oborů v posledním ročníku (např. psychologie) dochází ve srovnání s prvním ročníkem ke zvýšení morální kompetence. Lind (2000) odmítá, že by se jednalo o tzv. *ceilling effect*, který by předpokládal, že morální kompetence je u mediků již tak vysoká, že by nebylo možné ji dále zvyšovat.

V dalších studiích, které se zaměřovaly na testování morální kompetence u studentů medicíny, dokonce dochází k poklesu této kompetence u mediků v závěrečných ročnících studia ve srovnání se studenty prvního ročníku (Schilinger 2006; Slováčková & Slováček, 2007; Hren et al., 2011; Hegazi & Wilson 2013; Feitosa et al. 2013; Abassi et al., 2017; Nowak et al., 2021). V souladu s těmito zjištěními jsme prostřednictvím MCT zjistili na studentech medicíny na 2. LF UK v Praze (**GRAF 1**) i na LF UP v Olomouci (**GRAF 2**) pokles morální kompetence u pátého ročníku ve srovnání se studenty prvního ročníku.

GRAF 1 – 2. LF UK v Praze – srovnání 1. a 5. roč.

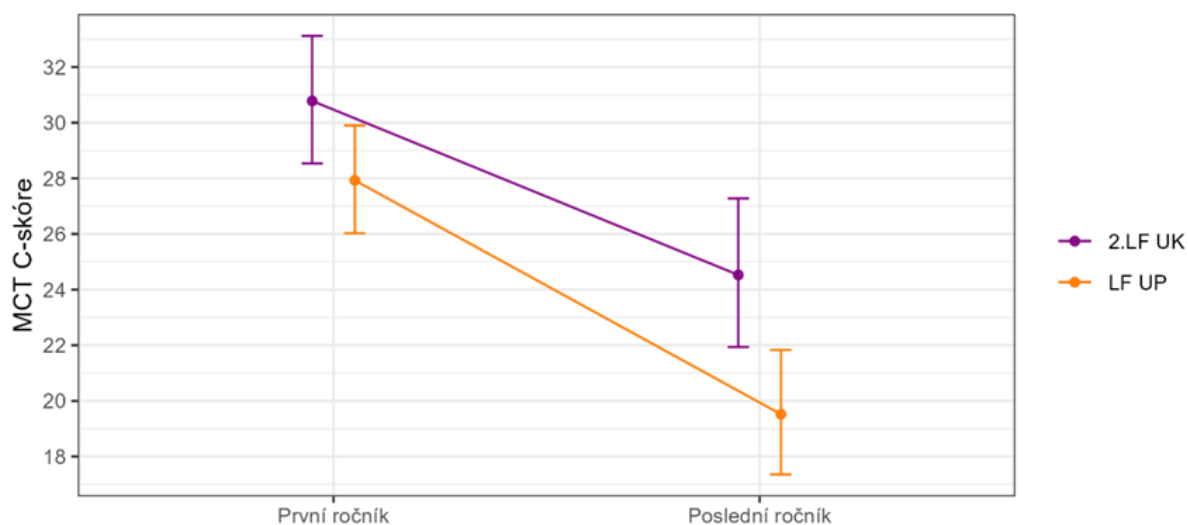


GRAF 2 – LF UP Olomouc – srovnání 1. a 5. roč.



Tento pokles morální kompetence v průběhu studia medicíny je nejvíce patrný právě při srovnání prvních a posledních ročníků (Hegazi & Wilson 2013). Ačkoliv tento trend vykazují i naše data z 2. LF UK v Praze a z LF UP v Olomouci, tak se mezi sebou statisticky významně liší v tom, že medici z 2. LF UK dosáhli v průměru o 3,61 více bodů v C-skóru (**GRAF 3**). Na druhou stranu v celém souboru se neprokázal statisticky významný vliv pohlaví (ženy, muži) ani religiozity (považujete se za věřícího člověka: ano, spíše ano, spíše ne, ne).

GRAF 3 – Srovnání 2. LF UK v Praze a LF UP v Olomouci



Tento regres morální kompetence u mediků se pokouší objasnit celá řada autorů. Často uvádějí idealismus a humanitní zaměření na začátku studia, zatímco ve vyšších ročnících jsou medicí pragmatičtější a méně idealističtí (Hegazi & Wilson 2013) nebo jsou vyčerpaní, pod tlakem a vyskytují se u nich depresivní epizody a krize (Nowak et al., 2021) či dochází k poklesu empatie a zvýšení cynismu (Self et al., 1993). Na snížení morální kompetence ve vyšších ročnících u mediků oproti humanitním oborům může mít vliv také absence skrytého kurikula (Hren et al., 2011; Feitosa et al., 2013).

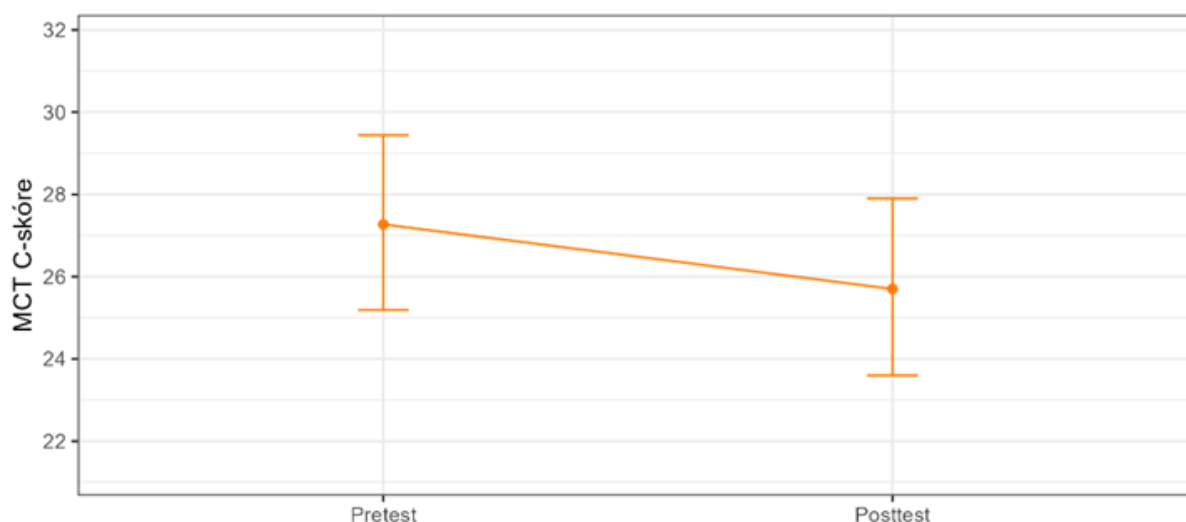
Za další důvod poklesu morální kompetence u mediků ve vyšších ročnících považují Hegazi a Wilson (2013) fenomén označovaný za morální segmentaci, kdy dochází k nerovnoměrnému poklesu C-skóru při srovnání obou dilemat, zejména u Doctor's Dilemma. Morální segmentace by tak mohla přispívat k celkovému poklesu *moral (judgment) competence*. Naše výsledky tento trend sice potvrdily, ale tyto rozdíly nejsou statisticky významné a není tedy možné tento pokles C-skóru u mediků ve vyšších ročnících přisuzovat výhradně tomuto fenoménu (**GRAF 3**).

K této morální segmentaci může přispívat i náboženství (Feitosa et al., 2013), což může podporovat tvrzení, že morální kompetence není pouze individuální kategorie, ale je ovlivněna i socio-kulturními faktory. V této linii lze i interpretovat rozdíly v morální kompetenci ve vztahu k pohlaví, kdy muži měli C-skóre nižší než ženy, a u mužů byl vztah C-skóre k religiozitě pozitivní, ale u žen byl negativní. (Biggs and Colesante, 2015).

6.3.2 Zvyšování morální kompetence

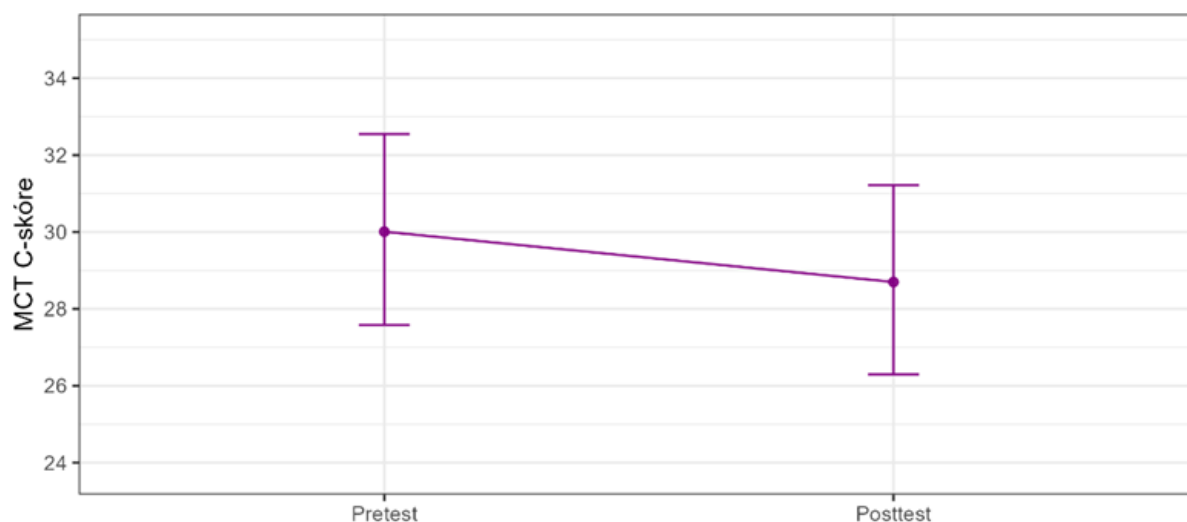
Existují také snahy zvyšovat morální kompetenci u mediků a studentů zdravotnických oborů. Je možné se setkat s dílčími úspěchy při zvyšování morální kompetence, ačkoliv pokud je nám známo, tak žádná intervence u mediků nevedla k statisticky významnému zvýšení morální kompetence. Nowak et al. (2021) uvádí zlepšení o 6,4 bodů v C-skóre u 109 polských studentů zdravotnických oborů při využití problem-based learning. Na druhou stranu podle Gomes and Rego (2011) problem-based learning není vhodná metoda pro zvyšování morální kompetence. Podle Zhao et al. (2020) je vhodné kombinovat problem-based learning zdůrazňující iniciativu studenta a case-based learning podporující tuto iniciativu na základě dopředu vytvořených otázek ze strany učitele. Kombinaci problem-based learning a case-based learning lze úspěšně využívat v lékařském vzdělávání, jak to například potvrzuje Zhao et al. (2020) v chirurgii štítné žlázy. Výsledky z testování před a po výuce využívající především kombinaci problem-based learning a case-based learning na LF UP v Olomouci neukazují žádný statisticky významný rozdíl v morální kompetenci (**GRAF 4**).

GRAF 4 – LF UP v Olomouci – srovnání u 1. roč. pre- a post- test



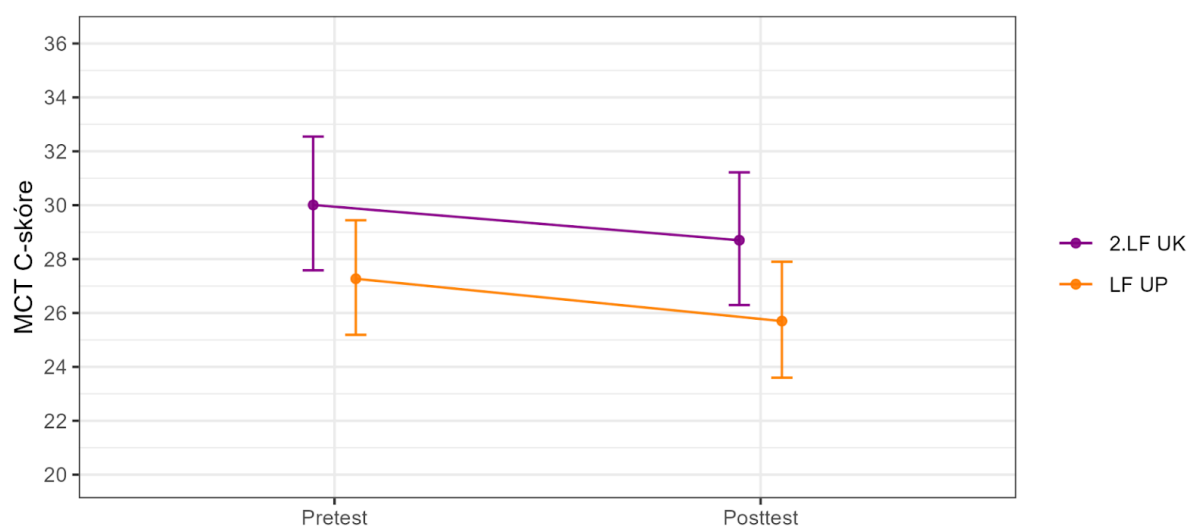
Mezi další nástroje na zvyšování morální kompetence patří Konstanz Method of Dilemma Discussion (KMDD), který vyvinul Lind (2019). Lerkiatbundit et al. (2006) uvádí zvýšení morální kompetence za využití této metody oproti kontrolní skupině u thajských studentů zdravotnických oborů a Serodio et al. (2016) u brazilských mediků. Pro zvyšování morální kompetence je důležité dbát na vhodné učební prostředí, kde významnou roli hraje převzetí rolí (*role-taking*) a řízená reflexe (*guided reflection*) (Schillinger, 2006) a zvláště, když studenti přebírají odpovědnost v obou těchto dimenzích (Lind, 2019). KMDD je certifikovaná metoda s detailním popisem průběhu. Ani využití výuky inspirované KMDD na 2. LF UP v Praze nevedlo k statisticky významnému rozdílu v morální kompetenci (**GRAF 5**).

GRAF 5 – 2. LF UK v Praze – srovnání u 1. roč. pre- a post- test



Neúspěch výuky inspirované KMDD na zvýšení morální kompetence v naší studii může být způsobený tím, že dosud žádný z vyučujících na 2. LF UK v Praze a LF UP v Olomouci nedokončil výcvik v KMDD. Hemmerling (2014) uvádí, že i pouhé jedno sezení s KMDD přineslo pozitivní efekt u populace německých vězňů a udržitelný efekt lze dosáhnout při třech 90 minutových sezeních. Naše studie je také v souladu s dalšími studiemi (**GRAF 6**), že klasická výuka etiky u mediků nevede ke zvyšování morální kompetence (Serodio et al., 2016; Friedman et al., 2017; Martins et al., 2021).

