

**Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici
Fakulta humanitných vied**

PhDr. Daniela Koval'ová

**Aplikované etiky II.
Bioetika a medicínska etika**

**Banská Bystrica
2004**

Autor: PhDr. Daniela Kovařová

Recenzenti:

Prof. PhDr. Pavel Fobel, CSc.

prof. RNDr. Pavel Hraško, PhD.

ISBN 80-8055-996-1

OBSAH

Úvod	4
1 Základné pojmy	5
2 Zrod a vývoj bioetiky	9
2.1 Zrod bioetiky v USA	9
2.1.1 Príčiny vzniku bioetiky v USA	9
2.1.2 Impulzy „americkej“ bioetiky	14
2.2 Vznik a špecifiká bioetiky v Európe	20
2.2.1 Etapy vývoja „európskej“ bioetiky	20
2.2.2 Počiatky bioetiky na Slovensku	22
3 K pojmu, podstate a predmetu bioetiky	25
3.1 Ťažkosti s vymedzením pojmu	25
3.2 Podstata a predmet bioetiky (modely bioetiky)	27
4 Východiská etickej orientácie bioetiky	32
4.1 Utilitaristická etika a bioetika	32
4.2 Deontologická etika a bioetika	36
4.3 Náboženská etika a bioetika	40
4.4 Etika cnosti a bioetika	45
4.5 Etika diskurzu a bioetika	47
5 Fundamentálne princípy bioetiky	50
Záver	64
Zoznam bibliografických odkazov	66
Prílohy	69

ÚVOD

S pokrokom modernej biológie vznikajú mnohé etické problémy, ktoré sa dotýkajú nielen biológie, ale aj medicíny, nielen vedca, ale aj lekára, kde človek vystupuje nielen ako subjekt, ale aj ako objekt poznania, a navyše praktického pôsobenia. Vývoj biologických vied a rozvoj biotechnológií nielen, že rozširuje známe možnosti konať, ale aj umožňuje realizovať nový typ zasahovania do ľudského života. To, čo predtým bolo „dané“ ako organická príroda, prípadne bolo možné „vypestovať“, sa dnes zmenilo na sféru cieľavedomého zasahovania. Biológia tak dáva etike výzvu, lebo jej výsledky (perspektívy) vedú k vzniku takých situácií, ktoré z hľadiska jestvujúcich etických noriem nemožno jednoznačne hodnotiť. Je preto prirodzené, že „v etike sa postupne presadzujú nové trendy a iniciatívy, zamerané na jej kritické prehodnotenie so zdôrazňovaním jej novej úlohy súvisiacej s naliehavejšou praktickou orientáciou a spoločenskou prospešnosťou“ (Fobel, 2002, s.9). Takýmto novým trendom je bioetika, jedna z disciplín aplikovanej etiky, ktorá zareagovala na skutočnosť, že v posledných desaťročiach 20. storočia vzrástol záujem o problémy, súvisiace aj s používaním nových technológií vzhľadom na zachovanie a „vylepšenie“ života človeka (aj človeka samotného).

K tomu treba dodať, že v pluralitnej spoločnosti sa ďalekosiahle stratila záväznosť etických maxím jednodimenzionálneho zamerania a nahradila sa pluralitou hodnotových predstáv, princípov alebo orientačných meradiel. Odôvodniť absolútnosť mravného konania sa stáva čoraz ťažším. Už argumentácie pre alebo proti potratom, eutanázii a pomoci umierajúcim, alebo v otázke hraníc genetického výskumu ukazujú, že je veľmi obtiažne dospieť v týchto otázkach k všeobecne záväznému konsenzu.

Ponúkaná publikácia poskytuje možnosť oboznámiť sa s touto subdisciplínou aplikovanej etiky. V slovenskej odbornej literatúre aj napriek aktuálnosti tejto problematiky, doteraz absentuje systematický náčrt teoretických problémov bioetiky. Je pre ňu príznačné, že sa nachádza skôr vo fáze etablovania svojich základov, zatiaľ s nedostatočnou úrovňou teoretickej a vzdelávacej prezentácie.

Publikácia je jedným z prvých pokusov teoretického bioetického bádania na Slovensku, aj keď sa záujem o túto disciplínu v poslednom desaťročí prebudil. Faktom však je, že doteraz absentuje práca, ktorá by systematickejšie skúmala vznik a vývoj bioetiky ako disciplíny, zmapovala existujúci diskurz o jej statuse, povahe a predmete, vyjadrila jej vzťah k príbuzným disciplinám a uviedla argumenty svedčiacie o jej praktickej užitočnosti.

Publikácia sa môže stať užitočným sprievodcom pre všetkých, ktorí sa pri štúdiu bioetiky, ale aj medicínskej etiky (ako dôležitej subčasti bioetiky), chcú zorientovať v jej aktuálnom teoretickom a praktickom smerovaní.

1 ZÁKLADNÉ POJMY

V súčasnej dobe sa používa v súvislosti s označením etických problémov v medicíne, biomedicínskom výskume, génovom inžinierstve a pod., veľa pojmov, ktoré sa svojim obsahom viac-menej prekrývajú, ale nemožno ich považovať za synonymá. Ak nemá v diskusiách dochádzať k nedorozumeniam, je treba jednoznačne vymedziť obsahy jednotlivých používaných pojmov a zachovať ich čistotu.

ETIKA (gr. ethos, éthos – pastva, stajňa, bydlisko, spoločný príbytok, obyčaj, temperament, charakter; ethicos – etické cnosti; ethica – veda, ktorá skúma etické cnosti). Je tradične chápaná ako filozofická disciplína, ktorá pomáha človeku poznať, aký má v reálnom živote zaujať postoj. Pomáha mu hľadať odpovede na praktické otázky nášho života: „Čo mám alebo čo by som mal urobiť?“, „Čo je správne?“ To znamená, že etické poznanie sa nerozvíja samoúčelne, ale predovšetkým preto, aby našlo uplatnenie v praktickom konaní človeka, ktoré je charakterizované spojením rozumu a vôle. Etika sa zároveň zaoberá kritickou analýzou existujúcich morálnych noriem a predstáv (niektoré prijíma, iné odmieta). Nastoľuje určité normy a ideály ľudského správania, presadzuje idey o tom, čo má byť, čo je a nie je dobré, t.j. predpisuje ľuďom, ako by sa mali správať.

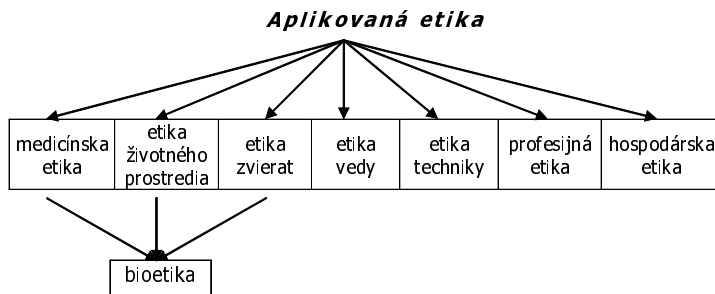
Etika je disciplína, ktorej predmetom skúmania je morálka.

MORÁLKA (lat. mos – mrav, obyčaj, charakter, správanie sa, vlastnosť, zákon, predpis; moralis – mravný, majúci vzťah k mravom; moralitas – morálka, reálny jav skúmaný etikou) je normatívna regulácia správania sa ľudí, ich mravy, predstavy o dobre a zle, ich reálny morálny svet. Morálne konanie ľudí je v spoločnosti riadené prostredníctvom verejnej mienky a svedomia. Morálka ako reálny jav zasahuje do všetkých oblastí života jedinca i spoločnosti.

APLIKOVANÁ ETIKA je etická reflexia morálky jednotlivých spoločenských oblastí a aktivít, v ktorej majú tendenciu uplatniť sa všetky etické princípy a ktorá je spojením teoretickej a praktickej etiky, ako aj zdôvodňovania a aplikovania. Termín etika tu dostáva nový význam, lebo už nejde o teoretickú reflexiu zameranú na zdôvodňovanie základov morálky, ale o proces normatívneho myslenia, ktorý sa týka konkrétnych oblastí praktickej činnosti. Jej úlohou je stále obohacovať oblasť praxe jednotlivých profesií o etické pojmy, hodnoty, princípy a normy, ako aj praktické, etické odporúčania. Aplikovaná etika má interdisciplinárny charakter (ponúka praktické riešenie konkrétnych špecifických situácií na základe integrovaného poznania). Rôzne oblasti pôsobnosti aplikovanej etiky zodpovedajú množstvu samostatných a nezávislých disciplín, v ktorých sa aplikovaná etika etablovala, a do ktorých sa súčasná aplikovaná etika člení.

Medzi disciplíny aplikovanej etiky (aj keď je pre ne zatiaľ charakteristické nejednotné členenie) zaradujeme v zásade profesijnú etiku: medicínsku etiku, etiku životného prostredia, etiku zvierat, etiku vedy, etiku techniky, profesijnú etiku, hospodársku etiku, bioetiku, atď.

Schéma čiastkových disciplín aplikovanej etiky:



PROFESIJNÁ ETIKA je chápaná ako špecifický typ aplikovanej etiky. Reprezentuje špecifický typ aplikácie a je vhodnou formou prezentácie účinnosti aplikovanej etiky v teoretickom aj praktickom význame. Aj keď na profesijnú etiku možno nazerať niekoľkými pohľadmi, väčšina profesií má svoje oficiálne etické princípy. Profesionálne konanie sa dá chápať ako stelesnenie kodifikovaných, principiálnych hodnôt a záväzkov.

Prvoradým a najdôležitejším poslaním profesijnej etiky pre profesionálov by malo byť to, že sa snaží pomáhať dosahovať vlastný úspech cez všeobecne prijateľné štandardy, ako aj poskytnúť kompetentnú službu. Profesionálne konanie je orientované cieľavedome a šťastie profesionálov sa meria schopnosťou dosahovať tento cieľ, ktorý je zadefinovaný v ich ideáloch.

Najnovším prístupom k profesijnej etike je prístup cez etiku cnosti. Tá sa zameriava na dobrý život profesionála, ktorý je schopný nájsť vo svojom poslaní isté naplnenie.

LEKÁRSKA (MEDICÍNSKA) ETIKA je pojem, ktorý súhrnne označuje etické problémy v medicíne (lekárstve). V odbornej literatúre je bližšie charakterizovaná ako profesijná etika, t.j. orientuje sa na skúmanie vzťahu lekár – pacient, ale aj na skúmanie normatívnej regulácie vzťahov v rámci medicínskej profesie. Predmetom lekárskej (medicínskej) etiky je riešenie morálnych problémov v špecifickej oblasti ľudského poznávania a konania, ktorej špecifickosť spočíva predovšetkým v tom, že lekár a sestra vykonávajú svoju prácu spravdla v podmienkach ľudskej núdze

pacienta, t.j. ide zväčša o problémy späté s liečením a ošetrovaním ľudí – o etické problémy v poskytovaní zdravotnej starostlivosti (napr. problematika ideálnej a dostupnej medicíny, práva pacientov, informovaný súhlas, paternalizmus lekára versus autonómia pacienta, atď.).

ZDRAVOTNÁ ETIKA je pojem, ktorý sa často (nesprávne) používa ako synonymum lekárskej (medicínskej) etiky, t.j. používa sa v rovnakom význame, ale fakticky ide o problémy, ktoré sa dotýkajú etiky zdravia (jednotlivca, populácie, spoločnosti).

ZDRAVOTNÍCKA ETIKA je pojem obsahovo odlišný od termínu lekárska (medicínska) etika. Súhrnne označuje etickú problematiku, týkajúcu sa zdravotníctva, hlavne zdravotníckych systémov.

OŠETROVATEĽSKÁ ETIKA („etika v ošetrovatelstve“; „etika v práci sestry“) je výraz, ktorý zahŕňa všetky etické problémy ošetrovateľskej aktivity v zdravotníctve.

LEKÁRSKA DEONTOLÓGIA (gr. to deon – povinnosť) je náuka o povinnostiach lekára voči pacientom, kolegom, úradníkom, verejnosti. V súčasnej dobe je rezervovaná pre užšiu oblasť lekárskej etiky, hlavne pre deontologické kódexy.

DEONTOLOGICKÝ KÓDEX je súhrn (morálnych) noriem, predpisov a zásad správania sa lekára pri výkone svojho povolania, ba i v každodennom živote. Slovenská lekárska komora vydala v roku 1992 Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory. Tento dokument je záväzný pre všetkých jej členov. (viď príloha A)

BIOETIKA je subdisciplína aplikovanej etiky. Aj keď sa bioetika tradične chápe ako synonymum lekárskej (medicínskej) etiky, je pojem širší než lekárska (medicínska) etika a je mu nadradený. Rozumie sa pod ním skúmanie etických problémov nielen v praktickom výkone lekárskej praxe, ale aj vo výskume, navyše v ešte širšom význame slova sa pojem používa aj na okruh problémov týkajúcich sa geneticky manipulovaných organizmov, problematiky životného prostredia, ochrany biologickej diverzity a nášho správania sa k zvieratám. K rozvoju bioetiky prispievajú jednak stále nové poznatky, ktoré prinášajú aj zložité morálne otázky (možnosť prakticky neobmedzene udržiavať pri živote chorých v hlbokom bezvedomí; možnosť zasahovať do ľudského genómu nielen za terapeutickým účelom; možnosť pestovať in vitro ľudské embryá a prevádzať na nich pokusy, a pod.), jednak pluralita etických prístupov.

V rámci bioetiky dnes rozlišujeme:

- a) *všeobecnú bioetiku* – zaoberá sa základmi etiky v tejto oblasti, t.j. hodnotami a princípmi, podieľa sa na tvorbe nových zákonov;
- b) *špeciálnu bioetiku* – zaoberá sa analýzou významných problémov v biologickej a lekárskej oblasti (napr. genetické inžinierstvo);
- c) *klinickú bioetiku* – rozoberá konkrétne prístupy v klinickej praxi a hodnoty, o ktoré pri tom ide, hľadá riešenia, ktoré by ich rešpektovali.

Ak je v praxi bioetická problematika len popisovaná a vysvetľovaná (podľa rôznych etických prístupov) používa sa pojem *deskriptívna bioetika*.

Iný prístup spočíva v tom, keď sa snaží identifikovať základné hodnoty, ktoré sú určitému biomedicínskeму problému vlastné, a nájsť zdôvodnenie pre etické pravidlá, ktoré treba rešpektovať aj v každom jednotlivom prípade – vtedy sa používa pojem *normatívna bioetika*.

Bioetika by nemala byť púhym jednoduchým a neutrálnym popisovaním návrhov, ale hodnotnou operatívnou pomocou pri závažných mravných rozhodovaniach v oblasti biológie a medicíny.

2 ZROD A VÝVOJ BIOETIKY

2.1 ZROD BIOETIKY V USA

V posledných desaťročiach 20. storočia vzrástol záujem o problémy, ktoré súvisia so zdravotnou starostlivosťou, používaním nových technológií vzhľadom na zachovanie a „vylepšenie“ života človeka (ako sú dialýza, transplantácie a pod.), ale aj o také spektakulárne hraničné oblasti, ako mimotelové oplodnenie, eutanázia, klonovanie, otázka vplyvu geneticky modifikovaných potravín na ľudský organizmus, atď., ktoré sú len príkladmi z celého spektra problémov a ktoré sú podmienené vedecko-technickým pokrokom v biologických vedách a medicíne.

Požiadavka jasných a jednoznačných noriem a návodov na orientáciu sa práve tam nemôže znieť s udrжанím plurality hodnotových systémov, kde biomedicínsky pokrok predostrel nové otázky.

Ani všeobecné etické predstavy, tradície, ani technicko-medicínske základy rozhodovania nestačia zodpovedať napríklad otázky ukončenia liečenia pri nevyliciteľných chorobách, otázky hraníc lekárskej manipulácie na začiatku života alebo zárodočných a telových buniek.

Pod vplyvom týchto problémov vznikla na prelome 60.–70.-tych rokov v USA bioetika ako nová disciplína. Zjednodušene by sa dalo konštatovať, že bioetika vznikla ako výsledok zrážky súčasného rozvoja vied o živote s tradičným svetom morálnych hodnôt a mravných princípov, t.j. „bioetika je predovšetkým výsledkom analýzy konkrétnych prípadov, ktoré zrodili veda a život a s ktorými sa nemôže vyrovnáť tradičná etika a morálka“ (Szawarski, 1986, s.22).

Dnešná biomedicínska veda (genetika) ponúkajú reálnu možnosť „darovať“ život (umelé oplodnenie), určovať a meniť jeho hodnotové parametre (génové inžinierstvo, transsexuálna chirurgia), „oddáľovať“ hodinu smrti“ (reanimácia, transplantológia, gerontológia). Nové možnosti sú nasmerované nielen na liečenie, ale aj na „riadenie“ ľudského života – vstupujú do protirečení s platnými morálnymi hodnotami a princípmi (napr. zničenie života v embryonálnom štádiu). Reakciou na tieto protirečenia je vznik bioetiky, „ktorá sa formuje ako systematické poznanie hraníc prípustnosti manipulácie so životom a smrťou človeka“ (Michajlova, Bartko, 1995, s.4).

2.1.1 PRÍČINY VZNIKU BIOETIKY V USA

Súčasnú svetovú bioetiku zásadným spôsobom ovplyvnil jej vznik a vývoj v USA. V tejto krajine vznikli a rozvíjali sa prvé univerzitné i mimouniverzitné centrá a pracoviská tohto odboru.

Prvé impulzy bioetiky možno zaznamenať podľa A. R. Jonsena na začiatku 60.-tych rokov 20.storočia v súvislosti s prudkým rozvojom biotechnológií, ktoré boli schopné udržať a predĺžiť život beznádejne chorých, a ktoré zároveň vyvolali závažné etické otázky:

- otázka výberu pacientov (počet žiadateľov presahoval reálne možnosti poskytnutia týchto technológií – koho uprednostniť?);
- otázka ekonomických a finančných kritérií (nie každý chorý bol schopný zaplatiť za svoju liečbu – chudobný versus bohatý?; koho vybrať a podľa akých kritérií?).