GRAF 6 – celkové srovnání u 1. roč. pre- a post- test



7. Seznam příloh

- 1 – Nový Tázací arch
- 2 - Souhlas etické komise – Olomouc
- 3 - Souhlas etické komise – Praha
- 4 - Původní Tázací arch
- 5 - Popis metod
- 6 - Bioetické pojmy
- 7 - Metodický návod k postupu výzkumníků při anonymizaci osobních údajů a dalších informací s ohledem na zásady ochrany osobních údajů
- 8 - Pokyny pro zpracování kazuistiky pro studenty 3. ročníku 2. LF UK
- 9 – Vzor zpracované kazuistiky pro studenty 3. ročníku 2. LF UK

8 – Literatura k jednotlivým kapitolám

1. kapitola:

BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James Franklin. Principles of biomedical ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019.

COPP, et al. The Oxford Handbook of Ethical Theory. New York: Oxford University Press, 2006.

CULVER, Charles – GERT, Bernard. Philosophy in Medicine. New York: Oxford University Press, 1982.

DWIVEDI, K. N. The Therapeutic Use of Stories. London and New York: Routledge, 1997.

FAIRCHILD, Acadia. The role of compassion in ethical frameworks and medical practice. *Clinical Ethics*. 2020, vol. 0, no. 0, s. 1-5.

FERREIRA-PADILLA, G., et al. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going?. *Croatian medical journal*. 2015, vol. 56, no. 3, s. 311–314.

GERT, Bernard - CULVER, Charles - CLOUSER, Danner. 2006. Bioethics: A Return to Fundamentals. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2006.

HEGAZI, I. – WILSON, I. Medical education and moral segmentation in medical students. *Medical Education*. 2013, vol. 47, no. 10, s. 1022-1028.

HEMMERLING, Kay. *Morality behind bars: an intervention study on fostering moral competence of prisoners as a new approach to social rehabilitation*. Frankfurt am Mein: Peter Lang, 2014.

HIPPOKRATÉS. BARTOŠ, Hynek – FISCHEROVÁ, Sylva (ed.). Vybrané spisy. Praha: Oikoymenh, 2012.

CHLOPAN, B. et al. (1985). Empathy: Review of available measures. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985, vol. 48, no. 3, s. 635–653.

CHOUDHARY, A. – GUPTA, V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied Basic Medical Research*. 2015, vol. 5, no. 1, s. 41-44.

JEFFREY, David. Empaty, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problém? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016, vol. 109, no. 12, s. 446-452.

JONSEN, Albert R. – TOULMIN, Stephen. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press, 1988.

JONSEN, Albert R. – SIEGLER, Mark – WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2019.

KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Johns Hopkins Paperbacks ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.

KERASIDOU, Angeliki et al. The need for emphatetic healthcare systems. *Journal of Medical Ethics*. 2020, vol. 47, no. 27, s. 1-5.

LIND, George. Are Helpers Always Moral? Empirical Findings from a Longitudinal Study of Medical Students in Germany. In: COMMUNIAN, A. L. – GHIELEN, U., eds. *International Perspectives on Human Development*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2000, s. 463–477.

LIND, George. *Ist moral lehrbar? Ergebnisse der modernen moralpsychologischen Forschung*. Berlin: Logos Verlag 2002.

LIND, George. *How to teach moral competence*. Berlin: Logos 2019.

NEUMANN, D. L. et al. Measures of empathy: Self-report, behavioral, and neuroscientific approaches. In BOYLE, G. J. - SAKLOFSKE, D. H. - MATTHEWS, G. eds. *Measures of personality and social psychological constructs*. Elsevier Academic Press, 2015, s. 257-289.

NEVES FEITOSA, H. et al. Moral judgment competence of medical students: a transcultural study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013, vol. 18, no. 5, s. 1067-1085.

PELLEGRINO, Edmund D. – THOMASMA, David C. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press, 1993.

PERSSON, Ingmar – SAVULESCU, Julian. The Moral Importance of Reflective Empathy. *Neuroethics*. 2018, vol. 11, s. 183-193.

REINICKE, Martina. Inclusion as a Moral Challenge: the Potential of the Konstanz Method of Dilemma Discussion® (KMDD®). *AMUR*, 2017, vol. 4, no. 1, s. 88-101.

SCHILLINGER, M. *Learning Environment and Moral Development: How University Education Fosters Moral Judgment Competence in Brazil and Two German-Speaking Countries*. Aachen: Shaker Verlag 2006.

SLOVÁČKOVÁ, B. – SLOVÁČEK, L. Moral Judgement Competence and Moral Attitudes of Medical Students. *Nursing Ethics*. 2007, vol. 14, no. 3, s. 320-328.

STRAUSS, C. et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinical psychology review*. 2016, vol. 47, no. 1, s. 15-27.

SUSTERSIC, M., et al. A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PLoS One*. 2018, vol. 13, no. 2, s. e0192306.

ZILL, J. M., et al. Measurement of physician-patient communication--a systematic review. *PloS one*. 2014, vol. 9, no. 12, s. e112637.

ZULUETA, Paquita C. Suffering, compassion and 'doing good medical ethics'. *Journal of Medical Ethics*. 2020, vol. 41, no. 5, s. 87-90.

2. kapitola

BELLIER, Alexandre, et al. Validity and reliability of standardized instruments measuring physician communication and interpersonal skills in video-recorded medical consultations – A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2023, vol. 111, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399123000885?via%3Dihub>.

CUFFY, C., et al. (2020). Measuring the quality of patient-physician communication. *Journal of biomedical informatics*. 2020, vol. 112, s. 1-13.

FLEETWOOD, Janet et al. A Computer-Based Learning Program in Medical Ethics and Communication Skills, Teaching and Learning in Medicine. *MedEthEx Online*. 2000, vol. 12, no. 2, 96-104.

HEGAZI, I. – WILSON, I. Medical education and moral segmentation in medical students. *Medical Education*, 2013, vol. 47, no. 10, s. 1022-1028.

HELKAMA, Klaus et al. Moral Reasoning and Values in Medical School: A longitudinal study in Finland. Scandinavian Journal of Educational Research. *Scandinavian Journal of Education Research*. 2003, vol. 47, s. 399-411.

HOWICK, J. et al. Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Medical Education*. 2023, vol. 23, no. 270, s. 1-13.

HREN, D., et al. Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PloS one*. 2011, vol. 6, no. 3, s. e17406.

CHEN, D. C. R., et al.. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*. 2012, vol. 34, no. 4, s. 305-311

JONES, Roger. (2002). Declining altruism in medicine. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2002, vol. 324, s. 624-625.

JONSEN, Albert R. – SIEGLER, Mark – WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2019.

KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika: studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*. Praha: Filosofie, 2020.

LERKIATBUNDIT, S. et al. Impact of the Konstanz method of dilemma discussion on moral judgment in allied health students: a randomized controlled study. *Journal of Allied Health*. 2006, vol. 35, no.2, s. 101–108.

NEUMANN, M. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011, vol. 86, no. 8, s. 996–1009.

NOWAK, E., et al. Giving Moral Competence High Priority in Medical Education. New MCT-based Research Findings from the Polish Context. *Ethics Program*. 2021, vol. 12, no. 1, s. 104–133.

PATENAUDE, J. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ*. 2003, vol. 168, no. 7, s. 840-844.

SERODIO, A., et al. The promotion of medical students' moral development: a comparison between a traditional course on bioethics and a course complemented with the Konstanz method of dilemma discussion. *International Journal of Ethics Education*. 2016, vol. 1, no. 1, s. 81–89.

SCHILLINGER, M. *Learning Environment and Moral Development: How University Education Fosters Moral Judgment Competence in Brazil and Two German-Speaking Countries*. Aachen: Shaker Verlag 2006.

SLOVÁČKOVÁ, B. Morální kompetence a morální postoje u studentů lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. *Psychiatrie*. 2001, vol. 5, s. 74-79.

SLOVÁČKOVÁ, B. – SLOVÁČEK, L. Moral Judgement Competence and Moral Attitudes of Medical Students. *Nursing Ethics*. 2007, vol. 14, no. 3, s. 320-328.

ZIELINA, et al., Moral competence decreases in medical students despite interventions in medical ethics curriculum, 2023. v recenzním řízení.

ZILL, J. M., et al. Measurement of physician-patient communication--a systematic review. *PloS one*. 2014, vol. 9, no. 12, s. e112637

3. kapitola

BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BRODY, Howard. *The Healer's Power*. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1992.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977, vol. 196, no. 4286, s. 129-136.

FRANK, A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

HEIDARI, A. Teaching medical ethics: problem-based learning or small group discussion? *Journal of Medical Ethics. History of Medicine*. 2013, vol. 6, no. 1.

HELD, Virginia. *The ethics of care: personal, political, and global*. New York: Oxford University Press, 2006.

HEMMERLING, Kay. *Morality behind bars: an intervention study on fostering moral competence of prisoners as a new approach to social rehabilitation*. Frankfurt am Mein: Peter Lang, 2014.

HIPPOKRATÉS. BARTOŠ, Hynek – FISCHEROVÁ, Sylva (ed.). *Vybrané spisy*. Praha: Oikoymenh, 2012.

CHARON, Rita et al. 1996. Literature and Ethical Medicine: Five Cases from Common Practice. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1996, vol. 21, 3, no. 243-265.

JONSEN, Albert R. Casuistry as methodology in clinical ethics. *Theoretical medicine*. 1991, vol. 12, no. 4, s. 295-307.

KOHLBERG, L. (1976). Moral Stages and Moralization: The Cognitive-Development Approach. In LICKONA, T. (Ed.), *Moral Development and Behavior: Theory and Research and Social Issues*. New York, NY: Holt, Rinehart, and Winston, s. 31-53.

LIND, George. *How to teach moral competence*. Berlin: Logos 2019.

LINDEMANN NELSON, Hilde. Four Narrative Approaches to Bioethics. In: KHUSHF, George, ed. *Handbook of bioethics: taking stock of the field from a philosophical perspective*. Boston: Kluwer Academic, 2004.

MCCULLOUGH, Laurence. *Thomas Percival's Medical Ethics and the Invention of Medical Professionalism With Three Key Percival Texts, Two Concordances, and a Chronology*. Cham: Springer, 2022.

MCLEAN Susan, F. Case-Based Learning and its Application in Medical and Health-Care Fields: A Review of Worldwide Literature. *Journal of Medical Education*. 2016, vol. 3, s. 20377.

NUSSBAUM, M. C. *Love's Knowledge*. New York: Oxford University Press, 1992.

PIAGET, J. *The Moral judgment of the child*. New York: Free Press, 1965.

SRINIVASAN, M., et al. Comparing problem-based learning with case-based learning: effects of a major curricular shift at two institutions. *Academic Medicine*. 2007, vol. 82, no. 1, s.74-82.

4. kapitola

JONSEN, Albert R. – SIEGLER, Mark – WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2019.

IVANOVÁ, K. – LEMROVÁ, A. Eticky sporné situace současné medicíny v ČR. Sociologicky?. Společnost v sociologické perspektivě, 2022, s. 4-4.

5. kapitola

BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019.

JONSEN, Albert R. – TOULMIN, Stephen. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press, 1988.

ŠKODA, J. – IVANOVÁ, K. Etická dilemata u infaustních prognóz: empirická studie. *Geriatric a Gerontologie*. 2021, vol. 10, no. 4, s. 210-215

VEATCH, Robert M. Resolving Conflicts Among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1995, Vol. 5, No. 3, s. 199–218.

6. kapitola

ABBASI, W. G. et al. Effect of medical education on the moral competence of medical students. *Proceeding of the 4th International Conference on Arts and Humanities*. 2017, vol. 4, no. 1, s. 127-140.

BARROWS, H. S. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. *New directions for teaching and learning*. 1996, vol. 68, s. 3-12.

BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019.

BIGGS, D. A. - COLESANTE, R. J.. The Moral Competence Test: An examination of validity for samples in the United States. *Journal of Moral Education*. 2015, vol. 44, no. 4, s. 497–515.

BLIGH, J. *Problem based, small group learning*. *BMJ*. 1995, 311.7001, s. 342-343.

DICKINSON, B. L., LACKEY, W., SHEAKLEY, M., MILLER, L., JEVERT, S. and B. SHATTUCK. Involving a real patient in the design and implementation of case-based learning to engage learners. *Advances in physiology education*. 2018, vol. 42, no. 1, s. 118-122.

DOLEŽAL, Adam. Úvod do kazuistické metody (casuistry) a její užití v klinické etice. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*. 2023, vol. 12, no. 2, s. 65-78.

DOLEŽAL, Tomáš – DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví. Právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023.

ESHACH, H. and H. BITTERMAN. From Case-based Reasoning to Problem-based Learning. *Academic medicine*. 2003, vol. 78, no. 5, s. 491-496.

FRIEDMAN, Naomi P. – MIYAKE, Akira. Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*. 2017, vol. 86, no. 1, s. 186-204.

GIBSON, William M. Can Personalized Medicine Survive? *Canadian Family Physician*. 1971, Vol. 17, No. 8, s. 29–88.

GOMES, A. P. - REGO, S. Transformation of medical education: can a new physician be trained based on changes in the teaching-learning method? *Rev. bras. educ. med.* 2011, vol. 35, no. 4, s. 557–566.

HEGAZI, I. – WILSON, I. Medical education and moral segmentation in medical students. *Medical Education*. 2013, vol. 47, no. 10, s. 1022-1028.

HEMMERLING, Kay. *Morality behind bars: an intervention study on fostering moral competence of prisoners as a new approach to social rehabilitation*. Frankfurt am Mein: Peter Lang, 2014.

HOLDEN, B., J., BURNETT, A., H. and P. VIVEKANANDA-SCHMIDT. Case-based learning: Integrating medical ethics and law into clinical practice. *Education for primary care: an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors*. 2014, vol. 25, no. 5, s. 283-287.

HREN, D., et al. Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *PloS one*. 2011, vol. 6, no. 3, s. e17406.

IRAMANEERAT, Ch. Moral education in medical schools. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2006, vol. 89, no. 11, s. 1987-1993.

JONSEN, Albert R. - SIEGLER, Mark - WINSLADE, William J. *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2019.

JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., AZEEM K. and TUČKOVÁ D. Teaching Communication with Disabled Patients Using Case-Based Learning – Experience from practice. In: DOMENECH, J., MERELLO, P., POZA, E. (eds.). *7th International Conference on Higher Education Advances (HEAD'21)*, 2021, s. 243-251. ISSN 2603-5871. ISBN 978-84-9048-975-8 (print version). DOI: <http://dx.doi.org/10.4995/HEAD21.2021.13621>.

KOHLBERG, L. Development of Moral Character and Moral Ideology. In: HOFMANN, M.L. - HOFMANN, L.W., Eds., *Review of Child Development Research*. New York: Russell Sage Foundation,

KOHLBERG, L. *The Psychology of moral developmen* (Vol. II). Michigan: Harper & Row, 1984.

KOLODNER, J., L., HMELO, C. E. and N., H. NARAYANAN. Problem-based learning meets case-based reasoning. 1996.

KRIAUCIŪNIENE, R. - LIND, G. Validation of the Lithuanian Version of Moral Competence Test and Application of KMDD in Language Teaching / Learning Process at Vilnius University, Lithuania. *Ethics in Progress*. 2021, vol. 12, no. 1, s. 6-14.

LERKIATBUNDIT, S., et al. Impact of the Konstanz method of dilemma discussion on moral judgment in allied health students: a randomized controlled study. *Journal of allied health*, 2006, vol. 35, no. 2, s. 101–108.

LIND, George. Are Helpers Always Moral? Empirical Findings from a Longitudinal Study of Medical Students in Germany. In: COMMUNIAN, A. L. – GHIELEN, U., eds. *International Perspectives on Human Development*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2000, s. 463–477.

LIND, Georg. *How to teach Moral Competence*. Berlin: Logos Verlag Berlin, 2019.

LIND, Georg. *How to teach morality: promoting deliberation and discussion, reducing violence and deceit*. Berlin: Logos Verlag Berlin, 2016.

LIND, Georg. The Dual Aspect Model of Moral Behavior: An Experimental Test of Piaget's Theory of Affective-Cognitive Parallelism. *Schème. Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*. 2013, vol. 5, s. 4-39.

MARIUS-COSTEL, Esi. The didactic principles and their applications in the didactic activity. *Sino-US English Teaching*. 2010, vol. 7, no. 9, s. 24-34.

MARTIN, D. et al. The notion of moral competence in the scientific literature: a critical review of a thin concept. *Ethics and Behavior*. 2023, vol. 33, no. 6, s. 461-489.

MARTINS, V. S. M. et al. The Teaching of Ethics and the Moral Competence of Medical and Nursing Students. *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy*. 2021, vol. 29, no. 2, s. 113-126.

MIRANDA-RODRÍGUEZ, Rubén Andrés et al. Moral reasoning and moral competence as predictors of cooperative behavior in a social dilemma. *Scientific reports*. 2023, vol. 13, no. 1, s. 3724.

NEVES FEITOSA, H. et al. Moral judgment competence of medical students: a transcultural study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013, vol. 18, no. 5, s. 1067-1085.

NOWAK, E., et al. Giving Moral Competence High Priority in Medical Education. New MCT-based Research Findings from the Polish Context. *Ethics Program*. 2021, vol. 12, no. 1, s. 104–133.

PIAGET, J. The Affective Unconscious and the Cognitive Unconscious. In INHLEDER, H. H. C. B, ed. *Piaget and His School*. New York, Heidelberg, Berlin: Springer, 1976. s. 63-71.

RAMSEY, Paul. *The patient as person: explorations in medical ethics*. New Haven: Yale University Press, 1970.

ROTHMAN, David J. *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*. New York, N. Y.: BasicBooks, 1991.

SELF, D. J. et al. (1993). The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Medical education*. 1993, vol. 27, no. 1, s. 26–34.

SERODIO, A., et al.. The promotion of medical students' moral development: a comparison between a traditional course on bioethics and a course complemented with the Konstanz method of dilemma discussion. *International Journal of Ethics Education*. 2016, vol. 1, no. 1, s. 81–89.

SCHILLINGER, M. *Learning Environment and Moral Development: How University Education Fosters Moral Judgment Competence in Brazil and Two German-Speaking Countries*. Aachen: Shaker Verlag, 2006.

SLOVÁČKOVÁ, B. – SLOVÁČEK, L. Moral Judgement Competence and Moral Attitudes of Medical Students. *Nursing Ethics*. 2007, vol. 14, no. 3, s. 320-328.

SRINIVASAN, M., et al. Comparing problem-based learning with case-based learning: effects of a major curricular shift at two institutions. *Academic Medicine*. 2007, vol. 82, no. 1, s.74-82.

THIEL, C. E., CONNELLY, S., HARKRIDER, L., DEVENPORT, L. D., BAGDASAROV, Z., JOHNSON, J. F. and M., D. MUMFORD. Case-based knowledge and ethics education: Improving learning and transfer through emotionally rich cases. *Science and engineering ethics*. 2013, vol. 19, no. 1, s. 265-286.

TUČKOVÁ, D., IVANOVÁ, K. a A. LEMROVÁ. Problem-based learning a case-based learning jako diaktické metody ve výuce lékařské etiky. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-3077-1.

TYSINGER, J. W., KLONIS, L. K., SADLER, J. Z. and J., M. WAGNER. Teaching ethics using small-group, problem-based learning. *Journal of Medical Ethics*. 1997, vol. 23, no. 5, s. 315-318.

VORÁČOVÁ, Barbora a kol. *Storytelling, aneb, Cesta do příběhu*. Praha: Pasparta, 2022.

ZHAO, W., et al. The effectiveness of the combined problem-based learning (PBL) and case-based learning (CBL) teaching method in the clinical practical teaching of thyroid disease. *BMC medical education*. 2020, vol. 20, no. 1, s. 381.

Příloha 1. Nový Tázací arch

Projekt

Zvyšování morální kompetence v medicíně
TL05000114



Jste: muž / žena / vlastní / nepřeji si uvést

Váš věk: _____

Vaše specializace: _____ a v ní doba praxe: _____

Kraj, ve kterém pracujete: _____

Poskytovatel zdravotních služeb, u kterého pracujete:

Ambulantní / nemocniční / následná / lázeňská *

Velikost poskytovatele dle počtu lůžek: 0-500 / 501-1000 / více než 1000 * *

odpověď zakroužkujte nebo zaškrtněte

Veškeré údaje budou anonymizovány – viz příložený Informovaný souhlas.

**POPIŠTE, PROSÍM, ZKUŠENOST NEBO SITUACI Z VAŠÍ
LÉKAŘSKÉ PRAXE, KTEROU LZE OZNAČIT ZA ETICKY
SPORNOU?**

**T A
Č R**

Tento projekt je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA.

www.tacr.cz

Výzkum užitečný pro společnost.

1/4

A: MEDICÍNSKÉ INDIKACE

Souhrn chorobopisu

1. Jaký byl pacientův medicínský problém (souhrn epikrízy, včetně relevantních komorbidit) a jak byl závažný (akutní/chronický...)?
2. Anamnestické údaje pacienta
(OA – věk, pohlaví RA – rodiče, sourozenci; SA – vzdělání, pracovní zařazení)
3. Jaké byly cíle léčby (vycházející z medicínské indikace)?
4. Existovaly různé léčebné postupy, mezi kterými bylo možné se rozhodovat/volit? Jaké?
5. Zdůvodněte, proč si myslíte, že jde o eticky spornou kazuistiku (v krátkosti popište a zvýrazněte eticky sporná rozhodnutí):

B: PREFERENCE PACIENTA

6. Byly pacientovi sděleny informace v dostatečné míře a vhodným, přiměřeným způsobem?
ANO / NE
7. Porozuměl pacient sdělovaným informacím?
8. Projevil pacient svá přání, úmysly nebo preference ohledně léčby?
9. Byl v daném okamžiku s ohledem na svůj zdravotní stav schopen vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb?
10. Byl pacient soudním rozhodnutím omezen ve svéprávnosti? Byl pacientovi soudem ustanoven opatrovník?

11. Určil pacient osobu, která za něj bude rozhodovat v případě, kdy s ohledem na svůj zdravotním stav není schopen udělit informovaný souhlas?
12. Pokud se pacient ocitl ve zdravotním stavu, ve kterém není schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, vyjádřil svoje preference někdy dříve? Vyjádřil tyto preference právem uznanou formou dříve vysloveného přání?
13. Mohl pacient spolupracovat? Byl ochoten pacient spolupracovat?
Pokud ne proč?

C: KVALITA ŽIVOTA

14. Jaké byly očekávané přínosy léčby?
15. Jaké vyhlídky k návratu k jeho normálnímu/běžnému životu má pacient s léčbou a bez léčby?
Jaké fyzické, psychické a sociální deficity bude pacient mít, i když bude léčba úspěšná?
16. Vystávaly nějaké etické otázky při posuzování kvality života pacienta, a pokud ano, jaké?

D: KLINICKÝ KONTEXT

17. Existovaly v rámci léčby pacienta problémy s přidělováním omezených zdravotnických zdrojů?
18. Existovaly v rámci léčby pacienta sociální, náboženské, právní, nebo jiné otázky?
19. Existovaly další strany/aktéři (kromě lékaře a pacienta), které se podílely/chtěly podílet na klinickém rozhodování?

20. Jaký je Váš vztah k této eticky sporné kazuistice?

- ☐ – aktér/jeden z aktérů (např. indukující lékař)
- ☐ – přímý svědek/přihlížející (např. konziliární lékař)
- ☐ – nepřímý svědek (nebyl jsem této situaci přímo účasten) jiný:

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Projekt TAČR éta TL05000114: Zvyšování morální kompetence v medicíně

Období realizace: 6/2021–6/2023

Účastníci projektu: 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

tázací arch, který jste obdrželi k vyplnění, je součástí výzkumného projektu TAČR éta s názvem „Zvyšování morální kompetence v medicíně“, jehož cílem je zvýšit morální kompetenci budoucích lékařů a jejich schopnost rozhodovat se v eticky sporných situacích. Prostředkem k realizaci projektu je sběr eticky sporných kazuistik z českého prostředí, jejich setřídění a odborná analýza, což má napomoci při výuce a výchově mediků.

V daném výzkumu nejsou sbírány informace o Vaší osobě, na základě, nichž by mohlo dojít k identifikaci nebo identifikovatelnosti fyzické osoby. Jde o anonymizovaná data pro statistické nebo výzkumné účely, na které se nevztahuje nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (srovnej zejména výjimku v odst. 26 Preambule nařízení). Z toho důvodu po Vás nebude žádán ani podpis ani žádná jiná informace, na základě, níž by mohlo dojít k takové identifikaci / identifikovatelnosti.

Podobně nebudou ve výzkumu sbírány ani informace o pacientech a jiných osobách v kazuistice, i ty jsou vyplňovány jako anonymizované informace bez možnosti identifikace nebo identifikovatelnosti.

Vyplněním tohoto archu souhlasíte se zpracováním eticky sporné kazuistiky pro výše uvedené cíle výzkumu a pro její případné odborné publikování. Ani v těchto případech nebudou využívány a zpracovávány žádné osobní údaje.

Děkujeme, za řešitelský tým

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M.

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Příloha 2. Souhlas etické komise – Olomouc



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc

předseda: MUDr. Jindřiška Burešová, tel: 588 443420, e-mail: jindriska.buresova@fnol.cz

tajemnice tel., fax 588442477, e-mail: jveta.sudolska@fnol.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE

Opinion of the Ethics Committee

Číslo jednací/Reference number: 136/22

Název výzkumného projektu: Zvyšování morální kompetence v medicíně (ETICAMEDICA)

Žadatel/Applicant: doc. et doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 5.8.2022

Datum jednání EK /Date of Ethics Committee's session: 22.8.2022

Vyjádření EK/ Ethics Committee's opinion:

☒ EK vydala souhlasné stanovisko / EC issued favourable opinion

☒ EK vzala na vědomí / Taken into account

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
doc. et doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc, I.P.Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc	☒	EK FNOL

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Žádost o projednání výzkumného projektu	☐	☐	☒	☐
Sylabus projektu	☒	☐	☐	☐
Tázačí arch, včetně Informovaného souhlasu (upravený originál dotazníku pro české prostředí)	☒	☐	☐	☐
MCT – moral competence test (ověřený překlad patentovaného dotazníkového testu)	☒	☐	☐	☐
Informovaný souhlas – vysvětlení u dotazníkového šetření Four boxes a MCT	☐	☐	☒	☐
Strukturovaný životopis hlavního řešitele za UPOL	☐	☐	☒	☐
Prezentace s vysvětlením významu a přínosu MCT pro studenty (respondenty)	☐	☐	☒	☐

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

☒ Ano/Yes ☐ Ne/No

Datum/Date: 22.8.2022

Rozdělovník/Distribution list:

-Žadatel

-EK

-Řešitel

1/1

MUDr. Jindřiška Burešová
předsedkyně EK FNOL a LF UP
Chairman of the EC FNOL and LF UP

ETHICS COMMITTEE
the University Hospital
and the Faculty Medicine
Palacky University in
OLOMOUC



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc

předsedkyně: MUDr. Jindřiška Burešová, tel: 588 443 420, e-mail: jindriska.buresova@fnol.cz

tajemnice tel.: fax: 588 442 477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:
2022-08-22

Jméno a příjmení First name and surname	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialism	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Jindřiška Burešová	Ž/F	neurolog/ neurologist	☒	☐	předseda/ chairman	☒	☐	☒	☐
Doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.	Ž/F	pediatri/ pediatrics	☒	☐	1. místopředseda/ 1. vice-chairman	☐	☒	☐	☒
JUDr. Zora Krejčí	Ž/F	právník-advokát/ lawyer-attorney	☐	☒	člen/ member	☒	☐	☒	☐
MUDr. Libor Kvapil	M/M	praktický lékař/ practitioner	☐	☒	člen/ member	☒	☐	☒	☐
Doc. MUDr. Pavel Maňák, CSc.	M/M	traumatolog/ traumatologist	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐
Doc. Rudolf Smahel, ThDr.	M/M	teolog/ theologist	☐	☒	člen/ member	☐	☒	☐	☒
Anna Holá	Ž/F	zdravotní sestra/ nurse	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐
MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.	Ž/F	gynékológ/ gynaecologist	☒	☐	člen/ member	☐	☒	☐	☒
PharmDr. Tomáš Anděl, Ph.D.	M/M	Farmakolog/ pharmacologist	☒	☐	člen/ member	☐	☒	☐	☒
Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.	Ž/F	Psychiatr/ psychiatrist	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐
Doc. MUDr. et Mgr. Jiří Minařík, Ph.D.	M/M	hematoonkolog/ hematooncology	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐
Prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.	M/M	hematoonkolog/ hematooncology	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐
MUDr. Karel Cwierotka, Ph.D.	M/M	onkolog/ oncology	☒	☐	člen/ member	☐	☒	☐	☒
Iveta Sudolská	Ž/F	Tajemnice/ secretary	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐
Věra Bartlová	Ž/F	Sekretářka/ secretary	☒	☐	člen/ member	☒	☐	☒	☐