Podľa A. R. Jonsena a i. bioetikov, dátumom, ktorý možno považovať za zrod bioetiky v USA je rok 1962,¹ kedy na základe diskusií publikovaných v odborných časopisoch boli rozpracované a sformulované kritériá výberu chorých, ktorým nové biotechnológie mohli zachrániť život.

V tejto súvislosti možno hovoriť o troch faktoroch, ktoré ovplyvnili zrod bioetiky:

1. terapeutický
2. experimentálny
3. vedecký

1. Terapeutický faktor

V období po 2.svetovej vojne sa medicína v dôsledku veľkých vedeckých úspechov podstatne zmenila. Tieto zmeny viditeľne zasiahli hlavne terapeutickú oblasť (antibiotiká; chemoterapia; ožarovanie; liečenie srdcovo-cievnych chorôb; výrazné zlepšenie „kontroly pacienta“; vývoj zaznamenala aj „plúcna medicína“, zlepšila sa a výrazne sa zdokonalila aj chirurgia; výrazný pokrok zaznamenali aj transplantácie orgánov – napr. transplantácia obličiek a transplantácia srdca).

V konečnom dôsledku tieto terapeutické prínosy spôsobili radikálnu premenu medicíny v prospech záchranu života a zdravia chorých.

Na druhej strane, okrem spomenutých pozitív, ktoré prinášali úspechy v medicíne, vznikali otázky, či sú všetky tieto „novinky“, ktoré medicína začala využívať, aj „dobré“ (diskusie o transplantácii srdca a pod.).

2. Experimentálny faktor

Silný impulz pre vznik nových etických otázok dal biomedicínsky výskum (už počas 2.svetovej vojny). Stal sa však predmetom znepokojenia v USA predovšetkým v 2. polovici 60.-tych rokov 20.storočia v súvislosti so zneužívaním ľudí ako objektov

¹ Za zakladateľa bioetiky sa však považuje V. R. Potter, ktorý vo svojej knihe *Bioethics, Bridge to the Future* (1971) prvýkrát použil termín bioetika.

experimentov v biomedicínskom výskume (výskum syfilisu na vzorke 400 černochoch bez ich vedomia a súhlasu).²

3. Vedecký faktor

Je zrejmé, že terapeutický a experimentálny proces vychádzajú z vedeckých poznatkov. Je pre ne charakteristické, že sa bezprostredne „dotýkajú ľudí“ (pacientov) a prinášajú aj osôh (úžitok), aj škodu.

Experimentálna a vedecká činnosť smerovala aj do budúcnosti:

- tajomstvo dedičnosti (života) v súvislosti s objavom štruktúry dvojitej DNA (1952);
- „provokovala“ budúcnosť aj potenciál molekulárnej biológie v súvislosti s možnosťami „riadenia a vylepšenia“ ľudského života (eugenické, neoegenické projekty).

Tieto tri faktory podstatne prispeli ku vzniku bioetiky. Problémy sa neriešili len v úzkom (ohraničenom) kruhu vedcov a výskumníkov, ale zaujímali aj laikov a širšiu verejnosť, lebo sa dotýkali problematických filozoficko-etických otázok, ktoré vznikali v súvislosti so snahami radikálnym spôsobom zmeniť ľudskú prirodzenosť v jej fyzických, psychologických a sociálnych súvislostiach – napr. „stvorit“ novú formu ľudstva (klonovanie).

Ku vzniku bioetiky prispeli aj ďalšie okolnosti. Podľa D. Wiclera, D. Broka a i. odborníkov (bioetikov) jej vznik podmienili aj sociálno-politické udalosti na prelome 60.–70.-tych rokov 20. storočia – spoločenské hnutie za občianske práva „čiernych Američanov“, kampane za uznanie práv žien, amerických Indiánov, invalidov, mentálne indisponovaných ľudí. Predovšetkým hnutie za práva mentálne indisponovaných privedlo k formovaniu hnutia za práva pacientov a k vytvoreniu kódexu o právach pacientov.

Podobne uvažoval E. D. Pellegrino, (riaditeľ Inštitútu etiky Kennedyho univerzity v Georgetowne), keď zdôraznil, že zmeny v profesijnej medicínskej etike a vznik bioetiky podmienili štyri hlavné faktory: vedecký pokrok, morálny pluralizmus, demokratizácia a ekonomický faktor. Pri analýze fenoménu vedeckého pokroku zdôraznil predovšetkým „rozvoj prírodných vied a technológií“, výsledkom ktorých sú „reprodukčné techniky, génové technológie, možnosť liečiť a vyliečiť infekčné choroby, transplantácie orgánov,

2 Kongres USA ustanovil Národnú komisiu pre ochranu ľudských práv a ľudskej dôstojnosti účastníkov výskumu. Komisia pracovala v rokoch 1974 – 78 a zaslúžila sa o presadenie kritérií pre ochranu ľudských práv a ľudskej dôstojnosti, aj o zapojenie do diskusie verejnosti a odborníkov.

prenatálna chirurgia, atď., ktoré sú výzvou pre tradičné morálne hodnoty“ (Pellegrino, 1998, s.3).

Protirečenie medzi tradičnými morálnymi hodnotami a technickými možnosťami súčasnej medicíny sa prehlbilo v dôsledku „rastúceho morálneho pluralizmu (americkej) spoločnosti“ (Pellegrino, 1998, s.3). Za ďalšiu príčinu vzniku bioetiky možno považovať aj mohutné študentské protestné hnutie (koncom 60.-tych rokov) proti dovtedy platným hodnotám americkej spoločnosti – rasovému rozdeleniu, sexuálnej morálke, účasti vo vietnamskej vojne, výchovnej moci rodičov, spotrebiteľským vzťahom, atď. K ďalším faktorom, ktoré ovplyvnili vznik bioetiky možno zaradiť aj demokratickú aktivizáciu spoločnosti v každodennom živote (napr. spoločenské aktivity za právo umrieť pre ľudí, ktorí sa nachádzajú v komatóznom stave v priebehu roka a viac).

Dôležitú úlohu vo vývoji a formovaní bioetiky však mali aj ekonomické kritéria. Medicína orientovaná na zisk nevyhnutne mení vzťahy lekára a pacienta s dôrazom na právo autonómneho riešenia (zo strany pacienta) problémov, ktoré sa týkajú jeho zdravia.

V tomto sociálnom prostredí sa hlavnými témami bioetiky stali:

- personálna autonómia;
- práva pacientov;
- rovnosť (spravodlivosť) v dostupnosti liečebnej starostlivosti, liečiv, technológií a pod.

Spravodlivosť ako hlavný princíp bioetiky (v USA) sa stal jedným z dôležitých etických problémov, pretože vychádzal z názorov, že ak bude sloboda a autonómia osobnosti chránená, bude automaticky zabezpečená aj spravodlivosť. Tento problém je obzvlášť vypuklý v systéme zdravotníctva USA (dodnes), napr. pri rozdeľovaní zdrojov (liečiv, technológií a pod.), aj v súvislosti s dehumanizáciou medicíny, kedy sa vytvára „stena medzi lekármi a pacientmi“ a existuje „super“ medicína len pre privilegovaných.

Z ilustrácie uvedených faktorov, ktoré podmienili vznik a vývoj bioetiky v USA však nevyplýva, že bioetika je iba americkým fenoménom. Sociokultúrne faktory života americkej spoločnosti počiatku 70.-tych rokov umožnili prejaviť sa spoločným tendenciám v ľudskej kultúre, ktoré sa objavili aj v ostatných európskych štátoch, vrátane Slovenska:

a) Vedecko-technický faktor je prezentovaný biomedicínskymi technológiami, transplantáciami, umelým oplodnením, génovou terapiou. Vedecké poznanie, (v prípade bioetiky hlavne medicínsko-biologické), je svojou podstatou univerzálne a „spoločné“. Univerzálnosť vedeckého poznania spočíva v tom, že „veda ako systém objektívneho vedenia, jej obsah, nemôže byť prepojená s tými alebo inými osobitosťami jednotlivých národov, etnických skupín, aj celých regiónov. Toto, samozrejme, nevylučuje fakt, že v rôznych krajinách je

dosiahnutá rôzna úroveň jej rozvoja. Veda je svojou podstatou a obsahom nadnárodná“ (Ogurcov, 1995, s.8). Spoločné využívanie vedeckých poznatkov a ich výmena sú podmienkami existencie a rozvoja vedeckého poznania. E. Pellegrino správne tvrdí, že „bioetické problémy nemajú národné a kultúrne hranice“ (Pellegrino, 1998, s.16).

- b) Sociálny faktor je vyjadrený rastom sociálnej citlivosti k úspechom súčasnej vedy a techniky. Nový spoločensko-civilizačný fenomén je výsledkom vedy a jej nie vždy dobrých dôsledkov pre jednotlivca, aj spoločnosť. Stanovuje praktické úlohy v procese sociálnej regulácie vedeckej činnosti a experimentálnych výskumov. V spektre problémov súčasnej kultúry majú svoje miesto problémy sociálneho uznania a socializácie vedeckých objavov, problém sociálnej zodpovednosti vedcov – výskumníkov.³

Vzájomná prepojenosť vedeckých a sociálnych reakcií súčasnej biomedicíny vytvorila špecifickú duchovno-praktickú situáciu, ktorá si v druhej polovici 20. storočia vyžiadala svoje teoretické „pretvorenie“. Termín bioetika v 70.-tych rokoch 20.storočia bol pojmom, ktorý zahŕňal celú spleť sociálno-etických problémov súčasnej medicíny; jeden z najdôležitejších bol problém sociálnej ochrany práva človeka nielen na sebaurčenie, ale aj práva na život.

- c) Hodnotovo-svetonázorový faktor vyjadruje svetonázorový pluralizmus. Pojem svetonázorový pluralizmus predstavuje existenciu rôznych foriem chápania sveta. Za úspech demokratického procesu v súčasnej spoločnosti možno považovať priznanie rovnakých práv rôznym svetonázorom.

Dôraz na „právo môjho obrazu sveta“ nejakého subjektu súčasnej kultúry ohraničuje jeho možnosti byť pochopený a chápať druhých. Zmätkov v orientáciách a hodnotách aktualizuje úlohy „dialógu“, „zmluvy“, „porozumenia“...

Tieto úlohy nemôžu byť riešené bez nejakého zjednocujúceho základu, na ktorom má byť postavené vzájomné porozumenie. Takým základom je elementárny fakt života a vôle k životu. Univerzálna skúsenosť „vôle k životu“ zjednocuje ľudí, formuje vzájomné vzťahy medzi ľuďmi, určuje ich vzájomné porozumenie. „Zodpovednosť za všetko, čo žije, obzvlášť v podmienkach biotechnologickej

3 Prvým dokumentom, ktorý vyzdvihol problém morálnej zodpovednosti vedcov na úroveň sociálne významných „celocivilizačných problémov“, bol Norimberský kódex (1947), ktorý prijal Medzinárodný vojenský tribunál. Podkladom boli materiály o medicínskych experimentoch na ľuďoch, ktoré praktizovali nacistickí lekári na väzňoch v koncentračných táboroch počas 2. svetovej vojny. V roku 1976 Svetová medicínska asociácia prijala Helsinskú deklaráciu, v ktorej zdôraznila že „etické zabezpečenie“ medicínskych výskumov je nevyhnutnou podmienkou ich realizácie. Pod rastúcim vplyvom faktorov rizika v biomedicínskej praxi sa v národných systémoch zdravotníctva formujú osobité inštitúcie, tzv. etické komisie. Ich úlohou je regulácia biomedicínskych výskumov a medicínskej praxe s cieľom odvrátiť ich nevhodné (zlé) dôsledky, škodlivé pre ľudské zdravie a život.

hrozby tomu čo žije, nevyhnutne smeruje k vypracovaniu premysleného spoluprežívania a prijatia zodpovednosti.“ (Judin, 1998, s.23) Bioetika môže byť takouto unikátnou a univerzálnou možnosťou ako tento cieľ dosiahnuť.

2.1.2 IMPULZY „AMERICKEJ“ BIOETIKY

Bioetika v USA predstavuje v súčasnosti široko etablovanú vedeckú disciplínu s nemalým odborným, inštitucionálnym (i finančným) potenciálom s nezanedbateľným spoločenským (a politickým) dopadom. Prakticky každá lekárska fakulta má program alebo centrum biomedicínskej etiky, v krajine pôsobí mnoho samostatných vedecko-výskumných alebo výukových centier medicínskej etiky – bioetiky. „Americký model bioetiky, zväčša zhodný s tzv. školskou bioetikou bol široko exportovaný do univerzitných prostredí po celom svete, i keď najmä klasická európska filozofická škola naďalej pomerne úspešne odoláva silnejúcim amerikanizačným tlakom.“ (Glasa, 2000, s.10)

Medzi najznámejšie centrá bioetiky (medicínskej etiky) možno okrem Hastings Centra uviesť aj Kennedyho inštitút Etiky, založený v roku 1971 na pôde jednej z najznámejších univerzít USA – Georgetown University. Zabezpečuje výuku vo filozofii, etike a bioetike s orientáciou na také kľúčové problémy ako je etický aspekt medicíny a zdravotníctva, etické komisie, biomedicínsky výskum, profesijná etika, etické aspekty génovej terapie, autonómie, beneficiencie, pluralizmus v medicínskej etike, informovaný súhlas, problém nukleárných zbraní a ich vplyv na život a zdravie ľudí, atď. Jeho pracovníci, ktorí pôsobia aj ako učitelia sú významnými expertmi v otázkach biomedicínskej etiky (T. L. Beauchamp, R. R. Faden, R. Kimura, E. D. Pellegrino, H. M. Sass, R. M. Veatch a ďalší). Interdisciplinárne spektrum zahŕňa filozofiu, religionistiku, medicínu, žurnalistiku, právo, medzinárodnú politiku a podnikateľstvo. Inštitút každoročne organizuje intenzívny bioetický kurz a bioetický kurz pre pokročilých s medzinárodnou účasťou.

Univerzita Iowa so svojím programom biomedicínskej etiky zabezpečuje hlavne výuku študentov medicíny, ošetrovateľstva. Spolupracuje napríklad s niektorými pracoviskami na Slovensku (Ústav preventívnej a klinickej medicíny, Slovenská postgraduálna akadémia medicíny v Bratislave). Participuje aj v oblasti spolupráci bioetiky na empirickom výskume problematiky etických komisií.

Univerzita St. Louis, na ktorej pôsobí Centrum etiky zdravotnej starostlivosti, spolu zabezpečujú výuku medicínskej etiky, etiky zdravotníctva, etiky ošetrovateľstva a bioetiky pre svojich študentov. Podieľajú sa na diskusii a riešení problémov, ako sú teoretické základy etiky zdravotníctva (napr. princípy, normy),

v oblasti biomedicínskej etiky skúmajú aktuálne etické problémy medicíny a zdravotnej starostlivosti, v oblasti etiky zdravotníckych organizácií poukazujú na etiku nemocníc, združení poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, atď.⁴

Dôležitý význam v americkej bioetike má klinická bioetika. Mnohé nemocnice a iné zdravotnícke zariadenia zamestnávajú „klinických bioetikov“, ktorí majú špecifickú odbornú prípravu a poskytujú etické konzultácie zdravotníckym pracovným tímom a lekárom. Najpálčivejšie témy klinickej bioetiky sú rozhodnutia „na začiatku a na konci“ ľudského života, otázka primeranosti diagnostiky a terapie, pokračovanie alebo ukončenie terapie, ktorá neprináša konkrétnemu pacientovi prospech. Medzi aktuálne problémy patrí aj rozdielnosť názorov z etického hľadiska na ďalší klinický postup u daného pacienta – medzi členmi ošetrojúceho tímu, medzi lekárom a pacientom, resp. jeho rodinnými príslušníkmi – rozhodovanie o ďalšom postupe v prípade „nekompetentného pacienta“, detí a mladistvých, atď.

Klinická bioetika je výsledkom diskusií o problémoch bezprostredne sa dotýkajúcich „skutočného“ sveta nemocníc, do ktorého vstúpili aj bioetici. Pojem klinická bioetika sa pripisuje M. Sieglerovi, ktorý ho použil ako prvý (1978) ako pojem, ktorý bližšie vymedzuje oblasť pôsobenia, t.j. dôraz sa kladie na etické problémy súvisiace výhradne s klinickou praxou (kliné – lôžko). Ide o situácie, kedy je potrebné rozhodnúť o ďalšom postupe diagnostiky, liečby a ošetrovateľskej starostlivosti u konkrétneho pacienta, pričom treba „vybrať“ konkrétny postup z viacerých, medicínsky správnych možností, ktoré však majú rôznu morálnu (etickú) hodnotu pre pacienta, jeho príbuzných, lekára, sestru, ďalších členov zdravotníckeho tímu, či spoločnosť ako celok“. (Glasa, 2000, s.67)

Názory odborníkov na ďalší postup v konkrétnej situácii sa môžu čiastočne alebo úplne zmeniť. Vykonať nejaký liečebný (ošetrovateľský) výkon prináša určitý súhrn predvídateľných dôsledkov. Klinická etika (klinická bioetika) má pomôcť zdravotníckym pracovníkom identifikovať a riešiť etické problémy, s ktorými sa stretávajú pri praktickom rozhodovaní vo svojej každodennej praxi“. (Tamže)

Vďaka realizácii projektu „Filozofia v medicínskych centrách“ (1976) sa mnohí filozofi stali súčasťou klinického diania, aj keď pôvodne nemali žiadne klinické skúsenosti a často neovládali ani umenie preniesť svoje teoretické vedomosti do praxe a deontológiu do praktických odporúčaní a riešení konkrétnych prípadov. Postupne sa však stávali „kompetentnou súčasťou klinik“ a vzájomného diskurzu s lekármi. Pojem klinická etika v sebe skrýva dve argumentačné línie:

- explicitné etické úvahy lekára ohľadom jeho starostlivosti o pacienta;
- etickú interpretáciu a analýzu klinických rozhodnutí bioetika (filozofa).