(pozn: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

MUDr. Jindřiška Burešová, v.r.
Chairperson of the EC

za správnost:
Iveta Sudolská
tajemnice EK

Fakultní nemocnice a LF UP
I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
ETICKÁ KOMISE

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

☒ Ano/Yes ☐ Ne/No

Příloha 3. Souhlas etické komise – Praha



FN MOTOL

ETICKÁ KOMISE PRO MULTICENTRICKÁ KLINICKÁ HODNOCENÍ
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE A 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Ethics Committee for Multi-Centric Clinical Trials of the University Hospital Motol and
2nd Faculty of Medicine, Charles University in Prague

✉ V úvalu 84, 150 06 Praha 5 ☎ 224 431 195 📠 224 431 196 📧 etickakomise@fnmotol.cz
www.fnmotol.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE K VÝZKUMNÉMU PROJEKTU OPINION OF THE ETHICS COMMITTEE ON RESEARCH PROJECT

Název projektu / Full Title of the Project :

Zvyšování morální kompetence v medicíně - projekt TAČR č. TL05000114

Zadavatel / Sponsor: **2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze**

Žadatel a hlavní řešitel ve FN Motol / Applicant and Principal Investigator at UH FN Motol:

**JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M., Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny
2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5**

Hlavní řešitel ve FN Olomouc / Principal Investigator at UH Olomouc

**Doc. et doc. PhDr. Kateřina Ivanová Ph.D., Ústav veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty
Univerzity Palackého v Olomouci, I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc**

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents	Schváleno Approved		Na vědomí Due notice	
	Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
Žádost k etické komisi o souhlas z 5.4.2022	☐	☐	☒	☐
Anotace projektu a protokol projektu	☒	☐	☐	☐
Metodický návod k postupu výzkumníků při anonymizaci osobních údajů a dalších informací s ohledem na zásady ochrany osobních údajů pro výzkumný projekt	☒	☐	☐	☐
Tázací arch včetně informovaného souhlasu	☒	☐	☐	☐
Strukturovaný životopis hlavního zkoušejícího ve FN Motol	☒	☐	☐	☐
Stanovisko Etické Komise FN Olomouc	☐	☐	☒	☐
Rozšířené informace k metodice řešení projektu na podkladě připomínek Etické komise FN Motol, datované 1.7. 2022	☒	☐	☐	☐
Čestné prohlášení pro etickou komisi o užití anonymizovaných dat	☒	☐	☐	☐

EK vydává / EC issues

souhlasné stanovisko / favourable opinion

Datum přijetí / Date of Submission: **6. 4. 2022** Jednací č. / Reference No.: **EK - 380/22**

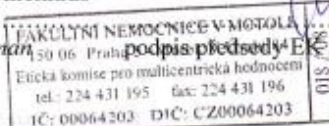
Datum jednání EK / Date of EC Session: **5. 10. 2022**

5. 10. 2022

MUDr. Vratislav Šmelhaus

Datum / Date

předseda / Chairman



podpis předsedy EK

Signature of Chairman

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými předpisy / *The Ethics committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations.*

Seznam členů Etické komise / List of the IEC members

Jméno a příjmení <i>Name and Surname</i>	Muž / Žena <i>Male / Female</i>	Odbornost <i>Occupation</i>	Závislost <i>Liability</i>	Hlasoval <i>Voted</i>
MUDr. Vratislav Šmelhaus <i>Předseda / Chairman</i>	M	M.D.	☒	☒
Mgr. Eva Sarah Al Jamal	F	Officer	☒	☒
MUDr. Rudolf Černý, CSc.	M	M.D.	☒	☒
Anna Dobešová	F	Pensioner	☐	☒
PharmDr. Petr Horák	M	Pharmacist	☒	☒
Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.	M	M.D.	☒	☐
Prof. MUDr. Václav Chaloupecký, CSc.	M	M.D.	☒	☒
Prof. MUDr. Jiří Charvát, CSc.	M	M.D.	☒	☐
Mgr. Zuzana Eva Švihelová	M	Lawyer	☒	☐
JUDr. Kateřina Královcová	F	Lawyer	☐	☐
Mgr. Dominika Vlachopulosová	F	Lawyer	☒	☐
Prim. MUDr. Zdeněk Linke	M	M.D.	☒	☐
Prof. MUDr. Lidka Lisá, DrSc.	F	M.D.	☒	☒
Doc. MUDr. Jitka Zelenková, CSc.	F	M.D.	☒	☐
Prof. MUDr. Jan Zuna, Ph.D.	M	M.D.	☒	☒

V Praze dne 5.10.2022

MUDr. Vratislav Šmelhaus
předseda Etické komise FN Motol

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOL
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
Etická komise pro multicentrická hodnocení
tel.: 224 431 195 fax: 224 431 196
IČ: 00064203 DIČ: CZ00064203



Příloha 4. Původní Tázací arch

Jste: muž/žena Váš věk: Vaše specializace: _____ a v ní doba praxe: _____

Proběhne anonymizace údajů

Ocitl(a) jste se někdy během poskytování zdravotní péče v situaci, kterou lze označit za eticky spornou?

ZDRAVOTNÍ PÉČE

1. Souhrn chorobopisu (v případě popisu kazuistiky)

- a. **Jaký byl pacientův medicínský problém** (souhrn epikrízy) **a jak byl závažný** (akutní/chronický, ...)?

- b. **Anamnestické údaje pacienta** (např. OA – věk, pohlaví, RA – rodiče, sourozenci; SA – vzdělání, pracovní zařazení)

2. Medicínské indikace pacienta

- a. **Jaké byly cíle léčby?**

- b. **Existovaly různé léčebné postupy? Byl o nich pacient schopen rozhodovat?**

3. **Zdůvodněte, proč jde o eticky spornou kazuistiku** (v krátkosti popište a zvýrazněte eticky sporná rozhodnutí):

4. **Jaké byly vyhlídky na to, že i po léčbě bude pokračovat pro pacienta hodnotný život (bude mít nějaké trvalé či přechodné deficiency)?**

5. **Vyvstávaly nějaké etické otázky při posuzování zvýšení či zlepšení kvality života pacienta?**

6. **Projevily pacient svá přání, úmysly nebo preference ohledně léčby?**

7. **Byly pacientovi sděleny informace v dostatečné míře a vhodným, přiměřeným způsobem?**

8. **Existovaly v rámci léčby pacienta problémy s přidělováním omezených zdravotnických zdrojů?**

9. **Existovaly v rámci léčby pacienta sociální, náboženské, právní, nebo jiné otázky?**

10. Jaký je Váš vztah k této eticky sporné kazuistice?

- ☐ – aktér/jeden z aktérů (např. indikující lékař)
- ☐ – přímý svědek/přihlížející (např. konziliární lékař)
- ☐ – nepřímý svědek (nebyl jsem této situaci přímo účasten)

jiný:

Příloha 5. Popis použitých metod

Kazuistický přístup v bioetice (casuistry)

je spojen s narativním a kontextuálním přístupem ke každému jednotlivému případu. V bioetice jsou zřejmě prvními propagátory této teorie Albert R. Jonsen a Stephen Toulmin (Jonsen, Toulmin 1988). Kazuistika je teorií využívající převážně induktivní přístup („bottom-up“). Zaměřuje se na tzv. hard cases, tj. obtížné případy, které jsou kontextuálně specifické. Už Hippokrates nabádá k pečlivému zkoumání a srovnávání jednotlivých případů, které přetrvává až do dneška jako nenahraditelný způsob zpracování medicínského problému. Kazuistika se snaží nabídnout alternativu právě k přísně obecnému pojetí morálních principů. Podle ní totiž ostatní teorie opomíjejí, že každá změna v okolnostech případů může vést ke změně samotného případu i jeho morálního hodnocení (Arras, 1991). Kazuistický přístup, podobně jako doktrína common law, na kterou se odkazuje, využívá primárně analogie s odkazem na formální spravedlnost, podle níž mají být obdobné případy posuzovány obdobně. Z jednoduchého případu (tzv. paradigmatického případu) obvykle pomocí analogie odkazují na možné řešení složitějšího případu. Hodnověrnost kazuistické analýzy přímo koresponduje s její podrobností a dynamikou, kauzální vztahy jsou reálně velmi složité, příčiny a podmínky se navzájem prolínají. Někteří zastánci, včetně Hippokrata, kazuistického přístupu přitom vycházejí z pozic morálního intuicionismu. Na základě posuzování případů, jejich opakování, analogie, abstrakce, induktivní metody a kritické reflexe podobností a rozdílů se dovozuje morální řešení v individuálním případě. Podle některých zastánců kazuistického přístupu je tedy primární jedinečné hodnocení situace, z něž lze dovodit obecné principy. Jiní naopak uznávají, že morální principy a kazuistika jsou komplementární a nemusí být mezi nimi pouze jednosměrný vztah.

Metoda 4 boxes

je založena na kazuistikách a využívá se při etickém rozhodování a vedle principialismu patří mezi nejrozšířenější bioetické přístupy v klinickém rozhodování ve zdravotnickém prostředí. Kazuistiky jsou uváděny dle čtyř tematických bloků – 1) „Lékařské indikace“ (Medical indications), 2) „Kvalita života“ (Quality of life), 3) „Preference pacienta“ (Patient preferences) a 4) „Kontextuální charakteristiky“ (Contextual features). Navíc autoři tohoto modelu provazují jednotlivé tematické bloky s bioetickými principy Beauchampa a Childresse (Beauchamp, Childress, 2019), když Medicínské indikace spojují s principem beneficence a nonmaleficence, Kvalitu života s principy beneficence, non-maleficence a respektu k autonomii pacienta, Preference pacienta s principem respektu k autonomii pacienta a širší kontext s principem spravedlnosti a rovnosti (resp. s principy loajality a férovosti). Každý ze čtyř tematických bloků je pak podložen základními otázkami, které jsou s nimi a uvedenými principy spojeny (Jonsen, Siegler, Winslade, 2019).

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

vychází z následujících tří zdrojů: fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Základním fenomenologickým požadavkem této metody je snaha popisovat fenomény, aniž by se interpretovaly. Přesto jsou prekoncepce výzkumníků vítány, aby bylo vůbec možné zformulovat, jaký význam má zkušenost pro samotného respondenta (Smith & Osborn 2003). Z hermeneutiky si tato metoda vypůjčuje tzv. dvojistou hermeneutiku, která bere v potaz nejen to, že se respondent (lékař) snaží porozumět své zkušenosti (eticky sporným případům), ale následně se také výzkumník snaží porozumět tomu, jak k této zkušenosti dospěl respondent (srov. Liamputtong, 2013; Juríčková, Ivanová, 2015). Posledním zdrojem IPA je idiografický přístup, který zdůrazňuje tu pozici, že se zabýváme konkrétním jedincem, který se nachází ve specifické situaci. Jednotliví lékaři se mezi sebou liší nejen svou specializací, ale také různými pacienty a jejich variacemi zdravotních potíží v různých fázích léčby, a obecně pak svou nezaměnitelnou životní zkušeností. V obecné rovině se IPA ptá, jakou zkušenost mají jednotlivci či skupiny s prožíváním určité situace, ve které se nachází, a jaký smysl takovéto situaci přisuzují. V takovém případě pak výzkumné otázky používají slova jako „zkušenost“, „prožitek“ apod.

IPA se však také používá i na tzv. sekundární výzkumné otázky, které jsou založeny na ověřování souladu mezi osobní zkušeností a teorií (Řiháček a kol, 2013).

PBL (Problem Based Learning) a CBL (Case Based Learning).

Koncept PBL (Problem Based Learning) a CBL (Case Based Learning) koncept představuje řešený problém (nejčastěji klinický) na základě popsaného etického dilematu a během (ale lze i po ukončení výuky) se studenti zabývají řešením problému (Srinivasan, M. a kol. (2007), Thiel, C. a kol. (2013) nebo Tysinger, JW a kol. (1997). Základem PBL je přístup otevřeného dotazování. Metoda CBL je metodou řízeného dotazování a poskytuje více prostoru pro sezení malých skupin v průběhu výuky. CBL i PBL je obecnější poučení pomocí příběhu o jednotlivcích (Srinivasan, Wilkes, Stevenson, Nguyen, & Slavin, 2007). U PBL jsou studenti konfrontováni s klinickým problémem náhle a musí na představovaný problém rychle reagovat, u CBL znají dilema dopředu, mohou se na etickou argumentaci v diskuzi a obhajobu svého etického stanoviska připravit, mají čas definovat jednotlivé části dilematu, navrhnout řešení. Během semináře se mohou ptát dalších odborníků. Na základě výzkumů prováděných v z 90. letech 20. století (např. Barrows, 1995), které prokázaly efektivnost didaktických metod PBL a CBL, bude vytvořeno scoping review (SCcR), jehož cílem bude určit povahu a rozsah vědeckého důkazu z ukončených i probíhajících výzkumů odpovídajících na otázku „Jak použít PBL a CBL ve výuce lékařské etiky u studentů předmětu lékařská etika?“ SCor otázka byla vytvořena za použití akronymu PCC, kde P zastupuje Populaci (studenti medicíny), C zastupuje Concept (problem/case-based learning) a C zastupuje Context (výuka lékařské etiky). Protokol je koncipován pomocí Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis Protocols (PRISMA-ScR). Iničiální vyhledávání bylo provedeno v červenci 2020 v databázích Scopus, PubMed, Web of Science a pedagogické databázi ERIC. Další kroky a standardizované kritické hodnocení bude provedeno pomocí standardizovaných nástrojů.

The Konstanz Method of Dilemma Discussion (KMDD)

je metodou k zvyšování morální kompetence, která je užívána dlouhodobě v řadě zemí (Lind 2002; Hemmerling, 2014; Reinicke, 2017). Metoda KMDD navazuje na Blatt-Kohlbergovu metodu zvyšování kvality morálního rozhodování (Blatt, Kohlberg 1975). KMDD je metoda zavedená pro zvýšení morální kompetence a snížení mezery mezi jejich morálními principy a jejich každodenním chováním. Je rozdělena do devíti stádií: (I) vyučující seznámí studenty s příběhem protagonisty, který je nucen činit závažné morální rozhodování, (II) studenti jsou tázáni, zda chápou morální dilema protagonisty a jaké myšlenky mu mohly procházet hlavou, v této fázi jsou vyzváni k individuálnímu přemítání, (III) následně vyučující vyzve studenty ke komunikaci o dilematu ve skupinách, zda se jedná skutečně o dilema, co jej dilematem činí, (IV) poté vyučující nechá studenty volit, zda je podle nich rozhodnutí správné nebo špatné, (V) na základě jejich volby jsou studenti rozděleni do dvou názorových sekcí, když se nejprve připravují v malých skupinkách, (VI) učitelé je instruují, aby přesvědčili oponenty, že jejich rozhodnutí je špatné, (VII) po diskuzi mají obě sekce vyhodnotit protiargumenty oponentů a zvolit nejlepší, (VIII) jsou vyzváni, aby posuzovali protagonistovo rozhodnutí znovu, (IX) konečně pak mají zhodnotit samotnou metodu KMDD (Lind, 2016). Metoda KMDD je často propojena s testem morální kompetence.