4 Vyučovanie predmetu lekárskej etiky (bioetiky a filozofickej antropológie) je síce na slovenských lekárskech fakultách zastúpené v učebnom pláne, ale nie na optimálnej úrovni a v optimálnom rozsahu. Trendy vývoja poukazujú na potrebu rozšíriť rozsah predmetu lekárskej etiky (bioetiky) v našich podmienkach.

V prvom prípade sa klinickou etikou zaoberajú len lekári a ďalší klinickí profesionáli. V druhom prípade sa rozboru klinických prípadov zúčastňujú aj bioetici; ich aktivita zahŕňa aj etické konzultácie (pre lekárov aj pacientov).

M. Siegler, W. Winsladd a i. definovali klinickú etiku ako identifikáciu, analýzu, riešenie morálnych problémov, ktoré vznikajú v procese starostlivosti o konkrétneho pacienta. Ako vidno, klinická etika je prepojená s prvotnou úlohou lekára čo najlepšie vykonávať klinickú starostlivosť o každého človeka v špecifických situáciách. Bioetici vniesli viac všeobecných etických ideí do procesu regulárneho prijímania rozhodnutí lekárov. Príkladom vzájomného konsenzu bolo vydanie publikácie „*Klinická etika*“, ktorá vznikla za spoluúčasti bioetika, klinického pracovníka (lekára) a právnik (M. Siegler, J. Fletcher, W. Winsladd). Asociácia „Spoločnosť pre bioetické poradenstvo“ (1985) ktorú možno považovať za výsledok argumentačných snáh diskurzu bioetikov a lekárov, (právnikov, teológov, filozofov) sa orientovala na etické konzultácie pre obzvlášť ťažké prípady klinickej praxe. (U nás zatiaľ takáto forma poradenstva neexistuje.)

V USA sa v priebehu 70.-tych rokov 20.storočia etablovali vo veľkých vedeckých centrách a nemocničných zariadeniach etické komisie, ktoré stimulovali vznik etických komisií v európskych krajinách. USA sú štátom s najdlhšou históriou inštitucionálneho posudzovania klinického výskumu.

Vznik etických komisií spôsobil rozvoj diagnostických a terapeutických postupov, ale aj potreba riešenia etických problémov v oblasti zdravotníckej starostlivosti a biomedicínskeho výskumu ako osobitých poradných orgánov vo veciach medicínskej etiky a bioetiky a to na rôznych úrovniach rozhodovania. Tento rozvoj so sebou priniesol zložité situácie, ktoré bolo (je) treba riešiť nielen na základe medicínskych kritérií, ale tiež etickým uvažovaním. Myšlienka vzniku osobitého poradného orgánu sa viaže k potrebe riešenia etických problémov a utriedenia názorov, k potrebe nájsť v danej situácii najlepšie možné riešenie a dospieť k funkčnej dohode ako daný prípad riešiť.

Prototypy etických komisií vznikli v USA už v 50. rokoch 20. storočia –v roku 1953 sa v nemocniciach začali zakladať tzv. expertné komisie, ktorých úlohou bolo expertné zhodnotenie toho-ktorého výskumu.

Etické komisie sú zvyčajne poradné orgány a nemajú rozhodovaciu právomoc. Formulujú „stanoviská a odporúčania ohľadne etických otázok spojených s pokrokom biologického a lekárskeho bádania, informujú verejnosť a úrady“, ktoré sú založené „podľa pluralitnej zásady otvorenosti voči osobnostiam z mimolekárskej sféry“ (Lipovetsky, 1999, s.250). Združujú sa v nich nielen lekári a výskumníci, ale aj členovia nemocničného personálu, filozofi, teológovia, právnici, sociológovia, zástupcovia poisťovní, zástupcovia pacienta. Rozhodnutia sa prijímajú na základe konsenzu členov etických komisií, t.j. „pravda v morálke už nie je právom, na ktoré má monopol tradičná profesijná či konfesijná autorita, ale hľadá sa v demokratickom

kompromise, transdisciplinárnej úvahe a konfrontáciami medzi protikladnými logikami“ (Lipovetsky, 1999, s.251).

V roku 1974 schválil Kongres USA ustanovenie Institutional Review Board (IRB). Jeho prijatie znamenalo zásadný prelom pri vypracovaní etických kritérií v biomedicínskom výskume. Išlo o určitú ústrednú formu etickej komisie, ktorá zhrnula etické normy biomedicínskeho výskumu do šiestich bodov. Pre ilustráciu uvedieme aspoň niektoré z nich:

- vedúci výskumného projektu (úlohy) je povinný vyžiadať si od subjektu zaradeného do výskumu tzv. informovaný súhlas o podmienkach jeho účasti na výskume;
- biomedicínsky výskum na ľudských subjektoch môžu robiť len pracovníci s dobrou a vedeckou kvalifikáciou. Zodpovednosť za vedenie projektu (ak má klinický charakter) musí mať vždy lekár;
- výber jednotlivcov do výskumného súboru nesmie mať diskriminačný charakter (zloženie súboru z hľadiska etnického, rasového, náboženského, sociálneho, atď.);
- vedúci výskumného projektu je povinný predložiť nestrannej (etickej) komisii podrobný plán výskumného projektu, ktorý musí vychádzať z dobrého prehľadu riešenej problematiky vo svetovej literatúre, a to nielen v klinickej, ale aj laboratórnej oblasti a z výsledkov experimentálnych nálezov na zvieratách.

Zavedením týchto noriem do praxe vyplynuli pre etické komisie dôležité úlohy:

- chrániť práva a integritu každého jedinca zaradeného do biomedicínskeho výskumu;
- presvedčiť sa, či je výskumný tím odborne, vedecky a eticky kompetentný realizovať uvedený výskum;
- presvedčiť sa, či sa výskum bude profesionálne aj vedecky a metodicky realizovať na najvyššej úrovni;
- presvedčiť sa, či je výskumný tím oboznámený s literárnymi údajmi o uvedenej problematike;
- presvedčiť sa, či dôkladne vypracovaný výskumný protokol môže slúžiť ako podklad pre posúdenie.

Uvedené etické kritéria sa stali podkladom pre prácu etických komisií, ktoré vznikali na rôznych úrovniach (nemocnice, fakulty, výskumné ústavy...). Kým v minulosti prevládala osobný postoj výskumníka k zachovaniu kritérií, v súčasnosti už postupne prevládajú aj represívne opatrenia proti výskumníkovi pri negovaní týchto kritérií.⁵

5 Pre porovnanie deklarácia z Helsínk zdôrazňuje dobrovoľnosť výskumníkov pri aplikácii etických kritérií v biomedicínskom výskume. Deklarácia z Tokia (1975) odporúča vytvoriť nestranné komisie na posúdenie, či sa pri plánovaní projektu zohľadnili etické kritéria. Ako represívne opatrenie sa redakčným radám vedeckých časopisov odporúča neuverejňovať také práce, v ktorých sa negovali etické kritéria. Institutional Review Board zdôrazňuje, že

V súčasnosti existujú v USA tri hlavné druhy etických komisií – komisia pre etiku a výskum, nemocničné etické komisie a „Národná komisia pre bioetiku“ (tzv. „prezidentská komisia“). Zloženie a hlavná činnosť týchto komisií bola zameraná na vypracovanie spoločných princípov bioetiky, ktorými sa museli riadiť členovia komisie pre etiku a výskum a spoločne riešiť problémy, ktoré patria do kompetencií nemocničných etických komisií.

Nemocničné etické komisie pôsobia pri zariadeniach praktického zdravotníctva. Ich činnosť smeruje na poskytnutie pomoci (hlavne poradenskej) lekárom a pacientom (alebo najbližším príbuzným) pri riešení rôznych druhov etických problémov, ktoré vznikajú v priebehu liečenia. Naproti tomu komisie pre etiku a výskum sa zaoberajú hlavne etickou expertízou zápisníck vedecských výskumov a pokusov na ľuďoch. Zvláštnosťou nemocničných etických komisií je aj to, že spôsob ich založenia a činnosti sa nevymedzuje zákonodarne, ale prijatím príslušného riešenia administratívy toho zariadenia, ktoré ich zakladá a v ktorom budú fungovať.

Národná komisia počas svojej činnosti uverejnila sériu dokumentov a odporúčaní k etickým otázkam biomedicíny, ktorých hlavné tézy boli zhrnuté do federálneho zákonodarstva. Najdôležitejším výsledkom tejto komisie bola skutočnosť, že na základe jej doporučená bol prijatý v USA federálny zákon, podľa ktorého vo všetkých zariadeniach, ktoré sú finančne podporované federálnymi fondmi pre uskutočnenie vedecských výskumov, boli povinne založené komisie pre etiku a výskum.

Zahájenie klinického výskumu je nemysliteľné bez schválenia Institutional Review Board, ktoré posudzuje výskumné projekty z hľadiska analýzy rizika a prospešnosti pre chorých a posudzuje úplnosť informovaného súhlasu. Zariadenie Institutional Review Board v nemocniciach, vzdelávacích a výskumných ústavoch vyžaduje federálny zákon. Spravidla v polročných intervaloch sa predkladá písomná informácia o priebehu výskumu. Pri výskyte závažnejších udalostí súvisiacich

každý výskumný projekt sa musí posúdiť nielen z vedecko-odborného, ale aj z právneho a etického hľadiska a projekty, ktoré negujú etické zámery, treba odmietnuť, a tak ich vylúčiť z možnosti získať grant. Napríklad zákon o biomedicínskom výskume Francúzskej republiky (1989), platný od roku 1990, obsahuje konkrétne a záväzné predpisy pre aplikáciu etických princípov v biomedicínskom výskume. Za podstatnú časť zákona treba považovať prísne zákonné represívne opatrenia: napríklad väzenie od 6 mesiacov do 3 rokov (alebo peňažná pokuta až do výšky 200 000 frankov) sa ukladá pracovníkovi, ktorý realizuje výskum bez súhlasu, alebo keď poruší pravidlá (obmedzenia) platné, pre výskum na väzňoch, tehotných, mladistvých, resp. pacientoch nachádzajúcich sa v akútnych, život ohrozujúcich stavoch. Väzenie od 2 mesiacov do 1 roka (alebo pokuta do výšky 100 000 frankov) sa ukladá pracovníkovi, ktorý vykonáva výskum, s ktorým etická komisia nesúhlasí, alebo výskum zakázaný ministerstvom zdravotníctva, prípadne keď realizuje taký výskum, ktorý nemôže mať žiadny pozitívny efekt na pacienta. Sponzorovi výskumu, ktorý nezabezpečí poistenie pre pacienta pre prípad poškodenia jeho zdravia alebo keď iniciuje výskum bez povolenia ministerstva zdravotníctva, hrozí väzenie od 1 do 6 mesiacov alebo peňažný trest až do výšky 100 000 frankov.

s realizáciou výskumného projektu sa informácia predkladá okamžite. Komisia posudzuje aj záverečnú správu výskumu a okrem kontrolnej úlohy plní v miestnych podmienkach významnú výchovnú úlohu a je arbitrom pri posudzovaní etických problémov, ktoré prináša bežná klinická prax.

Hlavnou charakteristickou zvláštnosťou etických komisií v USA je to, že ich zloženie a činnosť vymedzuje federálne zákonodarstvo. Inými slovami ide o to, že v USA existuje systém štátnej kontroly na uskutočnenie biomedicínskych výskumov. Práve táto zvláštnosť dáva možnosť hovoriť o tzv. „americkom modeli“ založenia a činnosti etických komisií.

Americká bioetika je poznačená situáciou výrazného filozofického (etického) pluralizmu a svetonázorovou prevahou sekulárneho humanizmu. Až do konca 60.-tych rokov 20. storočia poskytovala spoločný mravný základ etického uvažovania židovsko-kresťanská etická tradícia. V súčasnej dobe jednotný mravný základ, z ktorého by bioetika čerpala chýba, čo neraz sťažuje formuláciu rozhodnejšieho etického stanoviska. V praxi sa to prejavuje tak, že sa „prijímajú minimálne etické požiadavky dosiahnutého konsenzu, alebo pracovné skupiny bioetikov prijímajú požiadavky diktované legalizmom“ (Glasa, 2000, s.3). Etické problémy, ktoré prináša aktuálny vývoj v medicínskych a prírodovedeckých disciplínach, ale aj vývoj nových technológií, si však vyžadujú naliehavé a kompetentné riešenie. V tejto súvislosti sa do popredia záujmov bioetikov znovu dostáva kresťanský model bioetiky, podmienený hlavne katolíckou tradíciou morálnej teológie. Pravdepodobne preto, že má dlhú tradíciu a je pomerne dobre a dôkladne teoreticky i prakticky prepracovaný.

V USA má pomerne dôležité postavenie aj judaistický model bioetiky. „Vplyv náboženskej – judaistickej tradície nemožno ani v súčasnosti považovať za zanedbateľný“ (Glasa, 2000, s.13), veď dôrazné stanoviská z týchto pozícií zaznievajú ku všetkým aktuálnym problémom bioetiky.

Väčšina bioetikov však stojí skôr na pozíciách sekulárneho humanizmu. Z rôznych filozoficko-etických koncepcií dominuje predovšetkým principalizmus a pragmatický utilitarizmus, inšpirovaný myslením J. S. Milla a J. Benthama s dôrazom na autonómiu pacienta.

2.2 VZNIK A ŠPECIFIKÁ BIOETIKY V EURÓPE

2.2.1 ETAPY VÝVOJA „EURÓPSKEJ“ BIOETIKY

Dejiny zrodu a vývoja európskej bioetiky je možné rozdeliť do troch štádií:

1. vznik a konštituovanie lekárskej (medicínskej) etiky ako samostatnej akademickej disciplíny do európskej medicíny;
2. „vybudovanie ethosu“ v biomedicínskom výskume (etika biomedicínskeho výskumu, biomedicínska etika) – inštitucionalizácia biomedicínskej etiky;
3. hľadanie „vhodného“ etického základu pre bioetiku.

Prvé obdobie vývoja bioetiky v Európe je späté so vznikom a etablovaním medicínskej etiky ako akademickej disciplíny.

Príkladom bohatej tradície lekárskej (medicínskej) etiky môžu byť anglosaské krajiny. Zvláštna sekcia pre lekársku etiku bola zriadená už na 63. zjazde Britskej lekárskej spoločnosti, ktorý sa konal v Londýne v roku 1895. Po výklade pojmu etika v rôznych filozofických systémoch a po obsiahlej diskusii (napr. o vzťahoch medzi lekármi) bol už vtedy formulovaný návrh na vyučovanie „základov zdravého kolegiálneho správania“ a základov etiky.

Vo Francúzsku vznikol odbor lekárskej deontológie ako náuky o lekárskejších povinnostiach, ktorý bol akceptovaný od roku 1919 a zavedený do výuky na parížskej Sorbonne.

Ku konštituovaniu lekárskej (medicínskej) etiky ako samostatného odboru medicíny, dochádza prakticky až po 2.svetovej vojne. Získať však prehľad o tom, aká je situácia v jednotlivých európskych krajinách, je problematické a ťažké (v publikáciách na tému medicínskej etiky možno len zriedka nájsť systematicky utriedené fakty o jej vývoji).⁶

V niektorých európskych krajinách je lekárska etika samostatnou lekárskou (medicínskou) disciplínou, vo všetkých však existujú najrôznejšie centrá a inštitúty pre lekársku etiku. Tam, kde absentuje ako samostatný odbor, je problematika lekárskej (medicínskej) etiky prednášaná v postgraduálnom systéme a je systematicky pestovaná tiež mimo rámec medicíny. Časté sú medziodborové výmeny skúseností a názorov, koordinácia študijných plánov a systémov jednotlivých fakúlt (napr. SRN).⁷

6 V Nizozemsku bola napr. v roku 1962 ustanovená prvá profesúra pre filozofiu a etiku, a teda za počiatok praktického vzniku odboru lekárskej (medicínskej) etiky možno považovať tento dátum, aj keď Nizozemská spoločnosť filozofie medicíny (lekárstva) bola založená až v roku 1991. V Čechách bola lekárska etika vyhlásená za samostatnú disciplínu v roku 1991.

7 V roku 1985 bola z iniciatívy Bioetického centra v Barcelone, Bruseli a Maastrichtu založená Európska asociácia centier pre lekársku (medicínsku) etiku. Jej členmi sú: Belgicko, Nemecko, Francúzsko, Grécko, Taliansko, Nizozemsko, Španielsko, Švédsko, Švajčiarsko a Anglicko. Míoriadnymi členmi sú Austrália a Haiti.

Pre túto etapu vývoja európskej lekárskej (medicínskej) etiky (prvé obdobie vývoja bioetiky) sú charakteristické nasledovné špecifiká:

- a) prioritné postavenie lekárov ako akademických realizátorov bioetiky; teológovia, filozofi, etici, právnici a pod. „vošli“ do oblasti lekárskej (medicínskej) etiky neskôr (na rozdiel od „americkej“ bioetiky);
- b) dominantná pozornosť bola venovaná hlavne etickým otázkam biomedicínskeho výskumu; treba si uvedomiť, že Európa bola silne poznačená zločinmi nacistov počas 2.svetovej vojny – pokusmi na ľuďoch v koncentračných táboroch, ktoré tvorili základ pre prípravu Norimberského kódexu – čo vyvolávalo potrebu „hlbokej očisty“;
- c) experimenty na ľuďoch vyvolali potrebu „vybudovania“ vedeckého ethosu, postavenom na dvoch mylných predpokladoch:
 1. suma pozitívnych vplyvov vedy a výskumu vždy prevyšuje ich negatívne vplyvy;
 2. negatívne vplyvy sú vždy reverzívne.

Druhé obdobie vývoja bioetiky v Európe sa začína uvedením si dôležitosti a reálnej potreby profesionálnych fundamentálnych etických princípov v oblasti „experimentovania s ľuďmi“.

Aj keď v roku 1954 prijalo 8. Valné zhromaždenie asociácie lekárov dokument o experimentoch na ľuďoch „Princípy pre výskum a experimentovanie“, až v roku 1964 došlo na 18. zasadnutí Valného zhromaždenia asociácie lekárov v Helsinkách k prijatiu a schváleniu etických princípov v tejto oblasti. Ich pretvorením do praxe sa začali zaoberať novovznikajúce etické komisie.⁸

V roku 1975 v Tokiu bola prehodnotená a rozšírená Helsinská deklarácia (aby zodpovedala rýchlo rastúcemu vývoju medicínskeho výskumu a technológií) o etických komisiách. Na 29. zasadnutí bol schválený dokument „Helsinki II. Základné princípy 1. 2.“, ktorý zahŕňal aj požiadavku o vytvorení etických komisií (v biomedicínskom výskume), ktorá sa stala univerzálnou požiadavkou.⁹

Zásady, ktorými sa riadia prakticky všetky etické komisie v európskych krajinách možno zhrnúť do niekoľkých dôležitých bodov:

8 V starších dokumentoch (Norimberský kódex, 1. Helsinská deklarácia) sa nehovorilo o etických komisiách, tj. „dobro“ objektov výskumu bolo úplne v kompetencii a plnej zodpovednosti individuálneho výskumníka. (Aj keď sa diskusia o potrebe etických komisií začali v Európe pomerne skoro, prvá etická komisia vznikla napr. vo Švédsku v roku 1965 pri Karolínskej nemocnici v Štokholme, v Nórsku v roku 1978, atď.)

9 Napríklad v škandinávskych krajinách musia všetci predsedovia (vedúci) etických komisií absolvovať prípravu etiky. Helsinská deklarácia bola ďalej prehodnocovaná a rozšírená aj na 35. zasadnutí v Benátkach v roku 1983, na 41. zasadnutí Valného zhromaždenia asociácie lekárov v Hong Kongu v roku 1989...

- byť stále informovaný o aktuálnych a potenciálnych úlohách a otázkach etiky výskumu v oblasti medicíny;
- byť koordinátorom a konzultantom pre otázky etiky pre regionálne etické komisie;
- informovať výskumníkov, administráciu a verejnosť o aktuálnych a potenciálnych otázkach etiky výskumu v medicíne;
- vo vystúpeniach, dokladoch, referátoch .. sa riadiť etickými princípmi (v biomedicínskom výskume) a komentovať konkrétne otázky osobitého významu vo vzťahu k etike výskumu;
- stretávať sa min. 1x do roka s regionálnymi etickými komisiami a informovať o svojej činnosti;
- chrániť a podporovať národné a medzinárodné etické komisie, informovať sa o vlastnej činnosti;

Tretia etapa vývoja európskej bioetiky úzko súvisí s hľadaním vhodnej etickej platformy (teoretického základu) pre riešenie rôznych bioetických dilem. Aj keď sú názory odborníkov rôzne, väčšina sa zhoduje v tom, že taký teoretický základ nemôže vychádzať len z nejakej jednej etickej teórie.

Charakteristickou črtou európskej lekárskej (medicínskej) etiky a bioetiky je koexistencia pluralitných etických teórií. Európska bioetika, „mladšia sestra“ americkej bioetiky, sa inšpiruje aj židovsko-kresťanskou tradíciou (hlavne katolíckou etikou), vychádza aj z aristotelovskej, tomistickej, kantovskej, fenomenologickej a existencialistickej filozofie, ale aj z etiky hodnôt a cností. Dôležitým zdrojom inšpirácií je však aj hippokratovská tradícia s dôrazom na paternalistický model vzťahu lekár – pacient. Vzhľadom na pluralizmus etických a filozofických koncepcií prevládajúcich v súčasnej dobe, možno konštatovať, že v systéme etického hodnotenia dilem (európskej) bioetiky sa využíva aj metóda dialógu.

2.2.2 POČIATKY BIOETIKY NA SLOVENSKU

Súčasnú svetovú, t.j. i európsku i slovenskú bioetiku, zásadným spôsobom ovplyvnil vývoj v USA. Poukázali sme na niektoré spoločensko-kultúrne tendencie vývoja bioetiky, ktoré sa prejavili v mnohých európskych štátoch vrátane Slovenska.

Aj keď žijeme v období „bioetizácie“ súčasného kultúrneho i politického priestoru v globálnom meradle, napr. problémy molekulárnej biológie a genetiky, problémy klonovania, ľudských práv v oblasti medicíny a zdravotnej starostlivosti a pod., ktoré sa dostávajú do centra pozornosti parlamentov, vlád, medzinárodných inštitúcií, organizácií i médií, konceptualizácia ich etických riešení sa na Slovensku len pomaly presadzuje. Bioetika sa v našich podmienkach nachádza skôr vo fáze

etablovania svojich základov, so zatiaľ nedostatočnou úrovňou teoretickej a vzdelávacej prezentácie a vedeckého podania. V našej odbornej literatúre zreteľne absentuje systematický náčrt teoretických problémov bioetiky. Pre bioetikov z toho vyplýva dôležitá úloha konštituovať bioetiku nielen z hľadiska vymedzenia vedeckých a odborných kompetencií, ale aj z hľadiska interdisciplinárneho záujmu, vyjasnenia možností participácie na riešení dilem, ktoré sú závažné pre prax. Prvé pokusy prieniku do problematiky bioetiky na Slovensku zaznamenali profesionálni lekári (J. Glasa, L. Šoltés) svojimi publikáciami.¹⁰ Svojimi prácami predovšetkým prispel k praktickej aplikácii bioetiky do oblasti medicíny a zdravotníctva u nás J. Glasa.¹¹

Problematickou medicíny a jej vzťahu s filozofiou a etikou sa zaoberajú však aj profesionálni filozofi (etici – M. Nemčeková, D. Kovaľová).¹² Pozornosť bioetickým problémom na úrovni článkov a štúdií venujú L. Bohunická a P. Sýkora.

Výrazom praktickej aplikácie etiky do profesijnej oblasti medicíny a zdravotníctva je zriadenie Centrálnej Etickej komisie MZ SR ako poradného orgánu ministra zdravotníctva v roku 1990. Následne vydalo Ministerstvo zdravotníctva SR metodický list, týkajúci sa miestnych etických komisií.¹³

Náplňou činností etických komisií v Slovenskej republike v zdravotníckych zariadeniach, je predovšetkým:

- vypracovávať odborné stanovisko pri riešení etických problémov, ktoré sú spojené s poskytovaním zdravotníckej starostlivosti a prevádzkou zdravotníckeho zariadenia;
- posudzovať medicínsko-etický a právno-etický aspekt diagnostických metód a postupov. Ide najmä o prípady ich prvého použitia v rámci daného zdravotníckeho zariadenia;

10 Napríklad: Glasa, J.; Šoltés, L. 1998. Ošetrovateľská etika. Martin: Osveta, 1998, ISBN 50-217-0594-9; Šoltés, L. (etc.) 1996. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Bratislava: UK, 1996, ISBN 80-223-1080-8.

11 Pozri zoznam bibliografických odkazov.

12 Napríklad: Nemčeková, M. (etc.) 2000. Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax. Bratislava: Iris, 2000, ISBN 80-88778-94-8; Kovaľová, D. 2002. Úvod do problematiky bioetiky. In: Filozofia, roč.57, 2002, č.4, s.245-258; Sýkora, P. 1999. Bioetika v liberálno-demokratickej spoločnosti. 1.časť – Skúmanie kontextu. In: OS vol.3, č.8, s.73-76; Sýkora, P. 1999. Bioetika v liberálno-demokratickej spoločnosti. 2.časť – Bioetika a sloboda človeka. In: OS vol.3, č.9, s.67-69.

13 V našich podmienkach existujú okrem Etickej komisie pri MZ SR aj etické komisie pri niektorých zdravotníckych zariadeniach. Ich činnosť oproti zahraničným je zredukovaná prevažne na kontrolu vedeckého výskumu. Napr., bez ich rozhodnutia nie je možné robiť v nemocniciach žiadny výskum, ktorého objektom je pacient. Problematike etických komisií sa na Slovensku venuje hlavne J. Glasa, ktorý v súčasnosti zastáva funkciu predsedu Etickej komisie pri MZ SR..

- posudzovať projekty biomedicínskeho výskumu, vrátane plánov klinického sledovania nových liečiv. Projekty klinického biomedicínskeho výskumu je potrebné posudzovať len v prípadoch použitia laboratórnych zvierat;
- vykonávať poradenskú a konzultačnú činnosť v otázkach medicínskej etiky pre zdravotníckych a ostatných pracovníkov zariadenia, ako aj pre pacientov a ich rodinných príslušníkov;
- vyjadrovať sa (z medicínsko-etického hľadiska) k stanoveniu priorít, ako aj k pridelovaniu finančných prostriedkov v rámci rozpočtu zdravotníckeho zariadenia.

Etické komisie vo výskumných ústavoch posudzujú právno-etický a medicínsko-etický aspekt projektov biomedicínskeho výskumu – experimentálneho a klinického v rámci ich schvaľovania, v období realizácie výskumu a využitia, prípadne publikácie jeho výsledkov. Na posudzovanie projektov biomedicínskeho výskumu na zvieratách tam, kde je to účelné, možno zriadiť zvláštnu etickú komisiu.

Názory na zloženie a činnosť etických komisií nie sú u nás ustálené. Členovia etických komisií sú buď odborníci, alebo laici, často reprezentanti oboch kategórií. Na začiatku prebiehali diskusie na tému, či sa odborníci iných odborov môžu považovať za partnerov lekárov v etickom rozhodovaní. Väčšina odborníkov zastávala názor, že jedine lekári môžu poskytnúť kvalifikovanú odpoveď, pretože majú špeciálne vzdelanie. Oponenti namietali, že práve toto špeciálne vzdelanie zabraňuje lekárom v niektorých prípadoch posúdiť daný problém v širšom kontexte. V súčasnej dobe je diskusia o tomto probléme už históriou, nakoľko sa stáva bežným, že v etických komisiách pôsobia nielen lekári, ale aj odborníci z iných profesií – biológovia, chemici, ale taktiež filozofovia a teológovia. V niektorých krajinách vzájomné početné zastúpenie odborníkov podlieha určitým pravidlám.¹⁴

V roku 1991 bol na Slovensku založený Ústav medicínskej etiky a bioetiky, ktorý od r.1994 vydáva odborný časopis *Medicínska etika a bioetika*. Za významné aktivity v tejto oblasti považujeme aj aktivitu Asociácie nemocníc Slovenska, ktorá sa v roku 1992 pripojila k iniciatíve Slovenskej únie pre mier a ľudské práva, ktorej vyvrcholením bolo predloženie vlastného národného variantu etického kódexu práv pacientov.¹⁵

V roku 2004 bola zahájená činnosť Centra pre bioetiku, informácie a dokumenty so sídlom v Bratislave a s pôsobnosťou pre krajiny strednej Európy.

14 Napríklad vo Veľkej Británii sa snažia zjednotiť skladbu etických komisií. Doporučuje sa, aby polovicu členov komisií tvorili odborníci, druhú polovicu nelekári, z nich najmenej dvaja majú zastupovať laickú verejnosť.

15 Etický kódex práv pacientov pod názvom Charta práv pacientov v Slovenskej republike, schválila vláda SR na svojom zasadnutí 11. 4. 2001 uznesením č. 326. Spomínaná publikácia bola vydaná v roku 2002.

3 K POJMU, PODSTATE A PREDMETU BIOETIKY

3.1 ŤAŽKOSTI S VYMEDZENÍM POJMU

V zahraničnej odbornej literatúre absentuje jednotná, všeobecne prijatá, definícia pojmu bioetika. Zo stručného náčrtu genézy názorov o tomto pojme vyplýva, že sa pomerne často objavujú aj jej ďalšie synonymické termíny, ako napríklad lekárska, resp. medicínska (biomedicínska) etika, etika zdravia (resp. etika starostlivosti o zdravie), morálna medicína a ďalšie.

Zakladateľ bioetiky, V. R. Potter, ju považoval za aplikovanú biológiu, ktorá mala usmerniť konanie človeka smerom k zlepšeniu kvality života. P. Kemp vo svojej štúdií Antropo–odstredivá bioetika konštatuje, že termín bioetika „dlho neostal obmedzený len rámcom biologických vied“ (Kemp, 1997, s.470), ale širšie sa presadil v názoroch, že bioetika je etikou lekárskej praxe a teórie. Podobný názor prezentovali viacerí autori, napríklad T. A. Shannon, S. Gorowitz, D. Callahan, T. L. Beauchamp, J. F. Childress, H. T. Engelhardt a ďalší. Názory, ktoré bioetiku stotožňujú s lekárskou (medicínskou) etikou majú do určitej miery opodstatnenie a vysvetlenie. V období, kedy sa bioetika konštituovala ako samostatná disciplína, vychádzala a nadväzovala predovšetkým na medicínsku etiku – v prvej etape vývoja bioetiky sa skúmali hlavne také otázky, ako personálna autonómia, práva pacientov, spravodlivosť v dostupnosti liečebnej starostlivosti, liekov, technológií atď., ktoré vyplynuli z problému riešenia nového vzťahu lekár – pacient, ktorý zas vznikol v dôsledku veľkých vedeckých objavov a ich následného využívania, predovšetkým v oblasti medicíny.

K stotožňovaniu pojmov bioetiky a medicínskej etiky dochádzalo (a dochádza) nielen v USA, ale aj v Európe (Švajčiarsko, Nemecko, Švédsko, Dánsko, Poľsko, Česko a i.). Jedným z dôvodov môže byť už známy fakt, že keď sa hovorí o európskej bioetike, zdôrazňuje sa jej prvé štádium vývoja ako zrod a inštitucionalizácia medicínskej etiky, resp. počiatkové zavádzanie academickej medicínskej etiky do európskej medicíny (v ďalšom vývojovom štádiu bioetiky došlo ku vzniku etiky biomedicínskeho výskumu, resp. (bio)medicínskej etiky). Zrejme aj z tohto dôvodu aj dnes pretrváva terminologické stotožňovanie pojmov bioetika a (bio)medicínska etika na rozdiel od USA, kde je v súčasnej dobe samotný pojem bioetika využívaný širšie (napr. v Nemecku nedochádza k striktnejšiemu terminologickému rozlišovaniu bioetiky a medicínskej etiky; vo Švajčiarsku nie je pojem bioetika populárny, uprednostňuje sa pojem (bio)medicínska etika). K uvedenému pridáme ešte jeden dôvod, prečo dochádza k tomuto terminologickému problému.

Podľa viacerých autorov je jednou zo subdisciplín bioetiky práve medicínska etika¹⁶, t.j. dochádza zrejme k zjednodušovaniu, resp. „zúženiu“ samotného pojmu

16 Pozri Fobel, P. 2002. Aplikovaná etika. Teoretické východiská a súčasné trendy. Martin: Vydavateľstvo Honner, 2002, s.81.

bioetika, kedy sa jej obsah ohraničuje etickými problémami vzťahu lekár – pacient, ktoré sú predmetom skúmania lekárskej (medicínskej) etiky.

K rozšíreniu pojmu bioetika sa však hlásili mnohí ďalší bioetici, napr. M. Munzarová, ktorá presadzovala názor, že bioetika je „systematickým štúdiom ľudského konania v oblasti biologických vied a v starostlivosti o zdravie; toto konanie je potom skúmané vo svetle morálnych hodnôt a princípov“ (Munzarová, 1995, s.2). To znamená, že bioetika je širším pojmom než lekárska (medicínska) etika, lebo hoci reflektuje pokroky v lekárskejších a biologických vedách, snaží sa „zjednotiť aj požiadavky, vychádzajúce z iných odborov (právo, filozofia, sociológia a pod.) a okrem toho zahŕňa aj vzťahy, ktoré vznikajú medzi biologickým výskumom a klinickou praxou“ (Tamže, s.2).

Podobne uvažuje aj H. Haškovcová, keď konštatuje, že bioetika označuje nielen „skúmanie etických problémov v medicínskej praxi a výskume, ale aj etickú problematiku celého života na zemi“ (Haškovcová, 1997, s.12).

S požiadavkou diferencovať pojmy bioetika a (bio)medicínska etika súhlasí aj M. Nemčeková, keď zdôrazňuje, že „niekedy sa na označenie etických problémov, vyplývajúcich z možností zásahov modernej vedy a výskumnej praxe do biologických procesov, používa termín bioetika, často analogicky s pojmami biomedicínska etika, medicínska etika...“, ktorý však „...nedostatočne vyjadruje problémy späté s liečením a ošetrovaním ľudí...“ lebo je „...priveľmi široký, pretože morálna oprávnenosť zásahov do biologických procesov sa môže, ale nemusí dotýkať medicíny a ošetrovateľstva (napr. génové manipulácie, klonovanie, ovplyvňovanie psychických procesov farmakami, ekologické problémy a i.)“ (Nemčeková, 2000, s.23-24).

J. Glasa sa prikláňa k rozšírenej interpretácii pojmu bioetika, keď konštatuje, že „bioetika sa dnes najčastejšie definuje ako vedecká disciplína, ktorá študuje etické problémy spojené s činnosťou človeka (jednotlivca i ľudských spoločenstiev) v oblasti medicíny, zdravotníctva a celej živej prírody. Ide najmä o nové etické otázky, ktoré prináša explozívny nárast vedeckých poznatkov a ich praktická aplikácia v mnohých oblastiach života, práce a životného prostredia súčasného človeka“ (Glasa, 2000, s.1-2).