Test morální kompetence (Moral Competence Test).

Podle Linda lze morální kompetence úspěšně empiricky testovat. Morální kompetenci přitom rozumí schopnost řešit problémy a konflikty na základě vnitřních morálních principů, a to prostřednictvím

uvažování a diskuse oproti agresivní a klamavé argumentaci (Lind, 2016). Vlastní test umožňuje měření interních, strukturálních dispozic lidského chování objektivním způsobem na základě manifestace lidského jednání navenek. Test morální kompetence je navržen jako Experimentální dotazník (Experimental Questionnaire) a navazuje na ideje rozpracované již u dřívějších autorů (Piaget 1965, Kohlberg 1979). Využívá hypotetických dilematických situací a hypotetického posuzování rozhodování aktérů. Tyto situace musí být skutečně obtížně morálně řešitelné, aby mohly být použitelné pro MCT. V MCT jsou účastníkům převyprávěny dva dilematické příběhy, při nichž protagonisté činí morální rozhodnutí. Účastníci testu hodnotí jejich jednání na šestibodové stupnici od správného (+3) po špatné (-3). Následně jsou jim předloženy argumenty pro a proti, které jsou opět hodnoceny, tentokrát na škále (+4, úplný souhlas) až (-4 úplný nesouhlas). Hodnocení spočívá v tom, zda aktéři zaškrtaávají plusově pouze argumenty jim blízké nebo naopak považují za rozumné i argumenty, které jsou s jejich v protikladu. Celkové skóre je pak vázáno na výstup počítající tzv. C skóre, představující výpočet schopnosti diskutovat o složitých morálních problémech na místo jednání spočívajícího v obstrukcích (Lind, 2016). C skóre nabývá hodnot od 0 po 100, přičemž 0 je nulová morální kompetence, naopak 100 je maximální. Test je činěn před a po užití některé z výukových metod etického rozhodování.

Storytelling,

tedy vyprávění příběhu, je po světě známá a oblíbená divadelní disciplína, která nás vede k tomu, jak vyprávět poutavě a s fantazií. Je zaměřena na práci s příběhy (Dwivedi, 1997). Storytellingem se člověk učí, jak v sobě vypravěče objevit a pěstovat, jak vytvořit příběh a potom ho sdílet s publikem, jak být spisovatelem a hercem v jednom. Metoda storytelling využívá mnoha druhů cvičení, her a fantazie vypravěčů a bez použití kostýmů či rekvizit umožňuje posluchačům plně zapojit vlastní představivost. Storytelling se tak stává druhem aktivní zábavy, při které divák zapojuje své vlastní myšlenky, zkušenosti a představy. Svěbytně autorská metoda tvoří alternativu například divadlu, má velice blízko ke stand-up comedy nebo slam poetry a zároveň funguje jako vzdělávací metoda nebo prostředek k tomu, dozvědět se něco víc o sobě. Metodu storytellingu zajišťuje nezisková organizace Storytelling CZ, která pořádá workshopy pro pedagogy, knihovníky, rodiny s dětmi a všechny, kdo chtějí trénovat dovednost vyprávět. Je to s ní totiž stejné jako s hrou na kytaru, taky se musí cvičit. Storytelling CZ také naživo vypráví ve školách, školkách, divadlech, kavárnách nebo třeba na festivalech. Vždyť příběh je základní jednotka lidské mysli a nejkratší cesta spojující lidi. Lektoři Storytelling CZ odvedli za 9 let více než 250 workshopů. V rámci organizace vzniklo 23 inscenací.

Principlismus

Principlismus je nejrozšířenější etickou teorií v současné bioetice a medicínské etice. Principlismus je etická teorie, která vychází z toho, že existují morální pravidla, které určují, jaký druh jednání je dovolený, zakázaný a přikázaný, tj. jaké jednání je morální. Morální principy jsou přitom obecnější než pravidla, jsou méně konkrétní v obsahu, proto ponechávají značný prostor pro posouzení v konkrétních případech a která poskytují podstatné vodítko pro vývoj podrobnějších pravidel a zásad. Podle principlismu platí, že pokud pravidlo jednání nebo jednání samotné respektuje charakteristiky principu, jednání je prima facie morálně správné. Poprvé byl principlismus jako etický přístup využit v tzv. Belmontské zprávě (Belmont Report), dokumentu, který byl vypracován Národní komisí pro ochranu lidských subjektů v biomedicíně (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) v roce 1979. Na základě této zprávy vznikla v roce 1979 více teoreticky zaměřená publikace Beauchampa a Childress s názvem „Principles of Biomedical Ethics“, která se stala jedním z pilířů pro oblast bioetiky. Belmontská zpráva obsahovala tři základní principy zaměřené na medicínský výzkum, Childress s Beauchampem rozšířili počet základních principů na čtyři. Toto pojetí v současné době v bioetice převládá, když zmiňované čtyři principy se staly určitou mantrou pro přístup současné výuky medicínské etiky i bioetiky. Jedná se o následující principy –

princip respektu k autonomii, princip beneficence, princip nonmaleficence a princip spravedlnosti. Obsah těchto principů je rozebrán v dalších bodech.

Příloha 6. Bioetické pojmy

Princípalismus

Princípalismus je nejrozšířenější etickou teorií v současné bioetice a medicínské etice. Princípalismus je etická teorie, která vychází z toho, že existují morální pravidla, které určují, jaký druh jednání je dovolený, zakázaný a přikázaný, tj. jaké jednání je morální. Morální principy jsou přitom obecnější než pravidla, jsou méně konkrétní v obsahu, proto ponechávají značný prostor pro posouzení v konkrétních případech a která poskytují podstatné vodítko pro vývoj podrobnějších pravidel a zásad. Podle princípalismu platí, že *pokud pravidlo jednání nebo jednání samotné respektuje charakteristiky principu, jednání je prima facie morálně správné*. Poprvé byl princípalismus jako etický přístup využit v tzv. Belmontské zprávě (Belmont Report), dokumentu, který byl vypracován Národní komisí pro ochranu lidských subjektů v biomedicíně (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) v roce 1979. Na základě této zprávy vznikla v roce 1979 více teoreticky zaměřená publikace Beauchampa a Childress s názvem „*Principles of Biomedical Ethics*“, která se stala jedním z pilířů pro oblast bioetiky. Belmontská zpráva obsahovala tři základní principy zaměřené na medicínský výzkum, Childress s Beauchampem rozšířili počet základních principů na čtyři. Toto pojetí v současné době v bioetice převládá, když zmiňované čtyři principy se staly určitou mantrou pro přístup současné výuky medicínské etiky i bioetiky. Jedná se o následující principy - princip respektu k autonomii, princip beneficence, princip nonmaleficence a princip spravedlnosti. Obsah těchto principů je rozebrán v dalších bodech.

Princípalismus bývá kritizován z pozic některých odlišných etických teorií, a to z více důvodů. Zde uvedeme jen některé. Za prvé není zřejmé, proč by výčet základních principů byl uzavřený a měly by být pouze čtyři. Někteří autoři proto mluví i o dalších podstatných morálních principech, jako je například princip ochrany lidské důstojnosti, ochrany lidské integrity, či princip důvěry. Za druhé, teorie morálních principů nijak neřeší to, jak, byť i z jednoho principu, dovodit morální pravidlo dopadající na konkrétní situaci a konkrétní jednání. Shoda na tom, že existuje určitý morální princip, totiž v řadě případů neznamena shodu na tom, jak dopadá na danou situaci. Interpretují-li totiž dvě osoby shodný morální princip u konkrétního případu, mohou se jejich výklady značně lišit. Za třetí, morální principy nám bez dalšího nepomáhají řešit dilematické situace v případě, že jsou dva nebo více principů mezi sebou navzájem v konfliktu. V takovém případě lze mluvit o morálním dilematu, které nelze řešit čistým logickým vyvozováním z principů. Mezi jednotlivými principy je potom nutné vyvažovat – takové vyvažování ovšem nutně překračuje samotnou teorii etického princípalismu. Za čtvrté je princípalismus kritizován, protože netvoří ucelenou etickou teorii a podle některých si z každé normativní etiky bere „to nejlepší“. Proto podle mnohých má nejbližší k morálnímu pragmatismu, který spíše napomáhá vyšší míře relativismu ve společnosti. Pro medicínskou praxi, jako etiku běžného každodenního styku lékaře a pacienta, je jistá míra pragmatismu ovšem tolerovatelná. Pokud je eticky možné vyvodit, jaké principy konkrétní jednání zasahuje, pak lze na základě jejich vyvažování a balancování postupovat dále v morálním úsudku. Jazykem morálních principů lze vytyčit konfliktní situace (morální dilemata), a byť i reprezentativně, objevit klíčové hodnoty, které jsou podkladem pro morální reflexi.

Princip nonmaleficence

Princip nonmaleficence (neublížování) v medicínské etice zavazuje lékaře (a zdravotníky obecně), aby druhým nepůsobili újmu. V tomto principu se odráží starodávná maxima *non nocere* (neškodit), která je odvozována již ze starověké hippokratovské tradice. Často je tento princip spojován s principem beneficence (prospěšnosti) a někteří autoři je považují za princip jediný. Také v Belmontské zprávě, kdy

se poprvé užila teorie principialismus v bioetice, byla nonmaleficence podřazena pod princip beneficence. Beauchamp s Childressem, se kterými je spojován principialismus nejčastěji, však ve své teorii oba principy rozlišují. Nonmaleficenci je vyjádřen touto zásadou: *1. Člověk by neměl způsobovat zlo nebo utrpení*. Tento princip je tedy pasivní, vyplývají z něho povinnosti zdržet se konání zla a povinnost nepůsobit újmu, na rozdíl od principu beneficence (viz další princip). Nicméně v některých případech je nutné působit i v medicíně pacientovi mírnější újmu, kterou zásadním způsobem převažuje benefit – např. v jednoduchém případě vrtání zubu, v závažnějším případě např. amputace končetiny v důsledku akutní sepse z lokálního infektu. V tomto případě je potřeba činit tzv. analýzu a vyvažování obou výše zmíněných principů k zvýšení blahobytu (welfare) pacienta a kvality jeho života.

Princip beneficence

Jednou ze základních povinností lékaře (zdravotníka) je starat se o svého pacienta a zlepšovat kvalitu jeho života. Tento princip je na rozdíl od nonmaleficence principem aktivním, tj. lékař musí jednat aktivním způsobem. Tento princip lze rozložit do tří základních obecných norem, které jsou následující:

Člověk by měl zabraňovat zlu nebo utrpení

Člověk by měl odstraňovat zlo nebo utrpení

Člověk by měl činit nebo podporovat dobro.

Etickou povinností lékaře je především povinnost lékaře léčit svého pacienta a poskytovaná péče má být lege artis. Protože však v medicíně často rozvaha o tom, co je pro pacienta dobré, může být složitá a nelze k závěru dojít na základě jednoduchých úvah, může při balancování újem a benefitů dojít k rozporným názorům mezi jednotlivými zdravotníky, ale často i mezi lékařem a pacientem. Právě tato neshoda vede k problémům, kdy se princip beneficence (zatím vyhodnocený z pouhého náhledu na zdraví pacienta a kvalitu jeho života ze strany lékaře) může dostat do sporu s principem autonomie (a tedy autonomním rozhodnutím pacienta, které však může lékaři přijít jako iracionální).

Princip respektu k autonomii

Termín autonomie vznikl z řeckých slov autos (sám) a nomos (zákon), tj. řídící se vlastními zákony. Svůj původ má v politické teorii, když se používal pro nezávislé městské státy tvořící vlastní zákony. V etice je autonomie často spojována s nezávislostí, sebeovládáním, sebekontrolou a možností sebeurčení dané osoby, tj. s možností činit nezávislá rozhodnutí v souladu s vlastními hodnotami a principy, které jsou nám skutečně vlastní. Problém při definování autonomie spočívá v tom, že se jedná o mnohovýznamový koncept. Klíčové jsou minimálně dva významy, které mohou být vůči sobě v protikladu. Jeden vychází z negativní koncepce autonomie ve smyslu absence vnějších vlivů působících na jednání či rozhodování osoby. Druhý zdůrazňuje zejména pozitivní možnost člověka rozhodovat o sobě samém (aktérství), včetně možnosti utvářet vlastní životní plán v souladu s osobními životními hodnotami. V bioetice nejvýznamnějšími pojetími vnímání autonomie je tzv. defaultní autonomie Beauchampa s Childressem, která se zaměřuje na podmínky pro autonomní jednání. Jednání je autonomní, pokud osoba jedná *intencionálně, s porozuměním a bez ovládajících vlivů*. Princip respektu k autonomii má pak normativní charakter a značí, že má být respektováno autonomní rozhodnutí pacienta, který je kompetentní, tj. způsobilý učinit takové rozhodnutí.

Princip spravedlnosti

Princip spravedlnosti má odstranit nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči a řeší i otázky, jak nakládat s přístupem k některým zdrojům v medicíně, které jsou drahé a nedostatkové (alokace vzácných zdrojů). Pojem spravedlnosti byl v dějinách rozpracován řadou filosofů v dějinách, často je přitom odkazováno na Aristotelovo rozpracování tohoto pojmu. Spravedlnost zahrnuje několik přístupů, které mají odlišné označení - jednak *distributivní* spravedlnost, jednak *retributivní* spravedlnost, jednak tzv. *formální* a *procesní* spravedlnost. Distributivní spravedlností se rozumí spravedlivé rozdělování benefitů a újem ve společnosti, retributivní spravedlnost pak spravedlivé rozdělování trestů a odměn ve společnosti. Formální či spravedlnost značí, že se všemi zúčastněnými by mělo být zacházeno rovným způsobem. Procesní spravedlnost značí, že bychom měli posuzovat či rozhodovat stejné případy stejně a nestejné odlišně.

Princip ochrany důstojnosti

Lidská důstojnost je dlouhodobě užívána jako přirozenoprávní koncept v etických i právních dokumentech. Minimálně od přijetí Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948 zaujímá pojem důstojnosti v lidsko-právní doktríně podstatné místo a promítá se významně i do pozitivní úpravy ústavního a medicínského práva. Podobně zásadní roli hraje i v současné bioetice. Často bývá tento pojem vnímán jako možné vodítko při hledání odpovědi na složité etické otázky. Problém je v tom, že pojem důstojnosti má mnoho významů a existuje tak mnoho interpretací, jak jej lze vnímat. Z historického hlediska lze rozlišovat pojetí tzv. kontingentní (statusové) důstojnosti, uplatňované již v římském právu jako respekt a čest spojená s určitou pozicí, sociální rolí, reputací či privilegiem, a důstojnost inherentní. V pojetí inherentní důstojnosti je důstojnost elementárně přítomna u každé lidské bytosti. Nicméně i takové pojetí nabízí mnoho významů a nejasností, když lidská důstojnost může být vnímána jako prvek lidské přirozenosti a personální identity, jako prvek lidské autonomie, jako prvek elementární rovnosti, jako sociálně konstruovaný prvek, jako institucionální status spojený s kvalitou a konečně jako funkcionální pojem spojený s vnímáním. V současné bioetice bývá často spojován s kantovským pojetím, tj. že s pacientem má být jednáno jako s cílem, nikoliv jako s pouhým prostředkem. má tedy v něm být respektováno jeho lidství, nemá být na něj nahlíženo jako na pouhý předmět, sídlo nemoci. Princip lidské důstojnosti v sobě zahrnuje normativní požadavek, aby byla péče zaměřena na pacienta (patient centered care) a ten byl vnímán jako jedinečná lidská bytost.

Princip důvěry

Poslední rovínou pro odvození bioetických principů je *rovina osobního vztahu* mezi mnou a tím druhým, rovina rozpracovaná zejména kontinentální filosofií zaměřenou na fenomenologicko-hermeneutickou tradici. Odráží se v ní hermeneutická etika. Také se zaměřuje na rovinu péče o druhého, která je v bioetice silně reprezentovaná tzv. „etikou péče“ (*ethics of care*). Z této roviny lze vyvodit *princip důvěry* či *důvěrnosti*, princip, který odráží blízkou *vzájemnost* mezi osobami. Z něho lze dovodit obecné povinnosti druhého řádu, jako povinnost *věrnosti* (*fidelity*), zahrnující povinnosti plnění závazků a vděčnosti (*gratitude*). Z těchto principů lze dovodit další důležité obecné povinnosti jako je pravdomluvnost, povinná mlčenlivost lékaře, plnění závazků a slibů, ale i tzv. ochrana vulnerabilních osob.

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je jedním ze základních právních i etických institutů upravujících vztah lékaře a pacienta. Jakýkoliv medicínský výkon prováděný na pacientovi, který není omezen ve svéprávnosti a je způsobilý k právnímu jednání, je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla

svobodný a informovaný souhlas. Souhlasem se přitom rozumí jednostranný akt autorizace k určitému jednání. Termín informovaný souhlas byl poprvé použit v soudním rozhodnutí *Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees* v roce 1957 v USA. Informovaný souhlas obsahuje atributy, kterými jsou zejména jeho dobrovolnost, kompetence souhlasící osoby (pacienta) a konečně její náležité informování. Pacient musí být předem informován zejména o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích, těmto informacím musí dostatečně porozumět. V etické teorii byl často alternativně k pouhé jednostranné autonomní autorizaci ze strany pacienta doporučován postup spočívající ve sdíleném rozhodování obou stran, v tzv. dohodě poučených (*shared decision-making*).

Sdílené rozhodování (*shared decision-making*)

Sdílené rozhodování je termín, který použil jako první Jay Katz při své kritice vnímání informovaného souhlasu jako pouhého formální akceptace postupu. Podle Katze by měl být pacient více zahrnut do rozhodovacího procesu, v němž spolu s lékaři spolupracuje na rozhodnutí o volbě postupů a o plánech péče. Pro takový přístup je podstatný proces komunikace, trvajícího dialogu, který vede k sdílenému rozhodnutí. V tomto smyslu není možné chápat pravidlo informovaného souhlasu tak, že se zaměřuje na pouhé autorizační jednání pacienta a jeho formální platnost, ale musí zahrnout širší aspekty komunikačního procesu, jeho kontinuum, které směřuje k sblížení pacientových hodnot (cíle léčby) a lékařovy odbornosti (medicínská indikace). Sdílené rozhodování má zajistit nejen respekt k pacientově autonomii, ale i k jeho autenticky volenému životnímu plánu. Lékař je zde vnímán jako expertem na medicínu, který má odborné znalosti a nabízí informace jako jsou možnosti léčby, její alternativy, rizika a přínosy, zatímco pacient je expertem na svůj život – tj. rozhoduje o tom, jaké jsou jeho preference, cíle, hodnoty a přesvědčení. Sdílené rozhodování je klíčovou součástí péče zaměřené na pacienta.

Lékařské tajemství – povinná mlčenlivost

Lékařské tajemství je jednou z nejstarších povinností lékaře a i zdravotníka. Je výslovně uvedeno v Hippokratově přísaze a objevuje se ve všech významných historických etických spisech. V ní je výslovně uvedeno: „*Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.*“ Tato etická maxima se v současné době promítla i do právních předpisů a bývá označována jako tzv. povinná mlčenlivost. Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Totožná povinnost se vztahuje i na lékaře a všechny zdravotnické pracovníky, prolomit ji lze jen na základě zákona nebo se souhlasem pacienta.

Kompetence / způsobilost k udělení souhlasu

Jedná se o termín odvozený z latinského výrazu *competens*, jehož význam značí být mocen, schopen něčeho, hodit se, stačit k něčemu. Kompetence je vždy kompetencí ke splnění určitého úkolu, schopností k něčemu konkrétnímu. V případě medicínské etiky a práva se pak jedná o kompetenci k učinění rozhodnutí o dalším medicínském postupu a udělení tzv. informovaného souhlasu (viz Informovaný souhlas). Pro takové rozhodnutí jsou nezbytné zejména schopnost pracovat s relevantními informacemi, kognitivní schopnost rozvažování, a konečně i schopnost rozhodovací.

Svéprávnost

Svéprávnost je právním termínem, jedná se o způsobilost nabývat právním jednáním subjektivní práva a zavazovat se k subjektivním povinnostem. Svěprávná osoba je osobou svého práva, tj. *sui generis*. Právní svéprávnosti se nikdo nemůže vzdát, učiní-li tak, nepřihlíží se k tomu. Svěprávnost zahrnuje v sobě způsobilost k právnímu jednání i k jednání deliktnímu, tedy tzv. deliktní způsobilost. Podle intelektuální a volní vyspělosti člověka lze odlišit plnou, částečnou a omezenou svéprávnost. Současný

český občanský zákoník stanoví, že svéprávnosti fyzická osoba nabývá v plném rozsahu zletilostí, tedy dovršením osmnáctého roku věku. Dříve lze plnou svéprávnost dosáhnout tzv. emancipací nebo uzavřením manželství, v obou případech musí nezletilý dosáhnout alespoň šestnáctého roku věku a vždy musí existovat soudní rozhodnutí. V medicínském právu a bioetice je velice důležité rozlišení svéprávnosti jako právního institutu od aktuální kompetence jako faktického stavu člověka, který může mít také právní důsledky. Osoba může být omezena ve svéprávnosti pouze rozhodnutím soudu.

Dříve vyslovená přání

V právních předpisech též dříve vyslovené přání, z anglického termínu „previously expressed wishes“, užitým v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Jedná se o přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku již není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Užívá se ve shodných případech jako „living will“, tj. kdy kompetentní osoba již dříve, dopředu vyslovila svůj souhlas nebo odmítnutí lékařského zákroku (či zákroků) pro stadium, kdy kompetence pozbude, se zřetelem k medicínsky předvídatelným situacím. Termín přání (wish) na rozdíl od termínu vůle (will) vyjadřuje jistou míru slabší závaznosti, čemuž by mohl napovídat i text Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který uvádí, že „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta“. Nicméně již vysvětlující zpráva zdůrazňovala nutnost respektovat dříve vyslovená přání, tj. jejich právní závaznost (pokud se nejednalo o výslovně uvedené výjimky). Stejně je tomu tak i v současném znění zákona o zdravotních službách. Distinkce vůle a přání tak nemá vliv na právní závaznost tohoto institutu.

Zástupný souhlas / zástupčí oprávnění

Zástupčí oprávnění se uděluje v situaci, kdy dospělý kompetentní pacient nebude v budoucnosti schopen o sobě rozhodovat – např. bude v bezvědomí, a nebude tedy schopen vyslovit souhlas s poskytováním zdravotní péče. Toto zástupčí oprávnění může mít formu smluvního zastoupení nebo zákonného zastoupení (zákon uděluje oprávnění určité specificky stanovené skupině osob). V takovém případě může zastupující osoba udělit tzv. zástupný souhlas s poskytováním zdravotních služeb u pacienta. Zástupný souhlas je dáván i za nezletilou osobu, která není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu s medicínským výkonem. Nezletilému nemůže být medicínský výkon proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomu zmocněny zákonem.

Cíl léčby

Cíl léčby je stanovením toho, k čemu mají směřovat jednotlivé používané medicínské postupy, je realizováním pacientových hodnot prostřednictvím medicínských i nemedicínských nástrojů; cíl péče je stanovován kompetentním pacientem, případně lékařem (pokud pacient není kompetentní), nebo společně lékařem a pacientem. Podstatné je, že cíl léčby není pouhým odborným medicínským zjištěním, ale jsou do něj zahrnuty hodnotové úvahy pacienta.

Lékařská indikace

Pojem lékařská indikace označují medicínský důvod použití určitého diagnostického nebo léčebného postupu. Lékařská (někdy též medicínská) indikace je chápána jako v medicíně platný důvod pro použití určitého testu, medikace, výkonu atd. Toto úzké pojetí ovšem opomíjí, že se jedná o pojem zahrnující jak medicínská kritéria, tak preference pacienta. Proto o indikaci určitého zdravotnického výkonu pro pacienta nemůžeme hovořit obecně, ale vždy až ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi. Indikace představuje odborný úsudek ošetřujícího lékaře o tom, zda určitý lékařský výkon je vhodný pro dosažení společně stanoveného cíle léčby a zda se z medicínského pohledu jedná o přiměřený prostředek. Přitom musí být brána v úvahu míra úspěšnosti daného výkonu a jím způsobená zátěž a

rizika. Stanovení indikace je tedy plně v kompetenci lékaře – jde o jeho odborný úsudek, který ovšem bere v potaz stanovený cíl léčby. Preference pacienta jsou tedy pro indikaci určitého výkonu důležité, ale nikoliv přímo, pouze zprostředkovaně – přes cíl léčby.

Příloha 7. Metodický návod k postupu výzkumníků při anonymizaci osobních údajů a dalších informací s ohledem na zásady ochrany osobních údajů

Pro výzkumný projekt: Projekt TAČR éta TL05000114: Zvyšování morální kompetence v medicíně

Účastníci projektu: 2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Zpracováno ke dni 1.9.2022

Zpracovali:

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M., hlavní řešitel projektu

Mgr. et Mgr. Martin Zielina, Ph.D., vedoucí týmu účastníka 2. LF UK

doc. et doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., vedoucí týmu účastníka LF UP

Verze 1.2.

1. Preamble

Cílem tohoto metodického návodu je nastavit členům řešitelského týmu jasná a striktní základní pravidla anonymizace osobních údajů s ohledem na základní principy ochrany osobních údajů, v souladu s platnými právními předpisy a etickými standardy. Cílem je zabezpečit, aby byla v maximální možné míře respektována práva osob a ochrana jejich soukromí a osobních údajů. Veškeré osobní údaje jsou a musí být anonymizovány, včetně možné nepřímé identifikace skrze narativní příběhy. Anonymizace je prováděna u dvou kategorií subjektů údajů, u účastníků výzkumu, kteří zpracovávají tázací arch a dále u všech osob, které se vyskytují v kazuistikách. Všichni účastníci týmu jsou s tímto metodickým pokynem podrobně seznámeni a zavazují se postupovat podle pravidel v něm nastavených.

2. Právní předpisy

Základními právními předpisy, jimiž se postupy výzkumného týmu řídí, jsou:

- nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) – dále jen „GDPR“,

- zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů,
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- výkladové stanovisko Úřadu pro ochranu osobních údajů na adrese <https://www.uoou.cz/ze-zdravotnictvi/ds-5141/p1=5141>

3. Základní principy a pojmy

3.1. Osobními údaji rozumí veškeré informace o identifikované nebo identifikovatelné fyzické osobě (dále jen „*subjekt údajů*“); identifikovatelnou fyzickou osobou je fyzická osoba, kterou lze přímo či nepřímo identifikovat, zejména odkazem na určitý identifikátor, například jméno, identifikační číslo, lokační údaje, síťový identifikátor nebo na jeden či více zvláštních prvků fyzické, fyziologické, genetické, psychické, ekonomické, kulturní nebo společenské identity této fyzické osoby. Osobním údajem je tedy každá informace, pokud se týká konkrétního určeného nebo určitelného člověka.

3.2. Anonymizace je technika zpracování dat, při které se odstraňují nebo upravují informace umožňující zjištění totožnosti. Výsledkem jsou anonymizovaná data, která nelze přiřadit k žádné konkrétní osobě. Anonymizace je zásadním opatřením pro zajištění ochrany soukromí.

3.3. Pouze anonymizovaná data lze ve výzkumné studii používat, případně externě zveřejňovat.

3.4. Tento metodický pokyn upravuje nastavení postupu,

a) který by zamezil jakékoliv přímé *identifikaci jakékoliv osoby* zveřejněním nebo jiným zpřístupněním explicitních údajů jednoznačně určujících konkrétní fyzickou osobu, jíž se tyto údaje týkají

b) který by zamezil identifikovatelnosti (určitelnosti) fyzické osoby, tj. zamezil možnosti, že správce osobních údajů, zpracovatel nebo kdokoliv další, dokázal vztah konkrétních publikovaných informací ke konkrétní fyzické osobě vyvodit prostřednictvím propojení s jinými informačními zdroji nezávislými na rozsahu zveřejněné informace; tedy buď z informací, kterými disponuje přímo on, nebo z informací veřejně dostupných, popřípadě z informací v dispozici jiného subjektu.

3.5. Při výzkumném projektu se rozlišují následující dvě kategorie možných subjektů údajů:

a) účastník výzkumu, tj. lékař (stážista) vyplňující anonymizovaný tázací arch, v predatestační přípravě v rámci specializovaného vzdělávání (dále jen „*účastník výzkumu*“)

b) neidentifikovaná osoba, jež se objevuje v kazuistice předložené účastníkem výzkumu, nejčastěji pacient nebo jiné osoby (dále jen „*pacient*“)

3.6. Tázací arch je arch využívaný v projektu, na nějž účastníci výzkumu popisují situace z jejich praxe, které vnitřně pociťují za morálně sporné, případně morálně dilematické. Kromě toho

obsahuje i statistické údaje o osobě účastníků výzkumníku, které však nemohou posloužit k identifikaci ani identifikovatelnosti vyplňujícího účastníka výzkumu.