Je zrejmé, že ani čulá vedecká diskusia v oblasti bioetiky neprivedla k utvoreniu jedného, všeobecne prijatého pojmu bioetiky. Na druhej strane sú známe aj pokusy o spresnenie tohto pojmu. Ich ilustráciu môžeme poukázať na príklade poľskej literatúry (ktorý môže byť všeobecným „modelom“ pre rozlíšenie názorov o pojme bioetiky). T. Ślipko (na príklade domácej, poľskej bioetiky) hovorí o dvoch typoch názorov na otázku vymedzenia tohto pojmu:

1. Pokus vymedziť pojem bioetika pomocou enumerácie najdôležitejších problémových skupín, tvoriacich predmet jej výskumov. Ide o odbor zaoberajúci sa napríklad genetickými zásahmi, eutanáziou, metódami terapie osôb, samovraždou, pokusmi s ľuďmi, atď.

2. Pokus vymedziť pojem bioetika stručnejšie, s pomocou vnútorných obsahových zložiek. V tomto zmysle je bioetika chápaná ako „normatívna veda o mravnej problematike vyplývajúcej zo štruktúr spätých s rozvojom biologicko-lekárskych vied.“¹⁷

V týchto rôznorodých názorových postojoch sa prejavuje tendencia odlišne chápať oblasť problematiky bioetiky: „užšie“ z hľadiska (bio)medicínskej etiky zameranej na skúmanie vzťahu lekár – pacient a biomedicínskych výskumov a „širšie“, z hľadiska všetkých oblastí ľudského konania, ktoré sa vyznačuje „nezvyčajným chápaním ľudského života“ alebo „integritu ľudského tela“.

Analogicky uvažuje aj ďalší poľský bioetik D. Śleczek – Czakon, keď konštatuje, že ak chceme vymedziť pojem bioetiky, musíme hovoriť o dvoch spôsoboch jeho definovania:

1. užšie chápanie bioetiky orientuje jej predmet na analýzu morálnych problémov, spätých s poznatkami biomedicínskych vied. V tomto zmysle je bioetika medicínska, biomedicínska etika.
2. širšie chápanie bioetiky ju poníma ako „časť špeciálnej filozofickej etiky, ktorá má určiť, potvrdiť morálne závažné hodnotiace prístupy a normy vo sfére ľudskej činnosti, spoliehajúcej sa na inherenciu v hraničných situáciách zrodu života, jeho trvania a smrti“ (Śleczek–Czakon, 1996, s.239).

Z uvedených názorových interpretácií pojmu bioetiky vyplýva, že jedni autori ju chápu užšie, ďalší zas širšie, podľa toho, či svoju pozornosť obmedzujú iba na jej biologicko-medicínsku oblasť, alebo do nej zahŕňajú aj ďalšie okruhy (genetické inžinierstvo, klonovanie, biotechnológie apod.). Prikláňame sa k druhej možnosti, t.j. k širšej interpretácii bioetiky, aj keď jej počiatky naozaj súvisia s úspechmi biologicko-lekárskych vied a sme presvedčení, že toto tzv. užšie chápanie bioetiky (biomedicínska, medicínska etika) je súčasťou jej širšieho chápania, (bio)medicínska etika je subdisciplína bioetiky), a aj keď sa často pojmovo prekrývajú, možno sa pokúsiť o interpretáciu špecifik predmetu skúmania bioetiky a lekárskej (medicínskej, biomedicínskej) etiky.

3.2 PODSTATA A PREDMET BIOETIKY (MODELY BIOETIKY)

Pri pokuse o pochopenie podstaty a predmetu bioetiky vychádzame z historickej a logickej analýzy vzniku a vývoja medicínskej etiky. Súčasnú lekársku,

17 Podrobnejšie pozri: T. Ślipko. 1998. Hranice života. Dilemy súčasnej bioetiky. Bratislava, s.12-13, 1998.

(bio)medicínsku etiku „zastrešuje“ bioetika, ktorá „pracuje v režime štyroch historických modelov: v modeli Hippokrata, v modeli Paracelsa, v deontologickom modeli a modeli súčasnej bioetiky.

Historické osobitosti a logické základy každého modelu určovali a podmienovali vznik a spracovanie tých morálnych princípov a noriem, ktoré dnes tvoria hodnotovo-normatívny obsah bioetiky.

1. Model Hippokrata a princíp „neškodnosť“ (nonmalificencia)

S menom Hippokrata ako „otca“ medicíny sa spája vznik profesijnej medicínskej etiky. Prvou historickou formou medicínskej etiky boli morálne normy a princípy, vyjadrené v známej Prísaha, ktoré zosobňovali hlavné povinnosti lekára voči chorému a voči svojim kolegom. Praktický vzťah lekára k chorému a zdravému človeku, od začiatku orientovaný na starostlivosť, pomoc, podporu, je bezpochyby hlavnou črtou profesijnej medicínskej etiky. Normy a princípy konania lekára, ktoré Hippokrates stanovil, nie sú len obyčajným odrazom špecifických vzťahov v konkrétne-historickej epoche. Sú naplnené nadčasovým obsahom a fungujú aj dnes, aj keď sa nepatrne zmenili, najčastejšie v nejakom etickom kódexe. Medzi stavovské mravné normy obsiahnuté v Hippokratovej prísahe patria: vždy pomáhať trpiacim, chrániť osobné aj rodinné tajomstvo, s ktorým sa chorý zverí lekárovi, nezneužívať preukázanú dôveru k „nizkým cieľom“, nezahanbiť česť stavu, do ktorého lekár vstúpil, byť svedomitý, skromný, rozvážny, čistotný, rozhodný, stále dobrej mysle a pod. Dominantným morálnym princípom etiky Hippokrata je princíp „neškodiť“, ktorý zosobňuje občianske krédo lekárskeho spoločenstva, základnú profesionálnu garanciu, ktorá sa môže skúmať ako podmienka jeho uznania celou spoločnosťou a každým človekom, ktorý zverí lekárovi svoj život.

Hippokratove myšlienky, zásady vzťahu lekára k pacientovi, založené na úcte k životu a láske k človeku, chápanie medicíny ako povolania, si zachovávajú trvalú platnosť.

2. Model Paracelsa a princíp „prospešnosť“ (beneficencia)

Ďalšou historickou podobou bioetiky sa stal tzv. model Paracelsa, ktorý sa sformoval v stredoveku. V Paracelsovi nevidíme len zakladateľa „výroby“ liekov na báze chémie, ale aj tvorca empiricko-psychického liečenia. Model Paracelsa – je medicínska etika, v ktorej sa morálny vzťah k pacientovi chápe ako „stratégia terapeutického konania lekára“. Na rozdiel od predchádzajúceho modelu, v ktorom sa konanie lekára zameriava na získanie „sociálnej dôvery pacienta“, v modeli Paracelsa sa konanie lekára orientuje na pochopenie emocionálno-psychických špecifik osobnosti, „uznanie hĺbky jej duševno-duchovných kontaktov s lekárom a následne ich premietnutie do liečebného procesu“ (Michajlova; Bartko, 1995, s.34).

V tomto modeli sa formuje paternalizmus ako typ vzájomnej spätosti lekára a pacienta. Medicínska kultúra používa latinské slovo „pater“ – otec, ktoré šírilo kresťanstvo (kňaz, Boh) ako „vzor“ pre vzťah lekár - pacient. Zmysel slova „otec“ v paternalizme zdôrazňuje, že „vzorom“ pre vzťah lekár – pacient nie sú len pokrvo-príbuzenské vzťahy, charakteristické pozitívnymi psycho-emocionálnymi putami a sociálno-morálna zodpovednosť, ale aj „liečivosť“, „božskosť“ samotného kontaktu lekára a chorého.

Tzv. „liečivosť“ a „božskosť“ je daná konaním dobrá lekára, snahou byť pacientovi prospešný, starať sa o dobro pacienta, t.j. vyliečiť ho, zachrániť mu život a pod. Je zrejmé, že hlavným morálnym princípom, ktorý sa sformoval v tomto modeli, je princíp „byť prospešný“ (prospešnosť). Liečenie je organizovaná realizácia dobra (vyliečenie choroby, oddialenie smrti).

3. Deontologický model a princíp „plniť povinnosť“

Morálna bezúhonnosť – v zmysle konania lekára v zhode s určitými etickými normatívmi – tvorí dôležitú časť medicínskej etiky. V tomto zmysle princíp „plniť si (splniť) povinnosti“ tvorí jej deontologickú úroveň alebo deontologický model. Následne, deontologický model bioetiky je komplexom nutných (potrebných, záväzných) pravidiel správania a konania, ktoré sú súčasťou konkrétnej oblasti medicínskej praxe (napr. chirurgická deontológia a pod.). V Deontologickom kódexe Slovenskej lekárskej komory sa okrem všeobecných povinností lekárov v časti II. Povinnosti lekára voči chorým, zdôrazňuje povinnosť:

- zodpovedne, svedomito a starostlivo si plniť profesionálne povinnosti (voči pacientovi);
- korektne, trpezlivo a mravne sa správať (voči pacientovi);
- rešpektovať pacientove občianske práva, vrátane zodpovednosti za vlastné zdravie;
- zodpovedne, zrozumiteľne a primerane informovať chorého (alebo jeho zákonného zástupcu) o povahe ochorenia, o zamýšľaných diagnostických a liečebných úkonoch;
- nezneužiť vo vzťahu k chorému jeho dôveru;
- nebrať úplatky;
- neodmietnuť starostlivosť o chorého (iba v prípade neúmerneho pracovného zaťaženia, z titulu svojej nepríslušnej odbornosti, ak je ohrozený život alebo zdravie lekára, lekár smie odmietnuť starostlivosť o chorého).

Charakter týchto noriem je dostatočne dôrazný. Je zrejmé, že ich zanedbanie a porušenie môže mať za následok konkrétne disciplinárne a právne postihy (pre lekárov).

Princíp „plniť si povinnosť“ je hlavným princípom v deontologickom modeli. „Plniť si povinnosť“ – znamená plniť nejaké požiadavky. Nesprávne (nevhodné)

konanie je také, ktoré protirečí požiadavkám, ktoré lekár musí plniť ako člen lekárskeho stavu, spoločnosti a v zhode s vlastnou vôľou a rozumom. Idea povinnosti je určujúcim, nevyhnutným a dostatočným základom konania lekára. Ak je človek schopný konať na základe povinnosti, môže vykonávať svoju profesiu.

4. Bioetika a princíp „úcty k právam a dôstojnosti človeka“

Na rozdiel od medicínskej etiky na úrovni deontologického modelu, v súčasnej bioetike sa podstatným stáva riešenie nejakej špecifickej, hraničnej situácie, napríklad riešenie konfliktu práv: právo plodu na život a právo ženy na interrupciu, alebo právo smrteľne chorého na dôstojnú smrť, ktorý vstupuje do konfliktu s právom lekára plniť si svoju profesionálnu povinnosť „neškodiť“ zároveň so všeľudskou morálnou normou „nezabije“...

V dnešnej medicíne už nehovoríme len o pomoci pre chorého, ale aj o možnostiach riadiť procesy počatia a umierania, ktoré však môžu mať problematické fyzické a metafyzické (mravné) dôsledky pre celú ľudskú populáciu. Napríklad spojenie reprodukčnej medicíny a génových technológií priviedlo ku vzniku metódy preimplantačnej diagnostiky, k zrodu idey umelej výroby orgánov a k terapeutickým zásahom do genetickej štruktúry organizmov s cieľom zmeniť ich. Práve v tejto oblasti sa stretáme s otázkami, ktorých morálna váha omnoho prevyšuje tie, ktoré sa zvyčajne stávajú predmetom politických diskusií. O čo tu ide? Preimplantačná diagnostika umožňuje napr. podrobiť embryá v osembunkovom vývojovom štádiu genetickej kontrole. Uvedená metóda umožňuje rodičom vylúčiť prípadné riziko postihnutia plodu dedičnými chorobami. Ak sa riziko potvrdí, embryo „v skúmavke“ (in vitro) sa neimplantuje do maternice ženy, teda táto neskôr nebude musieť podstúpiť interrupčný zákrok. Výskum kmeňových buniek (bunky, z ktorých sa formujú bunky všetkých tkanív organizmu) je tiež orientovaný na medicínsku perspektívu starostlivosti o zdravie; ide napr. o vypestovanie buniek z embryonálnych kmeňových buniek, z ktorých by sa následne vypestovali rôzne (potrebné) orgány a tkanivá pre transplantačné účely... Preto v súčasnej dobe nie sú zriedkavé tlaky na zákony o ochrane embryí, ktoré majú za cieľ pozmeniť ich „v prospech priority výskumnej slobody pred ochranou života embryí“ ako o tom píše J. Habermas¹⁸, pričom naráža na súčasnú situáciu v Nemecku, kde stále častejšie v tejto súvislosti zaznievajú hlasy, ktoré stavajú proti sebe právo na kvalitu života a právo na jeho nedotknuteľnosť, resp. ide o konfrontáciu princípu úžitku (osohu, užitočnosti) v duchu utilitaristického znenia: „čo najväčšie dobro pre čo najväčší

18 Bližšie pozri. Habermas, J. 2002. Budušieje čelovečeskoj prirody (Die Zukunft der menschlichen Natur). Moskva, Ves mir, 2002, s.23-24. V českom vydaní: Habermas, J. 2003. Budoucnost lidské přirozenosti. Na ceste k liberální eugenice? Praha, Filosofie, 2003, s. 20-23.

počet ľudí“ a princípu rešpektovania dôstojnosti a nedotknuteľnosti ľudského života.

Princíp dôstojnosti človeka možno formulovať nasledovným spôsobom: „všetky etické rozhodnutia, vrátane tých, ktoré sa týkajú starostlivosti o zdravie, musia uspokojovať vrodené aj kultúrne potreby každej ľudskej osoby, ale aj člena ľudského spoločenstva“ (Ondok, 1999, s.51). Princíp dôstojnosti človeka je kritériom pri väčšine etických rozhodnutí. Týka sa napr. ochrany vznikajúceho života – problémy, ktoré súvisia s umelým prerušením tehotenstva, ale aj jeho ukončenia – problémy eutanázie. Je aj dôležitým východiskom pri etickom posudzovaní takých zásahov, ako je náhradné materstvo („umelé“ tehotenstvo), nové reprodukčné technológie (oplodnenie in vitro a i. metódy), génové technológie atď. Zdá sa, že tento princíp je najvšeobecnejším princípom bioetiky a je implicitne zahrnutý a predpokladaný v niektorých ďalších bioetických princípoch. Na základe uvedeného môžeme len súhlasiť s M. Nemčekovou, podľa ktorej dôstojný prístup k človeku znamená¹⁹:

- a) prejavovať úctu k hodnote ľudskej bytosti, jej osobnosti a individualite, vrátane jej ochrany;
- b) rešpektovať slobodu, ktorá je špecifickým znakom ľudského bytia, konštitutívnym prvkom ľudskej existencie, ide o slobodu rozhodovať o sebe priamo alebo sprostredkované, na základe vôle nezávislej na donútení;
- c) spravodlivosť (sociálnu, individuálnu), to znamená nežiadať ani nedostávať viac z hľadiska osobnej výhody, čo nevyklučuje kompenzácie nevýhody: ide o rozdeľovanie hodnôt na základe rovnosti nie ako rovnakosti (potrieb, zásluh), ale ako rovnocennosti (v možnostiach prístupu bez znevýhodňovania);
- d) rovnoprávnosť (opak diskriminácie), ktorú možno chápať aj ako spravodlivosť z hľadiska realizácie a ochrany práv a povinností;
- e) vytvárať možnosti na uspokojovanie potrieb a záujmov ľudí (Nemčeková, 2000, s.26-27).

19 Podrobnejšie pozri: Nemčeková, M. (et.c.) 2000. Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax. Bratislava, Iris, 2000, s.25-37.

4 VÝCHODISKÁ ETICKEJ ORIENTÁCIE BIOETIKY

Základné koncepcie a riešenia jednotlivých bioetických problémov sú formulované v pluralistickej spoločnosti, v ktorej sa súbežne vyskytujú rôzne teoretické i praktické prístupy k poznaniu a hodnoteniu skutočnosti, a teda aj rôzne filozofické smery a svetonázorové postoje. To má samozrejme bezprostredný vplyv na spôsob riešenia bioetických problémov a na metódy odvodzovania a zdôvodňovania jednotlivých bioetických zásad a noriem.

Etika bezprostredne pracuje s princípmi, ktoré nám umožňujú rozhodovať o tom, čo je dobré a zlé, čo je morálne správne a morálne nesprávne. Bioetika pracuje s morálnymi princípmi v kontexte s medicínskou, zdravotníckou praxou, politikou a biomedicínskym výskumom, genetickým inžinierstvom. Obzvlášť problematika vzťahu génového výskumu a bioetiky vyvoláva diskusie... Diskusie sa však už nedotýkajú otázky, či sa má genetickému inžinierstvu povedať áno alebo nie, tieto sú už dávnejšie uzavreté aj z toho prostého dôvodu, že je už celosvetovo rozšírené a nemožno ho zrušiť. Z etického hľadiska ide skôr o to, aby sa ku génovým manipuláciám pristupovalo zodpovedne. Otázky smerujú skôr k hľadaniu hľadísk pre základ etického posudzovania genetického inžinierstva.²⁰ Ide o akékoľvek ovplyvňovanie ľudského genómu, génovú terapiu, používanie kmeňových buniek, terapeutické klonovanie a výskum na embryách, do istej miery však aj o prenatalnú a preimplantačnú diagnostiku. Rôzne etické názory, ktoré sa objavujú v týchto oblastiach sú natoľko zložité, a zároveň dôležité, že si vyžadujú špeciálnu analýzu.

Etické teórie sa pokúšajú formulovať a hájiť princípy, ktoré možno použiť ako riadiace princípy v procese prijímania morálnych riešení a ako štandardy v procese hodnotenia konania. Také teórie fakticky určujú, čo znamená morálne konať, a tak podmieňujú morálne povinnosti alebo povinnosti, ktoré sú kladené na človeka.

4.1 UTILITARISTICKÁ ETIKA A BIOETIKA

Utilitaristická teória ako typ etickej teórie, vychádza z názoru, že morálne je len také konanie, ktoré prispieva k „čo najväčšiemu možnému dobru, pre čo najväčší počet ľudí“.

Utilitaristická etika sa opiera o princíp užitočnosti, podľa ktorého je „nejaké konanie správne vtedy, keď vykoná alebo pravdepodobne vykoná toľko dobra ako

20 Vyslovovať definitívne etické hodnotenia v oblastiach, ktoré sa rýchlo vyvíjajú a menia, je možné len s veľkou opatrnosťou. To nepochybne platí aj pre zásahy do genetickej výbavy – v slovenskej literatúre sa v týchto súvislostiach hovorí o genetickom inžinierstve, prípadne o gémovej technológii, podľa toho, či autor vychádza skôr z anglickej alebo nemeckej odbornej literatúry.

nejaké iné konanie, ktoré sa konajúcemu subjektu ponúka, pričom nejaké konanie je záväzné práve vtedy, keď vykoná alebo pravdepodobne vykoná viac dobra, než každé iné konanie, ktoré sa konajúcemu subjektu tiež ponúka“ (Spaemann, 1998, s.38). Morálne správne je to, čo je najužitočnejšie“, „čo najväčšie dobro pre čo najväčší počet ľudí“.

Podstatu utilitaristickej etiky tvorí etický princíp utility, t.j. užitočnosti (úžitku, výhody), ktorý možno sformulovať približne takto: Vždy musíme konať tak, aby sme dosiahli to najlepšie zo vzájomných vzťahov medzi pozitívnymi a negatívnymi dôsledkami nášho konania, alebo, ak dôsledky budú negatívne, najmenšiu sumárnu škodu. Skrátka, naša voľba je odobrená vtedy, keď je vybraný variant ten najlepší (pre čo najväčší počet) v porovnaní s alternatívnymi variantmi. Pritom sa predpokladá, že:

- naše konanie obvyčajne vyvoláva nie jeden, ale viac dôsledkov, ktoré môžu byť pozitívne aj negatívne;
- naše konanie sa môže dotýkať nielen tých ľudí, ktorým je určené, ale aj iných ľudí;
- musíme pamätať na všetky dôsledky a odhadnúť ich spoločný dopad.

Podľa O. Höffa je utilitarizmus založený na štyroch princípoch:

1. princíp konzekvencie – následkov; zdôrazňuje možné následky a nie úmysel nášho konania;
2. princíp utility – užitočnosti; hovorí o súhlase alebo odmietnutí možných následkov; je podmienený dobrom vo všeobecnosti a nezávisí od vôle jedincov;
3. princíp hedonizmu – pôžitku, slasti, šťastia, rozkoše; zaoberá sa dobrom „osebe“ (ako šťastím, pôžitkom a pod.), ktoré sa ľuďom javí ako uspokojenie ich potrieb;
4. sociálny prístup – ktorý sa orientuje na spoločné (nie individuálne) šťastie, t.j. na šťastie všetkých, ktorých sa to dotýka.

Konkrétnou ilustráciou tohto typu uvažovania je problematika preimplantačnej diagnostiky²¹ s cieľom vytvoriť v laboratóriu geneticky ideálne dieťa.²² Argumenty, ktoré sa uvádzajú pre ospravedlnenie tejto metódy z hľadiska utilitaristickej etickej teórie možno (podľa A. P. Rethmanna) rozdeliť do štyroch skupín²³:

-
- 21 Je metódou prenatalnej diagnostiky. Prenatálna diagnostika používa postupy, ktorými sa v priebehu tehotenstva zisťuje stav zárodka a plodu. Pri posúdení stavu zárodka, k počatiu ktorého došlo mimo tela ženy („v skúmavke“), sa využíva preimplantačná diagnostika: zistenie „poruchy“ v zárodku ešte pred jeho vložením do maternice. V niektorých krajinách je preimplantačná diagnostika zakázaná (napr. v Nemecku), inde povolená (napr. v Čechách a na Slovensku).
 - 22 Zástancovia tejto metódy poukazujú na to, že odmietnutím zárodka ešte pred jeho zamýšľaným vložením do maternice ženy sa predchádza potratu, ku ktorému by nepochybne neskôr došlo.
 - 23 Pozri: Rethann, A. P. 2003. Konečne perfektní dítč? Preimplantační diagnostika v diskusii. In: Scripta Bioethica, ročník 3, číslo 2-3, 2003, ISSN 1213-2977

- **rétorika ohrozenia** – vzbudzuje sa strach, akoby ľudstvo bolo vo svojom ďalšom trvaní ohrozené a identifikovaným nepriateľom majú byť geneticky podmienené choroby;
- **rétorika záchrany** – prenatalná diagnostika sa predstavuje ako významný prostriedok pre narodenie zdravého dieťaťa. Zamľčuje sa pritom, že môže ísť o presadzovanie sporných eugenických zámerov;
- **apel na starostlivosť** – obetovanie nenarodeného dieťaťa sa deje kvôli dobru iného dieťaťa. Eufeministický termín terapeutické prerušenie tehotenstva je zvolený pre vyvolanie dojmu, že dôjde k uzdraveniu zárodok alebo plodu;
- **rétorika zodpovednosti** – vyvíja sa tlak na svedomie rodičov, hlavne žien. Ide o zodpovednosť voči rodine, manželovi, skôr narodeným deťom a koniec koncov tiež voči nenarodenému dieťaťu: *predsa ho nemožno vydať napospas osudu života postihnutých ľudí.*

Všetci utilitaristi prijímajú teda princíp užitočnosti ako štandard pri určovaní správnosti konania.

T. A. Shannon sa pokúša v úvodnej kapitole svojej *Bioetiky* (Thematic Ethical Concepts) schematicky klasifikovať hlavné možné koncepcie bioetiky. Podľa neho jednou zo štyroch teórií, ktoré obsahujú princípy, ktorými zdôvodňujeme partikulárne bioetické rozhodnutia je práve utilitarizmus.²⁴ Podľa autora táto koncepcia rieši problém etického, resp. neetického konania zvážením dôsledkov, ktoré z neho vyplývajú. „Konanie možno charakterizovať ako eticky dobré, ak vo svojich dôsledkoch vedie k prospechu človeka, resp. k prospechu celého ľudského spoločenstva.“ (Shannon, 1987, s.9)

Aj keď T. L. Beauchamp zdôrazňuje, že by sme mali uprednostňovať „dve dominantné formy etickej teórie“, pričom má na mysli utilitaristickú a deontologickú, sám preferuje utilitaristickú teóriu s princípom užitočnosti (výhody).²⁵

Konzekvencializmus, resp. utilitarizmus uprednostňuje aj ďalší významný americký bioetik H. Brody, keď konštatuje, že „v procese identifikácie a riešenia konkrétnych prípadov a situácií treba vychádzať zo zvažovania následkov rôznych druhov činností“ (Brody, 1976, s.291).

M. Munzárová vo svojej práci *Úvod do studia lekárskej etiky a bioetiky* uvažuje podobne ako T. A. Shannon (a ďalší americkí bioetici). V súčasnej bioetickej literatúre sa podľa nej veľký dôraz kladie na vyššie spomenutý typ etiky (okrem deontologizmu,

24 Medzi vhodné koncepcie bioetiky okrem utilitarizmu zaraďuje deontologizmus, etiku práv a intuicionizmus. Bližšie pozri: Shannon, T. A. 1987. *Bioethics*. (3.Ed.). New Jersey: Paulist Press, 1987, s.3-16

25 Bližšie pozri: Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. 1979. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.

etiky práv a intuicionizmu), keď „základom tejto metódy je teda prihliadanie k výsledku konania, k následkom, ktoré toto konanie so sebou nesie, k jeho užitočnosti... a tiež k situácii, v ktorej konanie prebieha...“ (Munzarová, 1995, s.13).

Ako je zrejmé aj z tejto stručnej ilustrácie názorov súčasných teoretikov bioetiky, mnohí zdôrazňujú dôležitosť, resp. prioritu utilitaristického (konzekvencialistického) prístupu riešenia aktuálnych problémov, ktoré bioetika skúma. Takýto prístup je viditeľný aj v oblasti génového inžinierstva, keď genetici aj eugenici uplatňujú v diskusii prevažne technicko-pragmatický prístup k tejto problematike a „účinky genetických manipulácií sa posudzujú predovšetkým v kategóriách úžitku a škody“ (Šlipko, 1998, s.82). V tejto súvislosti môžeme uviesť ako príklad *problém geneticky modifikovaných potravín, keď na prekvapenie a sklamanie viacerých environmentalistických skupín sú pravdepodobne naklonení prijať geneticky modifikované potraviny aj kresťanskí teológovia, a to aj napriek ich možnému riziku ohrozenia zdravia tejto, prípadne budúcej generácie. Podľa týchto názorov je dôležitejšie vyriešiť problém hladu vo svete napríklad produkciou geneticky modifikovaného zrna, pretože úsilie prekonať hlad ľudí vo svete má prednosť pred inými hladiskami.*²⁶

Ale klasický utilitarizmus nie je chránený pred rôznymi kritickými názormi. Sústreďme sa na najdôležitejší kritický hlas, pretože, predovšetkým on odhaľuje najslabšie miesto v štruktúre celej teórie utilitarizmu. Možno ho interpretovať nasledovne: „princíp úžitku podľa všetkého ospravedľňuje vnucovanie značných útrap niektorým ľuďom v prospech dobra mnohých ľudí“ (Mahoney, 1991, s. 13).

Niektoré druhy „experimentovania s ľuďmi“ túto možnosť názorne dokazujú. *Budeme predpokladať, že vedec chce lepšie pochopiť „ako funguje mozog“. Objektom jeho výskumu bude jedinec; jeho mozog bude vedec systematicky skúmať a zapisovať dosiahnuté výsledky. Takýto výskum by priniesol omnoho viac možností, ktoré by rozšírili obzor našich poznatkov o mozgu, než tie výskumy, ktoré sa robia na ľuďoch s cerebrálnymi poškodeniami. Budeme ďalej predpokladať, že experimentátor si vyberie človeka bez vzdelania alebo výchovy, bez rodiny a priateľov; teda človeka, ktorého spoločnosť nehodnotí ako „cenného“ pre jej ďalší rozvoj. Konečným dôsledkom výskumu bude smrť subjektu.*

Princíp úžitku, zdá sa, traktuje takéto experimenty ako legálne, pretože výsledok zaručuje „väčšiu sumu dobra“, než zla. Jeden, alebo niekoľko ľudí trpeli, ale mnohým ich utrpenie prinieslo úžitok v rozsahu, ktorý prevyšuje ich útrapy. (Je správne zväčšovať spoločné šťastie na úkor jedného človeka alebo skupiny?)

26 Na druhej strane niektoré skupiny ochrancov životného prostredia a vodcovia strany zelených v Európe sú proti novej biotechnológii. Európska únia nateraz zakázala geneticky modifikované potraviny, pokiaľ vedci hlbšie nepreštudujú problematiku spolu s jej bezpečnosťou a neškodlivosťou na zdravie.

Za ďalšie nedostatky, resp. slabšie miesta utilitaristickej teórie považujeme:

- záujmy väčšiny môžu prevládať nad záujmami menšiny;
- niekedy pripúšťa nemorálne konanie;
- človeka ako morálneho činiteľa robí zodpovedným za všetky dôsledky jeho konania, t.j. nielen za tie, ktoré priamo svojím konaním spôsobuje, ale aj za tie, ktorým svojím konaním nezabránil (zapríčinili ich iní ľudia alebo okolnosti).

Utilitaristická etická teória však má, aj veľa zástancov, ktorí ju aj dnes považujú za jednu z najvhodnejších etických teórií, ktorej princípy možno aplikovať a využívať pri riešení páľčivých bioetických problémov dneška. Ak ju hodnotíme z tohto pohľadu, v jej prospech hovorí hlavne to, že:

- všetky zúčastnené osoby dosiahnu dobro;
- je všeobecne pochopiteľnou formou uvažovania, populárnou pre väčšinu ľudí;
- ponúka akceptovateľné normy aj pre verejné opatrenia, napr. v oblasti zdravotnej politiky spoločnosti a genetického výskumu.

4.2 DEONTOLOGICKÁ ETIKA A BIOETIKA

V opozícii k utilitarizmu stojí deontologická teória, podľa ktorej je konanie správne alebo nesprávne v dôsledku určitého spôsobu konania, nie však kvôli jeho bezprostredným dôsledkom.

Medzi najdôležitejšie charakteristiky deontologickej teórie patria jej nasledovné špecifiká:

- a) štruktúra etickej teórie vo veľkej miere závisí od toho, ako sa v nej definuje a uvádza do vzájomnej súvislosti koncepcia správnosti a koncepcia dobra. V predchádzajúcich častiach sme zdôraznili, že utilitarizmus (ako teleologická teória) interpretuje dobro nezávisle od správnosti a samotnú kategóriu správnosti interpretuje ako to, čo maximalizuje dobro.
„Deontologická teória na rozdiel od utilitaristickej, zdôrazňuje prvotnosť správnosti pred dobrom, čo je jej hlavným špecifikom“ (Michajlova, Bartko, 1995, s.126). Deontologická teória sa neinterpretuje ako teleologická koncepcia; o možnosti dosiahnuť čo najväčšie množstvo dobra sa v nej nehovorí.
- b) Zástancovia deontologickej etiky sú presvedčení, že existujú rôzne morálne povinnosti; niektoré vznikajú zo špecifických vzťahov (napr. lekára k pacientovi, rodiča k dieťaťu a pod.), čo zástancovia utilitarizmu ignorujú. Napr. rodič má povinnosť starať sa o svoje dieťa nie preto, že sa tak maximalizujú všeobecne dobré dôsledky, ale preto, že táto povinnosť je súčasťou „bytia“ rodiča a dieťaťa.
- c) Podľa prívržencov deontologizmu už samotný fakt sľubu zaväzuje splniť to, čo sa sľubuje; základom tejto povinnosti nie je predpoklad, že splnenie sľubu maximalizuje dobré dôsledky.

- d) Pre takmer všetky súčasné deontologické teórie je príznačné prijímať formu teórie práv, napr. každý človek má morálne právo na život, slobodu a pod., na ktoré utilitarizmus nie vždy reaguje, čím porušuje právo individua na život, slobodu a pod.

Najvýznamnejšou z klasických deontologických teórií je tá, ktorú rozpracoval významný nemecký filozof I. Kant. Jeho teória povinnosti dodnes vyvoláva pozornosť v súčasných diskusiách o etickej teórii a tvorí podstatnú časť argumentácií v bioetike.

I. Kant tvrdil, že naše konanie si zaslúži pochvalu vtedy, keď konáme nie pod vplyvom svojich osobných záujmov alebo nejakých reálnych dôsledkov, ale z povinnosti, t.j. uvedomujeme si svoju morálnu povinnosť. Dôležité je aj to, že skutok (konanie) je vtedy morálnou povinnosťou, keď je podmienený pravidlom, ktoré je univerzálne racionálne, t.j. konanie je správne vtedy, keď je v súlade s pravidlom, vyplývajúcim z princípu, ktorý I. Kant nazval „kategorický imperatív“. Jednotlivec má povinnosť konať dobro pre ne samotné, pretože ide o dobro.

I. Kant formuluje kategorický imperatív nasledovne: „Konaj len podľa tej maximy, od ktorej môžeš zároveň chcieť, aby sa stala všeobecným zákonom“ (Kant, 1990, s.84). Kategorický imperatív predpisuje to, čo musíme urobiť bez toho, aby sme sa odvolávali na následky, a zároveň je imperatívom, pretože je príkazom.

Podľa I. Kanta existuje len jeden kategorický imperatív, ale možno ho formulovať tromi rôznymi spôsobmi, pričom každý poukazuje na iný aspekt princípu. Druhá interpretácia „praktického imperatívu“ je sformulovaná nasledovne: „Konaj tak, aby si používal ľudstvo ako vo svojej osobe, tak aj v osobe každého druhého vždy zároveň ako účel a nikdy len ako prostriedok“ (Kant, 1990, s.91). Tento variant kategorického imperatívu ilustruje názor I. Kanta, že každá rozumná bytosť je rozumom nútená, aby si neprispôbovala druhých (ľudí) k svojim vlastným účelom, nezotročovala ich, nezneužívala, ale vždy rešpektovala, že majú vnútorné (v sebe dané) oprávnenie svojej vlastnej existencie a právo na autonómiu. Rozumné bytosti majú to, čo I. Kant nazýval autonómnou vôľou ustanovujúcou zákony, t.j. rozumné bytosti sú schopné vytvárať pre seba pravidlá a riadiť s ich pomocou svoje konanie. Racionalita má svoj význam a hodnotu pre každého človeka.

Podľa I. Kanta má každá morálka svoj pôvod v racionalite. Kategorický imperatív (v akejkolvek interpretácii) je jej vyjadrením a je princípom, ktorým sa má riadiť vo svojom konaní akákoľvek „čisto rozumná bytosť“.

Utilitarizmus stotožňuje dobro (blaho) so šťastím alebo pôžitkom a realizáciu šťastia vyzdvihuje ako hlavný princíp morálky. Pre I. Kanta je šťastie, v lepšom prípade, len podmienené alebo optimálne dobro (blaho). Podľa neho je len jediná „vec“, ktorú možno nazvať „dobrom (blahom) osebe“: dobrá vôľa.