4. Proces při vyplňování tazacího archu a anonymizace dat účastníků výzkumu

4.1. Před vyplňování tazacího archu je vždy získáván ústní informovaný souhlas uvedených subjektů. Všichni účastníci výzkumu jsou přítomnými výzkumníky náležitě a citlivě poučeni, informováni o účelu projektu a vyplňování tazacího archu, o jeho prospěšnosti pro studenty medicíny i další lékaře v předatestační přípravě. Účastníci výzkumu mohou klást výzkumníkům doplňující dotazy o účelu projektu, k jednotlivým položkám tazacího archu, i k informovanému souhlasu, který je podrobně uveden na konci tazacího archu. Účastníci výzkumu jsou explicitně upozorněni na to, že v tazacím archu nemohou vyplňovat osobní údaje vedoucí k určitelnosti pacienta (tj. zejména není umožněno vyplňovat jeho jméno, příjmení, datum narození, atd.). Účastníci výzkumu jsou dále informováni, že s kazuistikou nebudou osobně přímo spojováni, ani to technicky není proveditelné, neboť jejich osobní údaje jsou anonymizované.

4.2. Po podání informací a podání ústního informovaného souhlasu s účastí na výzkumné studii účastníci výzkumu vyplňují anonymizované údaje v tazacím archu. Záměrně není získáván podpis účastníků - v takovém případě by totiž bylo nutné (a tím pádem i možné) identifikovat účastníky výzkumu, kteří vyplňují tazací arch, když také podpis má charakter osobního údaje, který není anonymizován. V rámci toho, že jsou od účastníků sbírána data pouze a výhradně pro statistické a výzkumné účely (zejména pro kategorizaci dat, kódování a analýzu dat) bez uvedení jména a příjmení. Na základě uvedených údajů nelze identifikovat danou konkrétní osobu (účastníka výzkumu).

4.3. Od účastníku výzkumu jsou v tazacím archu sbírána následující data: pohlaví, věk, specializace, doba praxe, kraj, druh poskytování zdravotních služeb a velikost poskytovatele podle počtu lůžek; tj. nejsou uvedeny *prostředky přímé identifikace účastníků výzkumu*, tj. jméno, příjmení, adresa bydliště, datum narození, místo narození, rodné číslo, či jiné identifikační číslo, podpis. Tyto informace jsou užívány pouze pro statistické nebo výzkumné účely, na něž se podle odst. 26 Preambule GDPR nevztahuje ochrana osobních údajů. K těmto datům mají přístup pouze vybraní členové výzkumného týmu (sběr a přepis kazuistik), kteří jsou zkušenými výzkumníky a rovněž jsou osobně poučeni podle tohoto metodického pokynu hlavním řešitelem.

4.4. Ze strany výzkumného týmu nelze dojít k identifikaci nebo identifikovatelnosti osoby. V případě, že by i přes výslovné upozornění účastník výzkumu jakýkoliv prostředek k přímé identifikaci účastníka výzkumu na tazacím archu uvedl, bude předmětný tazací arch skartován.

4.5. Údaje jsou identifikovány maximálně na obecné úrovni, nikdy na úrovni jednotlivých respondentů. Projektový tým z principu nemůže mít možnost identifikovat jednotlivé účastníky výzkumu.

4.6. Údaje účastníků výzkumu jsou pro výzkumný projekt užívány jednak pro účely statistické, jednak jsou odůvodněny při následném užití eticky sporných kazuistik při výuce, a to z důvodu jejich autentičnosti. S některými dilematy se potýkají lékaři spíše ve velkých nebo naopak malých zařízeních, jde i o zkušenost lékaře (tj. přibližný věk) a jeho odbornost a také o jeho pohlaví.

5. Postupy výzkumného týmu při zpracování tazacího archu

5.1. Sebrané tazací archy jsou předloženy koordinátorovi týmu k jejich přepisu. Koordinátor přepíše kazuistiku z tazacího archu do formátu krátkého souvislého textu se snahou o zachování maximální podobnosti s původní verzí získanou z tazacího archu do elektronického souboru (word, excel). V případě, že text obsahuje značky, zkratky, obtížné nebo zkrácené větné konstrukce, rozepíše nebo přepíše je do textu kazuistiky tak, aby byly co nejvíc srozumitelné.

5.2. Přepsaný text je předán členovi výzkumného týmu – absolventovi lékařské fakulty (dále jen „lékař výzkumník“), který posoudí vyplněnou kazuistiku z formálního a obsahového hlediska. Lékař výzkumník zejména zkoumá medicínské hodnocení, např. četnost výskytu obdobných případů v medicínské praxi, důležitost morálního dilematu v kauze uvedeném, zařazení do skupiny obyvatel, apod.

5.3. Na základě vlastního posouzení lékař výzkumník roztřídí kazuistiku do následujících tříd:

: a) kazuistika k vyřazení z důvodu obsahových a ochrany osobních údajů – jedná se o kazuistiku, která je po jejím podrobném prozkoumání shledána jako zcela ojedinělá, jedinečná a neopakovatelná, přičemž na základě toho by mohlo dojít jinými osobami k určení identity osoby pacienta (např. z důvodu jedinečnosti onemocnění, naprosté ojedinělosti situace v medicínském prostředí, apod.). K de-identifikaci osob/y v kazuistice přitom nejsou postačující techniky anonymizace dat, které jsou používány v čl. 6 tohoto metodického pokynu. Tyto kazuistiky jsou označeny skartačním znakem S a jsou připraveny k vyřazení a skartaci, včetně veškeré dokumentace s tím související;

: b) kazuistika k vyřazení z důvodu formálních – v tazacím archu je některá formální chyba, případně více formálních chyb (např. nejsou vyplněny podstatné kolonky v tazacím archu, po posouzení se nejedná o kazuistiku, protože se jedná např. o přepis případu, který se objevil v médiích, apod.). Tyto kazuistiky jsou označeny skartačním znakem V. Pokud taková kazuistika není zároveň označena skartačním znakem S (tj. důvodem vyřazení zároveň není ochrana osobních údajů), je předložena výzkumného týmu k posouzení, zda by nebylo možné ji použít;

: c) kazuistika, která bude předložena k metodám anonymizace – po posouzení kazuistiky dojde lékař výzkumník k závěru, že z kazuistiky by jiné osoby na základě uvedených informací mohly vyvodit prostřednictvím propojení s jinými informačními zdroji identifikaci konkrétní osoby, taková kazuistika bude označena znakem A a předána k postupu de-identifikace podle postupu uvedeném v čl. 6;

: d) kazuistika, údaje, informace a jiná data v ní jsou anonymizovaná, nelze z nich ani z dalších informačních zdrojů dospět k identifikaci nebo identifikovatelnosti subjektu údajů, taková kazuistika bude označena znakem U a předána výzkumnému týmu k dalšímu zpracování pro výzkumné účely.

6. Postupy anonymizace kazuistik se znakem A

6.1. Kazuistika označené znakem A jsou předloženy k anonymizaci. Základní zásadou při metodě anonymizace je zásada, že z údajů v kazuistikách není možné objektivně jakkoliv identifikovat ani nepřímo dovodit určitelnost osob, tj. pacientů a jiných subjektů údajů.

6.2. Při anonymizaci se používají následující metody

a) generalizace dat a informací, při níž ze souboru dat část údajů odstraňujeme nebo je nahrazujeme společnou hodnotou, tak aby soubor dat byl standardizován pro větší počet případů,

b) modifikace dat a informací, jejich doplnění,

c) k přidání tzv. datových šumů, mající narativní podobu a modifikující příběh.

6.3. Při generalizaci dat, údajů a informací zejména dochází k abstrahování kazuistiky do obecného etického dilematu, typicky přidáním dalších informací z více kauz. V takovém případě má dojít k tomu, aby se jednalo o obecnou, paradigmatickou kauzu, tj. kauzu modelovou. Podstatná je jedinečnost etického problému, etického dilematu nebo eticky sporné situace, nikoliv vlastního příběhu

6.4. Při modifikaci dat a informací dochází k proměně možných potenciálních osobních údajů, které by mohly vést k identifikaci subjektu; např. k modifikaci věku, pohlaví, místa poskytování zdravotních služeb, apod. pokud je to v dané kazuistice realistické. Tato modifikace probíhá vždy, pokud je to reálně možné, pokud však není postačující k de-identifikaci osoby, využijí se i ostatní metody anonymizace popsané v odst. 6.3. a 6.5.

6.5. Při přidání datových šumů je ke kazuistice přidána nová narace, která zachová etický problém, zcela ovšem modifikuje příběh. K modifikaci kazuistiky dochází tak, že se vytváří nový scénář (doplnění jiných údajů, modifikace nemoci, rodinného zázemí, apod.), který kazuistiku pozměňuje do té míry, aby pro jakoukoliv osobu nebyl identifikovatelný subjekt údajů.

6.6. Po procesu anonymizace je kazuistika znovu prozkoumána lékařem výzkumníkem, aby došlo k jednoznačnému rozhodnutí o tom, že kazuistika je anonymizovaná a je možné ji označit znakem U. Po tomto anonymizačním procesu musí být veškeré informace anonymní tak, že subjekt údajů již přestal být identifikovatelným.

6.7. Pouze takto zobecněná a pozměněná kazuistika je případně užitečná pro veřejné šíření pro účely výzkumného projektu.

7. Účel využití anonymizovaných kazuistik

7.1. Anonymizované kazuistiky jsou užívány pouze pro výzkumné účely.

7.3. Cílem projektu je zvýšení morální kompetence mediků a jejich schopnost rozhodovat se v eticky sporných situacích. Kazuistiky jsou využívány pro účely edukace prostřednictvím specifických výukových metod, které jsou užívány v projektu. Anonymizované kazuistiky jsou zpracovány experty z jednotlivých oblastí a jsou vytvářeny doporučené postupy pro postupy v obdobných situacích.

7.2. Účelem kazuistik je zachycení modelových eticky obtížně řešitelných případů (tzv. hard cases), které jsou jako obtížné vnímány českými lékaři. Jde o zachycení etického problému, etického dilematu nebo eticky sporné situace, nikoliv jedinečnost příběhu. Pro účely výukových metod je vhodná jistá míra obecnosti kazuistiky, kterou lze analogicky použít na jiné případy, které se objevují v medicínské praxi. Tj. jedná se o zachycení tzv. paradigmatických kauz, které svým modelovým obsahem mohou napomoci při řešení kauz a uvažování o nich. Na základě posuzování případů, jejich opakování, analogie, abstrakce, induktivní metody a kritické reflexe podobností a rozdílů se pak dovozuje morální řešení i v konkrétních případech, které mohou nastat v praxi.

Příloha 8. Pokyny pro zpracování kazuistiky pro studenty 3. ročníku 2. LF UK

Podmínky pro získání zápočtu

Zimní semestr

Zápočet za zimní semestr proběhne formou zápočtového pohovoru před kruhem, přičemž student/ka zpracuje eticky spornou kazuistiku a písemně ji zpracuje. Pro označení práce volíme termín „zápočtová práce“.

Organizace zkouškového pohovoru

Přihlášení:

Zápočtové termíny jsou rozepsány podle jednotlivých kruhů. V případě, že student bude potřebovat z omluvitelných důvodů absolvovat zápočet informuje o tom Mgr. et Mgr. Martina Zielinu, Ph.D. a JUDr. Adama Doležala, Ph.D., LL.M. (emaily vizte níže)

Místo:

Pohovory v kruzích budou probíhat na Ústavu lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. LF UK podle rozvrhu a podle informací v sis.

Zkoušející:

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M.

adam.dolezal@lfmotol.cuni.cz

Mgr. et Mgr. Martin Zielina, Ph.D.

martin.zielina@lfmotol.cuni.cz

Nutné podmínky

Formát:

Zápočtové práce odevzdávejte výhradně formátované šablonou „Vzorová kazuistika“. Kazuistika má být zpracována dvěma přístupy, přístupem principialistickým a přístupem Přístup čtyř rovin. Vzorová kazuistika je zpracována na stránkách Moodle. Kromě toho je také na Moodle vložena tabulka s rozpracovanou Přístup Čtyř rovin (jsou zde uvedeny metodické otázky, na základě nichž se lze orientovat) a metodou Principialismu (jsou zde uvedeny obsahy jednotlivých principů).

Rozsah:

Musí být pokryté veškeré důležité aspekty předkládané eticky sporné kazuistiky, minimálně však 60 řádků strojopisu tj. dvě „normostrany“, tj. min. 3600 znaků včetně mezer.

Odevzdání:

Zápočtovou práci odevzdejte vytištěnou s předstihem alespoň 10 dnů před termínem zápočtového pohovoru a zašlete na email zkoušejících.

Téma kazuistiky

Jaké téma kazuistiky si zvolit? Téma je poměrně volné, lze vybrat kazuistiku z medicínského prostředí, která v sobě obsahuje etický problém. Kazuistika může být reálná, i vymyšlená, případně lze využít soubor kazuistik na stránkách www.etikamedika.cz nebo z amerického prostředí [Cases | Journal of Ethics | American Medical Association \(ama-assn.org\)](http://Cases.JournalofEthics.AmericanMedicalAssociation.org).

Kontrolní otázky pro vaši práci

Šablona:

Použil(a) jsem šablonu „Vzorová kazuistika“?

Obsah:

Využil(a) jsem při zpracování obou metod (Přístup čtyř rovin i Principlialismus)? Je kazuistika eticky sporná, tj. obsahuje etický problém či etické dilema?

Rozsah:

Splňuje můj text požadovaný rozsah alespoň 3600 znaků včetně mezer? Zahrnuje všechny potřebné aspekty Přístupu čtyř rovin a principlialismu?

Příloha 9. Vzor zpracované kazuistiky pro studenty 3. ročníku 2. LF UK

Vzor analýzy bioetické kazuistiky

Handout pro potřeby zpracování kazuistiky

Vypracoval: Adam Doležal, Ph.D.

Vzorová kazuistika je zpracována podrobněji, než je potřeba pro zápočet, lze se o ni opřít v případě rozboru vlastního případu. Postačující rozsah jsou dvě normostrany.

Vzorová kazuistika je strukturována takto:

1. Představení případu
– výstižné představení situace bioetického případu.
2. Analýza metodou čtyř rovin
– ukázka analýzy pomocí kazuistické metody čtyř rovin („four boxes method“)
3. Principlistická analýza
– ukázka analýzy pomocí principlismu.