Dobrá vôľa je to, čo riadi naše konanie. Ale čo robí vôľu dobrou vôľou? Podľa I. Kanta, z povinnosti konáme vtedy, keď sa riadime maximami, ktoré vyhovujú

kategorickému imperatívu. To znamená, že on je tou hnacou silou, ktorá je v pozadí nášho konania (charakter našej vôle), ktorá určuje ich morálnu podstatu. Morálka nevychádza z dôsledkov (šťastie), ani z našich citov, záujmov alebo sklonov. Podľa I. Kanta je skutok správny len vtedy, ak konáme z povinnosti. *Napríklad, ak sa dobrovoľne rozhodneme darovať jednu zo svojich obličiek na transplantlačné účely, lebo spoločíme s utrpením chorého a chceme mu v jeho utrpení pomôcť, vykonalí sme (v morálnom zmysle) správne rozhodnutie; náš skutok však morálnu hodnotu nemá. Ak si však uvedomujeme, že je našou povinnosťou takto konať, vtedy náš skutok nie je len správny, ale má aj morálnu hodnotu.*

Pre Kantovu etiku platí, že etické princípy majú univerzálnu platnosť, t.j., že človek ich má dodržiavať za každých okolností, čo je zároveň aj „slabým miestom“ jeho etiky, pretože sa v nej neberie do úvahy konkrétna situácia, v ktorej sa človek ocitol a v ktorej sa má rozhodnúť pre správne riešenie. Sme povinní konať tak alebo inak nie preto, že to niekomu prinesie osoh, ale preto, že musíme konať svoju povinnosť. V tomto zmysle nie je správne klamať preto, že lož môže mať negatívne následky, ale preto, že klamať je nesprávne (nemorálne).

Deontologizmus, ako dôležité východisko etického uvažovania v dôležitých otázkach bioetiky zdôrazňujú mnohí zahraniční i domáci teoretici. „Podľa tohto chápania je etickým aktom ten, ktorý je motivovaný povinnosťou a zodpovednosťou. Táto povinnosť a zodpovednosť môže byť chápaná rôznym spôsobom. Takého typu je napr. Kantova autonómna etika povinnosti a všetky etické teórie, ktoré na ňu nadväzujú. Pojem „autonómna“ znamená, že povinnosť je daná ako primárna kategória, neopierajúca sa o žiadne iné nadradené kategórie.“ (Ondok, 1999, s.17)

Aj podľa M. Munzárovej je deontologizmus jednou z často využívaných etických teórií v bioetike, pretože „z tejto teórie vyplýva úplná jasnosť a istota východzieho bodu. Ak sú známe pravidlá alebo určené povinnosti, potom to, čo je mravné, je úplne evidentné“ (Munzárová, 1995, s.13). Podľa autorky je tento prístup aj dnes základom pre vypracovanie morálnych princíпов, prípadne písomných kódexov profesijnej etiky (etika lekára, sestry, zdravotníckeho personálu a pod.), ktoré hovoria o povinnostiach členov profesií – zdravotníkov voči pacientom, kolegom, samým sebou i voči spoločnosti.

Problémom, aký môže byť teoretický základ pre bioetiku, sa zaoberajú aj ďalší teoretici, napr. editor Encyklopédie bioetiky W. T. Reich, J. P. Ondok, T. Šlipko, D. C. Thomas a i. Deontologizmus podľa nich v súčasnej dobe v bioetike prevláda. Jeho nevýhodou je to, že spočíva na príliš úzkych, často „strnulých princíпов teoretického charakteru“ a „prehliada nové indukívne, často aj intuitívne argumenty, ktoré majú svoj pôvod v evidencii bežného rozumu“ (Ondok, 1999, s.18).

O deontologické etické uvažovanie sa vo svojej koncepcii bioetiky opiera aj D. Clouser, ktorý vychádza z názoru, že medzi „morálnymi pravidlami“ by mali byť také, ktoré zakazujú správanie a konanie, ktoré by mohlo uškodiť iným.

Aj keď priekopníci bioetiky T. Beauchamp a J. Childress hovoria o dvoch dominantných formách etickej teórie – utilitarizme a deontologizme, ktoré sa podľa nich zdajú byť vzájomne kompatibilné, každý z nich uprednostňuje iný typ týchto etických východísk. Deontologizmus s princípom povinnosti uprednostňuje J. Childress, utilitarizmus s princípom úžitku zas T. Beauchamp.

G. Lipovetsky v práci *Soumrak povinnosti* konštatuje, že aj keď „bioetickými úvahami prechádzajú najrozmanitejšie stanoviská ... faktom zostáva, že toto nové pole otázok – súbežne s ekologickou starostlivosťou – nepopierateľne ponúka príležitosť k obnove absolutistickej forme povinnosti“ (Lipovetsky, 1999, s.245). Ľudí k tomu podľa neho vedie dojem, že „pokrok biolekárstva ohrozuje ľudstvo človeka“, a že preto sa zrejme presadzuje myšlienka, že „je nutné znovu nastoliť nepodmienené imperatívy, ktoré zamedzia extremizmu technickej, kapitalistickej a individualistickej všemohúcnosti“ (Tamže). Práve „kategorická etika“ je tá, ktorá podľa autora bola „znovupotvrdená“ hrôzou z eugenizmu a biomoci, rozšírenou úzkosťou z odľudštenia človeka rozvojom biologických techník“ (Tamže, s.245–246).

Deontologická etika I. Kanta je zdrojom princípov, ideí a riešení niektorých špecifických bioetických názorov v oblasti biomedicínskeho experimentovania, ale aj zdravotníckej praxe alebo génového výskumu. Absolútne požiadavky v zmysle znenia kategorického imperatívu môžu byť zdrojom sily a dokonca určitého komfortu. Utilitaristická etika od nás vyžaduje zvažovať alternatívne spôsoby skutkov s ich dôsledkami a rozhodovať, aké z nich možno týmito dôsledkami ospravedlniť. Kantovská etika nás ochraňuje pred takýmito povinnosťami a nerozhodnosťou; vieme, že nikdy nesmieme klamať a nie je dôležité, aké dobro (blaho) z toho vznikne. Kategorický imperatív Kanta, okrem iného, vhodnejšie zdôvodňuje princíp spravodlivosti, ktorému pridáva „zdanie“ princípu slobody tak, že zdôrazňuje prioritu práv. Ak sa akákoľvek osobnosť musí skúmať ako cieľ a nikdy nie ako prostriedok, možnosť zákonného využívania (zneužívania) niektorých pre dobro (blaho) iných sa úplne vylučuje.

Etická teória I. Kanta je zložitá a diskutabilná. Má problémy teoretického charakteru, ktoré sa prejavujú v praxi a vyvolávajú pochybnosti o tom, či môžu absolútne pravidlá (vyjadrené kategorickým imperatívom) vždy riešiť naše morálne problémy.

Napríklad, problém vyplýva z Kantovho názoru, že morálne povinnosti majú rozumné bytosti alebo osobnosti. Je plod, ktorý sa rozvíja v maternici matky racionálnou osobnosťou? Spôsob, ktorý hľadá odpoveď na túto otázku vyvoláva množstvo kontroverzných názorov napr. v oblasti interrupcií. Podobný problém vzniká, keď skúmame otázku, ako sa správať k ťažko poškodeným (defektným) novorodencom. Je povinnosťou starať sa o takto postihnuté dieťa a robiť všetko pre to, aby sme mu zachránili život? Ak v takomto novorodenci nevidíme osobnosť, v tom prípade, pravdepodobne, nie sme povinní ho liečiť na takej úrovni

(alebo vôbec neliečiť) ako iné dieťa. Z toho vyplýva, že pojem osobnosti ako autonómnej rozumnej bytosti je príliš „ohraničený“. Ďalší problém, ktorý je spojený s kantovskou koncepciou rozumnej osobnosti, je interpretácia „autonómnej samoregujúcej vôle“. Aké individuum má takú vôľu? Dieťa, mentálne zaostalý človek alebo väzeň? Podľa Kanta, bez takej vôle individuum nemôže (podľa zákona) súhlasiť s tým, že bude objektom experimentu alebo dokonca nemôže dať súhlas na potrebnú medicínsku liečbu.

Problémy, o ktorých sme sa zmienili, si vyžadujú podrobnejšiu analýzu, čo však neznamená, že sa nemôžu riešiť alebo, že kvôli nim sa etická teória I. Kanta znehodnocuje. K ďalším možno zaradiť fakt, že deontologická etika: zanedbáva otázku vzťahov, charakterizuje ju aj prílišný formalizmus niektorých konštrukcií a pojmov, čo má vplyv na otázku ich praktického využitia a nerieši ani problém konfliktu povinností.

Na druhej strane k jej silnejším stránkam patrí relatívna jasnosť a jednoduchosť systému povinností alebo záväzkov, o čom sme sa už zmienili a aj vnútorná konzistentnosť, logičnosť uľahčuje posúdenie podobných prípadov a situácií.

4.3 NÁBOŽENSKÁ ETIKA A BIOETIKA

Teologická etika skúma morálne konanie z hľadiska náboženského presvedčenia a postojov. Odvoláva sa na morálne normy, princípy, prikázania zjavené Bohom...

Vedľa tzv. prirodzenej etiky existovala a existuje aj morálna teológia, ktorá okrem tradičných racionálnych pojmov a metód prirodzenej etiky zahŕňa aj teologické pojmy, argumenty a kategórie. Pokúsime sa stručne vymedziť teologické východisko etiky, špecificky bioetiky, pričom budeme mať na zreteli predovšetkým kresťanskú (katolícku) etiku. Náboženskú (teologickú) etiku chápeme ako teóriu, ktorá tvorí súčasť spektra filozofickej etiky, pričom vychádza z kritérií, ktoré nepochádzajú z racionálnej skúsenosti, ale z teologických tvrdení obsiahnutých v autorite Písma. Český teológ J. P. Ondok zdôrazňuje, že „diskurzívne morálne usudzovanie nemôže postihnúť všetky aspekty ľudskej skúsenosti, predovšetkým tie, ktoré sa týkajú „skúsenosti transcencie, v ktorej človek „zakúša“ kontingenciu svojej existencie a svoju vzťahnosť k Bohu, ako poslednú inštanciu vysvetlenia tejto skúsenosti“ (Ondok, 1999, s.23). Podľa neho len viera odpovedá na zmysel ľudskej existencie a na svet, v ktorom človek žije a hlavne zahŕňa nový morálny názor, ktorý umožňuje etické hodnotenie niektorých skutočností tam, kde „púhy racionálny prístup vedie k ambivalentnému hodnoteniu“ (Tamže, s.23).

Medzi najdôležitejšie problémy dneška, na ktorých riešení sa podľa zástancov teologickej etiky stáva rozhodujúci práve náboženský prístup, patria problémy počiatku a konca života, t.j. či život je alebo nie je absolútnou hodnotou, problém statusu ľudskej bytosti embrya, problém ľudskej sexuality, rodičovstva, skúmaný

cez spektrum nových reprodukčných technológií, možnosti technického manipulovania biologickej konštitúcie človeka, napr. klonovanie a i.

Kresťanská etika vychádza pri odvodzovaní svojich princípov predovšetkým z dvoch zdrojov:

1. z prirodzeného zákona (T. Akvinský), ktorý vychádza z racionálnej reflexie o ľudskej prirodzenosti („čo je človek“). Moderný pohľad na prirodzený zákon možno zhrnúť nasledovne:

- všetky schopnosti a funkcie človeka majú svoj účel a ľudská existencia ako celok má tiež svoj účel a zmysel;
- rôzne účely sú podriadené hlavnému (Bohu);
- ľudská inteligencia je schopná tieto rôzne účely, ktoré Boh ľudskému životu a prirodzenosti dal, odhaliť;
- úlohou ľudskej inteligencie je podporovať snahy o dobrom konaní.

T. Akvinský hovorí o prirodzenom zákone ako o participácii človeka na božskej prozreteľnosti, ktorá je dielom Božej inteligencie, ktorá všetko stvorené vedie k ustanovenému cieľu. Ľudská inteligencia sa uberá podobným smerom, ak vníma tento cieľ a ak objavuje cesty k nemu vedúce. Prirodzený zákon možno zhrnúť: „rob všetko, čo je v твоjich silách, aby si odhalil zmysel, ktorý je daný ľudskému životu a všetko, čo je s ním spojené, a aby si odhalil cesty konania, ktoré tento zmysel rešpektujú“ (Munzarová, 1994, s.8).

2. z teologických tvrdení, ktoré vychádzajú zo zjavení, ktoré sú predmetom viery a zároveň sú prijímané ako podložené autoritou, ktorú človek v akte viery prijíma. Mravné problémy sú riešené aplikáciou princípov a postupov morálnej teológie, ktorá vychádza z najdôležitejších zdrojov kresťanskej – katolíckej etiky: z Biblie, z učení filozofov a teológov (cirkevných otcov), hlavne Augustína Aurélia a Tomáša Akvinského, z rôznych cirkevných vyjadrení, napr. z dokumentov koncilov alebo pápežských encyklik. Teológovia zdôrazňujú, že len ich jasný a koherentný výklad je dôležitý pre pochopenie morálnych perspektív dneška, aby ľudstvo získalo potrebné kritéria (teologické) pre ich aplikáciu a riešenie vlastných bioetických a medicínskych problémov, ktoré doposiaľ neboli vnímané, alebo sa nevyskytovali²⁷.

Podľa teológov je kompatibilita oboch zdrojov zdôvodňovaná teologickým argumentom, podľa ktorého posledným prameňom obidvoch je Boh ako tvorca ľudskej prirodzenosti.

Medzi najdôležitejšie princípy kresťanskej (katolíckej) etiky, ktoré majú vzťah k bioetickej problematike patria:

- **princíp správcovstva**: človek je správcom, nie vlastníkom svojho života(ľudský život pochádza od Boha); je teda za svoj život zodpovedný,

27 Podrobnejšie pozri publikáciu K.-H.Peschke: Křesťanská etika, Praha, 1999, s. 223-301

t.j. má zodpovednosť ho chrániť a kultivovať jeho funkcie v prípade „porúch“ vyhľadať lekársku pomoc;

- **princíp dôstojnosti a nedotknuteľnosti ľudskeho života:** je spätý s právom na život, ale súčasne aj s povinnosťou život ochraňovať. Podľa tohoto princípu sa človek nemôže života vzdať, čo súvisí s problémom odmietania interrupcií, aktívnej eutanázie, samovraždy. Priame zabitie nevinnnej osoby z vlastnej vôle je zlým skutkom. Je zrejmé, že tento princíp vychádza z pojmu osoby človeka, ako základnej kategórie personalistickej filozofie, ktorý podľa J. P. Ondoka možno interpretovať nasledovne: „Všetky etické rozhodnutia, vrátane tých, ktoré sa týkajú starostlivosti o zdravie, musia uspokojovať vrodené i kultúrne potreby každej ľudskej osoby, ako člena ľudskeho spoločenstva“ (Ondok, 1999, s.51). Starostlivosť o zdravie je jednou z hlavných povinností ľudí, a pretože „zdravie v integrálnom zmysle“ môže byť dosiahnuté len v ľudskom spoločenstve, „je aj zdravotná starostlivosť tiež otázkou spoločenského záujmu“, preto je dôležité „usilovať sa o konsenzus, rešpektujúci priority jednotlivých potrieb človeka“ (Tamže, s.51). Ako príklad plnenia tejto závažnej spoločenskej povinnosti môžeme uviesť projekt na ochranu ľudských práv a dôstojnosti človeka z hľadiska aplikácie biológie a medicíny, ktorý bol v roku 1996 prijatý Výborom pre bioetiku pri Rade Európy. Aspekt dôstojnosti „ľudskej osoby“ zdôrazňuje aj pastorálna konštitúcia II. Vatikánskeho koncilu *Gaudium et spes* a ďalšie kresťanské dokumenty²⁸.

Samotná dôstojnosť človeka (ľudskej osoby) podľa kresťanskej tradície je primárne daná tým, že:

Boh stvoril človeka „k obrazu božiemu“ („na svoj obraz“), t.j. jeho dôstojnosť „je zakotvená“:

- a) v schopnosti nachádzať pravdu (čím sa človek líši od ostatného stvoreného sveta);
- b) v schopnosti svedomia, ktoré človek má vďaka svojmu pôvodu (človek je teda morálnou bytosťou);
- c) v slobode (aj keď ľudská sloboda nemôže byť absolútnou);
- d) v tajomstve ľudskej smrti (bytie k smrti).

Zdá sa, že princíp dôstojnosti (a nedotknuteľnosti) ľudskeho života je kritériom pri väčšine etických rozhodnutí, veď sa dotýka problémov, ktoré súvisia s interrupciami, oplodneniami „in vitro“, t.j. problémov ochrany vznikajúceho života, ale aj ukončenia života, ktoré súvisia s problémom eutanázie. Je dôležitým východiskom aj pri hľadaní odpovedí na rôzne experimenty na človeku, na problémy, ktoré prináša génová technológia, klonovanie a mnohé iné. Práve tento princíp je

28 Pozri: Dokumenty II. Vatikánskeho koncilu. Zvon, Praha, s.192-200

najvšeobecnejším princípom bioetiky a tvorí súčasť aj niektorých ďalších bioetických princípov (osvojili si ho aj mnohé laicistické liberálne koncepcie).

- **princíp totality a integrity, známy aj ako terapeutický princíp:** týka sa pravidiel, akým spôsobom je možné do života zasahovať (napr. v prípade chirurgických zákrokov), lebo „časť tela existuje pre dobro celku a môže byť obetovaná len vtedy, ak je to pre dobro celku nutné“ (Munzárová, 1999, s.8), t.j. ak chorý orgán ohrozuje celé telo.

Ľudská prirodzenosť je otvorený systém s hierarchiou jednotlivých funkcií a práve termín integrita zahŕňa súlad všetkých týchto funkcií. Samotný pojem totality a integrity charakterizuje psycho-somatickú jednotu človeka (nejde len o fyzickú – telesnú totalitu).