1. Představení případu

Na chirurgickou ambulanci byl kolem jedné hodiny ranní přivezen pacient v podnapilém stavu s tržnou ránou na hlavě. Muž, cca 60letý, s evidentními známkami abúzu alkoholu, pomočený, zapáchající, s 20 cm vydatně krvácející tržně zhmožděnou ránou vlasaté části hlavy, neschopen provedení dechové zkoušky (opakovaně). Anamnestické údaje z rozhovoru s pacientem nebylo možné získat. Odmítá jakékoli ošetření – odběr krve, RTG, či CT vyšetření hlavy, zašití a ošetření krvácející rány v lokální anestezii (tj. umrtvení místa rány za účelem chirurgického ošetření). Pacient je vulgární, fyzicky i slovně je agresivní vůči zdravotnickému personálu.

2. Analýza metodou čtyř rovin

Lékařská indikace:

a) Anamnéza

Osobní anamnéza:

- Věk: cca 60 let
- Pohlaví: muž
- Jméno: neznámé
- Vzdělání: neznámé
- Diagnóza

Rodinná anamnéza – neznámá

Sociální anamnéza – neznámá

b) Jaký byl pacientův medicínský problém?

Pacientův medicínský problém je problém akutní vzhledem k úrazu, jedná se zřejmě o urgentní situaci s možnými kritickými následky. Úraz může být i život ohrožující, vzhledem k možnosti epidurálního krvácení, při kterém by v horizontu několika hodin mohlo v krajním případě dojít k poruše vědomí a zástavě dechu v důsledku útlaku mozkového kmene.

c) Jaké jsou cíle léčby?

Základním cílem je záchrana života pacienta, ošetření tržné rány, a doplnění vyšetření CT mozku k vyloučení nitrolebních komplikací (krvácení, fraktura lebky). Pokud by bylo prokázáno lehké mozkové poranění, případně zjištěny jiné rizikové faktory, pacient by byl hospitalizován a pozorován do druhého dne. V případě zjištění nitrolební komplikace (např. prokrvácená kontuze mozku, subdurální hematom, subarachnoidální krvácení apod.) měl by být kontaktován i neurochirurg.

Vzhledem k předběžné diagnóze by bylo vhodné pacientovi změřit základní životní funkce (tlak, tepová frekvence, dechová frekvence a teplota těla), ošetřit tržnou ránu, doplnit CT mozku k vyloučení nitrolebních komplikací (krvácení, fraktura lebky), změřit hladinu ethanolu v krvi a provést neurologické vyšetření.

d) Za jakých okolností není zamýšlená léčba indikovaná?

Uvedená léčba je z medicínského hlediska léčbou indikovanou. Relativní kontraindikací pro CT vyšetření může být těhotenství, což u pacienta – muže není nutné brát v potaz. Z lékařského hlediska tak lze považovat veškeré navrhované postupy považovat za indikované, jedinou „nemedicínskou“ kontraindikací mohou být preference pacienta a jeho odmítání léčby.

e) Jaké jsou pravděpodobnosti úspěchu jednotlivých variant postupu?

Pravděpodobnost úspěchu závisí na správné diagnostice, kterou ale pacient odmítá. Nicméně pokud by byl pacient spolupracující, léčba by měla být s velkou pravděpodobností úspěšná.

f) Jak celkově může pacient profitovat z lékařské a ošetrovatelské péče a jak můžeme zabránit poškození pacienta?

Základním profitem v tomto případě je možná záchrana života, případně zabránění závažných celoživotních zdravotních následků. Vzhledem k zjevné ebrietě (opilosti) a dezorientaci u pacienta hrozí opakování pádu s novým úrazem hlavy. Nejpravděpodobnější komplikací úrazu je „pouhé“ lehké mozkové poranění, kdy by v následujících dnech mohl pacient trpět amnézií na událost a příp. bolestmi hlavy. Závažnějšími komplikacemi by byly kontuze mozku, traumatické subarachnoidální, subdurální či epidurální krvácení, které by se kromě bolestí hlavy či zvracení mohly projevit zhoršením stavu vědomí, neurologickým deficitem odpovídajícím lokalizaci léze CNS, příp. akutním symptomatickým epileptickým záchvatem. Tyto příznaky mohou být přítomny již vstupně, ale mohou se rozvinout až v horizontu několika hodin, proto observace pacienta s lehkým mozkovým poraněním (bez zn. nitrolebních komplikací na vstupním CT mozku) trvá standardně 24 hodin.

Preference pacienta

a) Jak byl pacient informován o benefitu a rizicích diagnostických a terapeutických opatření – pochopil tyto informace a souhlasil s nimi?

Pacient byl informován, ale vzhledem k jeho ebrietě nebyl schopen informace zpracovat a rozumně o nich uvažovat. Vzhledem k uvedené opilosti informace nepochopil a nebyl s nimi schopen pracovat, ani s nimi souhlasit a vyjádřit tak svolení s navrhovaným postupem.

b) Je pacient svéprávný a způsobilý k právnímu jednání (kompetentní) nebo jsou zde některé indicie vedoucí k závažné pochybnosti o schopnosti udělit validní souhlas?

Pacient je pravděpodobně svéprávný (resp. nelze dohledat soudní rozhodnutí o omezení svéprávnosti), nicméně vzhledem k jeho stavu jsou zde závažné důvody k pochybování o jeho způsobilosti k právnímu jednání. Jeho kompetence se na první pohled zdá být omezená. Využijeme-li metody CURVES (akronym, C znamená choose and communicate, U – understand, R – reason, V – values, E – emergency, S – substitute judgment), pak se zdá, že jeho schopnosti rozhodování, komunikace, uvažování i posuzování vlastního hodnotového rámce jsou zásadně narušeny. Z tohoto hlediska lze pacienta posoudit jako nekompetentního, a tedy neschopného udělit platný negativní revers. V takovém případě není možné jeho rozhodnutí považovat za validní. Zároveň se vzhledem k možnému ohrožení života jedná o situaci neodkladné péče, která může být poskytnuta bez informovaného souhlasu. Zástupný souhlas není možný, neboť není možné zjistit jakékoliv údaje o pacientovi.

c) Pokud je toho pacient duševně schopen, jaké preference vyjadřuje?

Ačkoliv pacient odmítá léčbu, nelze toto jeho rozhodnutí v dané situaci považovat za rozhodnutí kompetentního pacienta. V takovém případě není možné toto rozhodnutí a tím i preference pacienta respektovat.

d) Nechce pacient spolupracovat (nebo nemůže)?

Pacient díky své opilosti odmítá spolupracovat a je agresivní vůči personálu.

Kvalita života

a) Jaké vyhlídky k návratu do normálního života má pacient s léčbou a bez léčby?

V případě léčby jsou vyhlídky na návrat k normálnímu životu velmi dobré, pokud se neobjeví neočekávané komplikace. Naopak v případě neléčení sice nemusí dojít ke komplikacím, ale v případě že nastanou, mohou mít drastické dopady na života pacienta – a to včetně jeho úmrtí, či trvalého závažného postižení.

Kontextuální charakteristiky

a) Jaké právní souvislosti mohou ovlivnit klinické rozhodnutí?

Informované odmítnutí nebo tzv. negativní revers je upraveno v ustanovení § 34 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Obecně z tohoto ustanovení lze dovodit, že pacient má právo odmítnout péči. Ústavní soud ČR se v tomto smyslu jasně vyslovil např. v nálezu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000, kde konstatoval, že právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit. Svěprávná osoba, plně způsobilá k právnímu jednání a schopná úsudku, má beze všeho sporu právo na odmítnutí poskytování zdravotních služeb, i kdyby to mohlo znamenat významné ohrožení jejího zdraví a života. Nicméně v dané konkrétní situaci je nutné brát v potaz zejména aktuální způsobilost k právnímu

jednání, tedy schopnosti pacienta vyslovit nesouhlas z důvodu tzv. duševní poruchy, pod níž je možno zahrnovat i opilost či jednání pod vlivem jiné návykové látky. Ustanovení § 581 občanského zákoníku výslovně uvádí, že „neplatné je i právní jednání osoby jednající v duševní poruše, která ji činí neschopnou právně jednat“. Pokud se osoba nachází momentálně (či přechodně) ve stavu duševní poruchy, byť se jinak jedná i o člověka plně svéprávného, nemůže učinit platné právní jednání, a tedy ani učinit informovaný souhlas. Za duševní poruchu se chápe takový duševní stav, ve kterém člověk nedokáže rozeznat obsah a podstatu svého jednání. Sem spadá i stav těžké opilosti, jak je tomu v tomto konkrétním popsáném případě. Poskytovatel zdravotních služeb, resp. ošetřující tým jeho zaměstnanců, budou postupovat, jako by souhlas nebylo možné opatřit, bude se jednat o případ bezsouhlasové péče.

Vzhledem k tomu, že jsou vážně narušeny rozpoznávací a ovládací schopnosti pacienta, je nutné posoudit podmínky nutné pro: 1. hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu, 2. poskytnutí péče bez souhlasu a konečně v uvedeném případě i, 3. k omezení volného pohybu pacienta.

3. Principialistická analýza

Základní etické otázky – konflikty mezi principy

V tomto konkrétním případě se objevuje základní dilema mezi medicínským postupem, který by zajistil nejvyšší prospěch pro pacienta a uchránil jej před ohrožením jeho zdraví a života, na druhé je tu princip respektu k autonomii, z něhož vyplývá respekt k rozhodnutí pacienta, i když odmítá léčbu. Právo na autonomní rozhodnutí je ovšem problematizováno v případě, kdy pacient není v aktuálním stavu kompetentní, jeho kognitivní schopnosti a rozhodovací schopnosti jsou zásadním způsobem narušeny. Konečně v tomto případě musí být zkoumáno také právo na ochranu členů zdravotnického týmu před případným nebezpečím, které jim hrozí od agresivního pacienta. Základní otázky pro etickou analýzu jsou následující:

- Je pacient ve stavu opilosti pacientem kompetentním. Může rozhodovat o sobě samém?
- Může být omezena jeho autonomie, pokud je jeho kompetence zásadním způsobem snížena?
- Jak postupovat v případě agresivního pacienta? Lze zasáhnout do jeho integrity bez svolení?

Princip beneficence a nonmaleficence

Z hlediska beneficence lze odkázat na popsáný postup ve standardním medicínském rozboru pro takovou situaci (postup lege artis). Tj. u pacienta by mělo dojít k měření základních životních funkcí, k ošetření tržné rány, provedeno vyšetření CT mozku, provedeno neurologické vyšetření a další potřebné kroky, včetně případné hospitalizace a observace. Medicínský tým správně navrhoval daný postup, což je plně v souladu se zásadami beneficence a nonmaleficence, jím navrhovaný postup by přinesl pacientovi nejvíce benefitů a omezil by možné negativní následky. Pacient se však veškerým těmito krokům brání a odmítá veškerou léčbu. Jeho odmítnutí může vést k závažnému poškození jeho zdraví, případně dokonce k ohrožení jeho života. V tomto případě je tedy aplikace principu beneficence a nonmaleficence v konfliktu s principem respektu k autonomii pacienta.

Princip respektování autonomie pacienta

Z hlediska principu respektování autonomie mohou osoby, které jsou kompetentní, rozhodovat o postupu poskytované léčby, a to včetně rozhodování o tom, zda jim některé výkony budou poskytnuty či nikoliv. V současném bioetickém diskurzu převládá názor, že u kompetentního pacienta princip autonomie v případě odmítnutí léčby (negativního reversu) převáží principy beneficence a nonmaleficence, a to i v situaci, kdy by takové odmítnutí mohlo vést k závažnému poškození zdraví či úmrtí pacienta. Rozhodnutí pacienta však nemůže být respektováno, pokud pacient v okamžiku svého rozhodování není osobou kompetentní. Odmítnutí léčby ze strany nekompetentní osoby nemůže být považováno za autonomní rozhodnutí a nemá být respektováno – v takovém případě z důvodu ochrany zájmů pacienta převažují principy beneficence a nonmaleficence.

V dané kazuistice má lékařský tým pádné důvody k tomu, aby o kompetenci pacienta pochyboval. Za prvé, pacient činí na první pohled iracionální, nelogické rozhodnutí, které je přímo v rozporu s jeho nejlepším zájmem. Za druhé, na základě vnějšího pozorování je zřejmé, že pacient je zřejmě pod vlivem návykové látky – alkoholu, která má významný vliv na jeho kompetenci. Pacient je dezorientován, jeho myšlení je chaotické, oslabeny jsou jeho komunikační schopnosti, schopnosti rozvažování a schopnosti racionálního rozhodování. Konečně za třetí je oslabena i schopnost pracovat s informacemi, které jsou pacientovi poskytovány lékařem nebo jiným medicínským personálem - zejména schopnost informace přijímat, vůbec jim porozumět (např. porozumět rizikům a následkům, které nastanou v případě odmítnutí péče) a udržet je relevantní dobu v paměti.

Všechny tyto empirické poznatky jsou důvodem k tomu, že medicínský tým správně rozhodl, že pacient v dané kazuistice není osobou kompetentní, a tedy způsobilou rozhodovat o dalším postupu léčby. Ve věci posuzování míry kompetence a její ovlivnění je nezbytná jistá opatrnost, je totiž možné, že ve stavu mírné podnapilosti bude osoba kompetentní. V daném případě tu máme všechny základní podmínky, které bývají vnímány jako podnět k přezkoumání kompetence – vliv návykové látky, iracionální a nelogické odmítání péče, snížená míra kognitivních schopností, dezorientace v prostředí i čase.

Ve shrnutí, pokud je u pacienta takto snížena kompetence, jeho rozhodnutí o odmítnutí léčby není skutečně autonomní, a proto by nemělo být respektováno. V tomto případě je z hlediska principů beneficence a nonmaleficence postupovat v léčbě i v rozporu s vyjádřenou vůlí pacienta.

Zároveň se zde (vzhledem k vážnému ohrožení života a zdraví) jedná i o tzv. neodkladnou péči, tj. nelze čekat na situaci, kdy o sobě bude moci pacient rozhodovat sám. Z toho důvodu rozhoduje o postupu léčby zdravotnický tým, nikoliv pacient sám (jedná se o tzv. bezsouhlasovou péči). Pacientova vyjádřená vůle totiž nemůže být považována za jeho vůli skutečnou.

Princip spravedlnosti

Z hlediska spravedlivého přístupu k aktérům daného případu mohou být možnosti omezení autonomie pacienta v tomto případě omezeny, a to tak, že pacient může být i nedobrovolně hospitalizován, případně odvezen na záchrannou stanici.

V takovém případě je nutné dodržovat přísné podmínky, které jsou stanoveny v právních předpisech, aby nedošlo k zásahu do pacientovy důstojnosti.