Princíp celistvosti a integrity sa aplikuje v prípadoch transplantácií orgánov od živých darcov, transsexualizmu, v preventívnej medicíne a pod. ako východisko pre hľadanie riešenia.

- **princíp dvojakého efektu:** vyskytuje sa v určitých prípadoch, keď z jedného konania môžu vzniknúť dva efekty, pozitívny a negatívny. Podstatné je, že negatívny efekt nebol zamýšľaný, ale vznikol ako sekundárny dôsledok konania. Podľa M. Munzárovej (a i.) je nevyhnutné jasne formulovať podmienky, v ktorých možno tento princíp aplikovať:
 - a) hlavné konanie (činnosť) je samo osebe dobré, alebo aspoň indiferentné;
 - b) zámerom konajúceho je dobrý efekt;
 - c) dobrý efekt nie je docielený prostredníctvom zlého, ktorý z akcie vyplýva ako sekundárny (alebo nanajvýš ako paralelný k dobrému efektu);
 - d) pozitívny efekt prevažuje nad negatívnym efektom (alebo je aspoň rovnaký);
 - e) konanie, ktoré má aj negatívne dôsledky, nemôže byť v danej situácii nahradené iným.
- **princíp slobody a zodpovednosti:** prejav slobody je správny len vtedy, ak je založený na myšlienke zodpovednosti, na zvažovaní svojich vlastných skutkov vo vzťahu nielen k sebe, ale aj k iným ľuďom;
- **princíp spoločstva a vzájomnej pomoci:** predpokladá, že k dosiahnutiu všeobecného dobra, života a zdravia spoločnosti možno dôjsť len cez individuálne dobro. Základom pre takéto uvažovanie (konanie je povinnosť vzájomne sa rešpektovať, uznávať dôstojnosť každej ľudskej bytosti).

V oblasti riešenia bioetických problémov dnes existujú početné oficiálne inštitúcie, ktoré sa zaoberajú niektorými teologickými problémami tejto oblasti, napr. Centrum Pápeža Jána XXIII. pre medicínsko-morálny výskum a vzdelanie (1973). Úlohou Centra je organizácia náboženského výskumu v oblasti medicínskych aktivít, pokiaľ súvisia s etickou problematikou; pracujú v ňom odborníci rôzneho zamerania (vedci, lekári, teológovia, etici).

Je zrejme, že otázkam bioetiky sa venuje stále väčšia pozornosť. Katolícka cirkev na potrebu mať k dispozícii relevantné informácie a predkladať stanoviská, ktoré sú v súlade s modernými vedeckými poznatkami, reagovala aj tým, že Ján Pavol II. zriadil v roku 1994 Pápežskú akadémiu a v roku 2000 bola založená celosvetovo prvá samostatná fakulta pre bioetiku.

Súčasní etici zdôrazňujú nutnosť spolupráce s empirickými vedami ako medicína, psychológia, sociológia, aby sa poznanie o ľudskej prirodzenosti „zaokrúhlilo“. Ani morálna teológia, ako zdôrazňujú teológovia, sa bez podobného úsilia dnes nezaobíde. Mravný poriadok sa odvodzuje z prirodzenosti človeka, jej poznanie je umocňované novými poznatkami z medicíny, psychológie, spoločenských vied a ďalších podobných disciplín. Ale oboznámenosť s antropologickými vedami však podľa teológov nie je jediným predpokladom pre vypracovanie mravnej normy, je ním aj účel a cieľ, pre ktorý sú stvorení svet a ľudia. Cieľ, ktorý má byť uskutočnený, je obzvlášť dôležitým kritériom pre rozhodovanie o tom, čo je nutné schváliť ako morálne dobré a čo zavrhnúť ako zlé. Cieľ je krátko definovaný ako Božia česť a zriadenie jeho kráľovstva (ako o tom podrobnejšie hovorí všeobecná morálna teológia) a „človek je povolaný zúčastniť sa spoločného diela zdokonalenia Božieho stvorenia“ (Peschke, 1999, s.22), t.j. vo všetkom svojom konaní musí mať tento cieľ na zreteli a musí mu slúžiť. Táto teleologická zameranosť je pre kresťanskú etiku podstatná. Poslaním človeka je spolupráca na rozvíjaní „Božieho stvoriteľského diela“ a musí byť prítomné vo všetkých morálnych úvahách ako ich posledné kritérium, ved’ podľa morálnej teológie je „vzťah človeka k Bohu v jeho mravnom živote faktorom najzásadnejším“ (Tamže, s.23).

Katolícka cirkev zaujala vo svojich dokumentoch aj postoj k aktuálnemu problému prenatálnej a preimplantačnej diagnostiky.²⁹ Metódy prenatálnej diagnostiky dnes patria medzi rutinné postupy lekárskej starostlivosti o matku a dieťa, zvlášť pokiaľ ide o vyšetrenie ultrazvukom. Ich hlavným účelom je zistiť, či a aké komplikácie by mohli pri pôrode nastať a ako im možno predísť. V *Donum vitae* sa píše, že „...takáto diagnóza je mravne nezávadnou ... je však v priamom rozpore s mravným zákonom, keď v závislosti od výsledkov pripúšťa aj možnosť vyvolať umelý potrat. Ak diagnóza zistí nejakú deformáciu alebo dedičnú chorobu, nesmie sa to rovnať rozsudku smrti“ (*Donum vitae*, 1996, s.16).

Pri preimplantačnej diagnostike je situácia odlišná. Ide o výkon na zárodok, ktorý vznikol oplodnením v skúmavke (in-vitro fertilizácia, IVF) a to pred implantáciou (vložením) embrya do maternice. Vyšetrením sa má zistiť, či je zárodok z genetického hľadiska v poriadku. Ak sa zistí postihnutie, zárodok nie je implantovaný, ale zničený.

29 Ide predovšetkým o inštrukciu Kongregácie pre náuku viery *Donum vitae* a encykliku pápeža Jána Pavla II. *Evangelium vitae*. Bližšie pozri: *Donum vitae*. Instrukce Kongregace pro nauku viery z 22.2.1987 (český preklad vydalo Sdružení pro ochranu života nenarozených, Šlapanice, 1996); Ján Pavol II.: *Evangelium vitae*, Praha: Zvon, 1995, č.63

Podľa katolíckej etiky ju nemožno považovať za dovolenú z dvoch dôvodov:

1. preto, že sa pri nej vždy dopredu ráta s možnosťou usmrtenia zárodka;
2. preto, že sa výkon uskutočňuje v súvislosti s mimotelovým oplodnením, ktoré je samo o sebe z morálneho hľadiska neprípustné.

Preimplantačná diagnostika predstavuje činnosť, ktorá je „vždy sama osebe nedovolená“, pretože „je včlenená do mravne závadných súvislostí: IVF – zamýšľaná selekcia“ (Beneš, 2003, s.14). Veď „ľudský život nikdy nie je púhym prostriedkom k akémukoľvek, čo aj najvznešenejšiemu účelu, ale je cieľom, účelom sám v sebe“ (Tamže). Podľa kresťanských etikov (bioetikov) „v preimplantačnej, a za určitých okolností aj v prenatalnej diagnostike, dochádza k prevráteniu tohto princípu: nie je preukazovaná služba konkrétnej ľudskej bytosti“ (Tamže, s.15). Jeden z hlavných princípov kresťanskej etiky je nedotknuteľnosť ľudskej osoby a ľudského života. Táto nedotknuteľnosť je prvotnou hodnotou, ktorá vyplýva už zo samotnej existencie človeka ako osoby. Ľudský život a status osoby sú totiž neoddeliteľné „kde je ľudský život, tam je tiež ľudská osoba, lebo osoba je osobou, len pokiaľ je živá, a ľudský život je ľudský preto, že je životom človeka, t.j. človek pokiaľ je človekom, je zároveň i osobou“ (Beneš, 2003, s.16).

Kresťanská bioetika má stále dôležité postavenie pri hľadaní odpovedí na takéto, ale aj ďalšie otázky, ktoré prináša biologická revolúcia. Na jednej strane vychádza zo stáročnej tradície náboženského uvažovania overeného poznaním, čo jej umožňuje poskytovať odpovede a riešenia na všeobecné, spoločné a „všeľudské“ otázky o podstate ľudskej osoby, života, utrpenia, choroby, smrti...; na strane druhej etické argumenty, ktoré sa odvolávajú na náboženské (kresťanské, katolícke) presvedčenie, nemusia mať v spoločnosti širšiu akceptovanosť, t.j. môžu mať len obmedzenú použiteľnosť, obzvlášť v situácii náboženského pluralizmu.

4.4 ETIKA CNOSTI A BIOETIKA

Teoretici cnosti považujú za hlavnú etickú kategóriu charakter (povahu), sústreďujú sa na otázku „akým musím byť?“ Súčasný návrat k teórii cnosti znamená, že sa opäť objavil variant etickej teórie, ktorú kedysi predstavili hlavne Platón a Aristoteles a zo súčasných autorov predovšetkým A. MacIntyre, Ph. Foot, B. Williams a ďalší.³⁰

³⁰ Jediným dielom v domácej odbornej literatúre, ktoré sa približuje problematike rôznych variantov etiky cnosti nielen z pohľadu ich dejinno-filozofickej retrospektívy, ale aj z pohľadu súčasných teoretických aktivít v tejto oblasti, je práca slovenských filozofiek D. Smrekovej a Z. Palovičovej *Dobro a cnosť. Etická tradícia a súčasnosť*. Bratislava: Vydavateľstvo Iris, 2003, ISBN 80-89018-17-7.

„Renesancia etiky cnosti má pre rozvoj samotnej etiky a pre diskusie o jej povahe a predmete zásadný význam“ konštatujú D. Smreková a Z. Palovičová, „namiesto kantovského formálneho vymedzenia povinnosti sa do popredia dostávajú otázky o zmysle etiky pre orientáciu ľudského života a pre formulovanie dlhodobých životných cieľov vtlačajúcich individuálnej existencii neredukovateľnú jedinečnosť a osobitý zmysel“ (Smreková, Palovičová, 2003, s.141). Mnohí súčasní teoretici cnosti (A. MacIntyre, R. Louden), ktorí sa opierajú hlavne o znovupremyslenie etického odkazu Aristotela, považujú názory a úvahy o črtách, vlastnostiach charakteru osobnosti za zásadnejšie, než teórie o povahe konania.

Tézu o dôležitosti charakteru – v zmysle cností – v morálnom rozhodovaní presadzujú aj niektorí teoretici bioetiky. Napríklad W. T. Reich, ktorý za možné bioetické východisko (okrem etiky povinnosti) považuje etiku charakteru. Podobne uvažuje aj J. P. Ondok, ktorý sa vo svojej publikácii *Bioetika* odvoláva práve na vyššie spomenutého autora, keď zdôrazňuje, že etika charakteru je etikou, ktorej „cieľom je formácia ľudského charakteru“, a že „toto chápanie pripomína Aristotelovu aretologickú etiku (t.j. na cnosti (areté) orientovanú etiku)“ (Ondok, 1999, s.18). Cnosť (areté) je trvalým postojom, ktorý sa opiera o pevné dispozície k určitému konaniu, ktoré si zámerne osvojujeme. Komplex takýchto postojov – cností, teda môžeme chápať ako charakter človeka, ktorý je jeho neoddeliteľnou morálnou výbavou. W. T. Reich, J. P. Ondok a ďalší bioetici poukazovali predovšetkým na význam praktického uplatnenia etiky cnosti, vzťahujúcej sa na profesiu lekára (zdravotníka, sestry, ošetrovateľa a pod.).³¹ Z pohľadu užšieho chápania bioetiky ide hlavne o jej dôležitosť pri formulovaní požiadaviek, ktoré by mali byť kladené na charakter medicínskych pracovníkov, lebo predovšetkým táto profesia si vyžaduje také cnosti, ako je integrita, rešpekt, súcit a ďalšie. J. Kořenek v *Úvode do lekárskej etiky* píše, že v bežnej praxi každý pacient vie oceniť okrem kvalitných odborných vedomostí lekára aj jeho „dobré ľudské vlastnosti – úprimnosť, poctivosť, citlivosť, zdvorilosť, ľudskosť, taktnosť, trpezlivosť, zodpovednosť, skromnosť a iné ďalšie. Tieto kladné ľudské vlastnosti označujeme obecné ako cnosti“ (Kořenek, 1996, s.17). Zároveň konštatuje, že cnosti, o ktorých hovoríme sú stavovské (profesijné) lekárske cnosti, ktoré sú implementované do etických kódexov tejto profesie.

Etika cnosti upriamuje pozornosť na charakter mravného konateľa a koncentruje sa na postoje, dispozície a tie pozitívne charakterové črty – cnosti, ktoré mu umožňujú konať a žiť tak, aby rozvinul svoj ľudský potenciál čo najlepšie.

Podobne uvažujú aj ďalší bioetici (H. Haškovcová, M. Munzarová, J. Glasa, J. P. Ondok, D. Mieth ai.), keď zdôrazňujú, že bioetiku cností treba rozvíjať ako etiku

31 Podobne uvažujú aj slovenské filozofky D. Smreková a Z. Palovičová, ktoré vidia praktické uplatnenie etiky cnosti v rôznych aplikovaných etikách. Bližšie pozri: Smreková, D. – Palovičová, Z. 2003. Dobro a cnosť. Etická tradícia a súčasnosť. Bratislava: Vydavateľstvo Iris, 2003, s.144.

správnych a žiadúcich morálnych postojov, ktorá okrem všeobecných morálnych cností predpokladá aj špecifické cnosti, napríklad schopnosť komunikácie, schopnosť úcty k životu atď.

Etika cnosti je zameraná na kultivovanie charakteru človeka, vyhľadávanie pozitívnych ľudských vlastností, ktoré sú predpokladom dobrého vykonávania profesie. Jej špecifikum je v tom, „že namiesto spoliehania na silu pravidiel obracia pozornosť na cnosti, ktoré nielen že vytvárajú bariéru voči rozličným druhom nespravodlivosti, nečestnosti, neférovosti, ale ktoré zároveň človeku umožňujú uznať, presadzovať a ochraňovať určité dobro bez toho, aby ho prikazovali“ (Smreková, Palovičová, 2003, s.150).

4.5 ETIKA DISKURZU A BIOETIKA

Etika diskurzu, ktorej zakladateľmi sú nemeckí filozofi J. Habermas a K. O. Apel³², patrí k najvplyvnejším etickým teóriám súčasnosti. V súčasnosti ju možno považovať za jednu zo základných teoretických východísk bioetiky.

Podstatou diskurzívnej etiky, ktorá dnes predstavuje jeden z dominantných smerov filozoficko-etického myslenia je konštalácia idey, že v diskurzívnej situácii naša morálna voľba už nie je len výsledkom poznania nejakých morálnych noriem (imperatívov), ale formuje sa v procese diskurzu – slobodne vedenej argumentačnej reči. Jej zmyslom je porozumenie a konsenzuálne dorozumenie sa s ostatnými účastníkmi komunikácie.

Etika diskurzu je univerzalistickou etikou, ktorá má procedurálno-formálny charakter, t.j. nehovorí o tom, čo je správne, ale ako k tomu správnemu dospieť.

Centrálnou otázkou diskurzívnej etiky je teda otázka možnosti racionálneho zdôvodnenia normatívnych podmienok morálky, morálneho konania. Inak povedané, diskurzívna etika je teóriou procedúry tvorby a potvrdzovania univerzálnej platnosti morálnych noriem. Kritickou rekonštrukciou kantovského „praktického rozumu“ sa tu morálne hľadisko odvodzuje z podmienok fungovania komunikácie, t.j. univerzálne platných zásad komunikácie, ktorým je prisúdená etická relevantnosť.

Diskurzívna etika prisudzuje komunikatívnej kompetencii aj povahu morálnej záväznosti a povinnosti. Komunikujúci človek sa neusiluje len dorozumieť sa s inými, ale aj dosiahnuť konsenzuálnu dohodu s inými. V štruktúre komunikatívneho konania (Habermas) sa tak otvárajú dve základné roviny:

32 Základné princípy diskurzívne etického programu zdôvodnil nemecký filozof a sociológ J. Habermas v stati *Diskursethik – Notizen zu einem Begründungsprogram*. In: *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt, Suhrkamp, 1983. Koncom 80.-tych rokov 20.storočia zverejnil svoju prácu K. O. Apel: *Diskurs und Verantwortung*. (Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral). Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1988.

- prvá súvisí s fungovaním jazykových vyjadrení, ktoré sú spojené s extraverbálnym kontextom;
- druhú tvorí samotná argumentačná reč, diskurz, ktorý je už situáciou výmeny argumentov, zdôvodňovaním problematických nárokov platnosti.

Diskurz má funkciu ideálnej rečovej situácie, v ktorom všetci účastníci majú rovnaké šance, sú slobodní, rovnoprávni a majú dobrú vôľu dohodnúť sa. Dobrá vôľa ku konsenzu znamená, že všetci zúčastnení budú voliť zrozumiteľné slová, budú lingvisticky a gramaticky správne používať jazyk, ich vyjadrenia budú pravdivé a hodnoverné.

Etika diskurzu rozvíja východisko zdôvodňovania takých zásad, ktoré by umožnili nenásilné, racionálne a všeobecne akceptovateľné riešenie konfliktov. Obsahy aplikovaných noriem, aj konkrétny obsah riešenia závisia od toho, na čom sa dohodnú v praktickom diskurze všetky stránky zainteresované do konfliktu. Tento typ etiky je založený na priznaní toho, že človek má schopnosť uznať platnosť etických princípov a akceptovať racionálne riešenie konfliktov.

Už v počiatočných vývoji bioetiky sa posúdenie, zdôvodnenie a riešenie bioetických problémov vynášalo za hranice profesijného, medicínskeho spoločenstva. Hoci bolo ťažké nájsť a pochopiť spôsob, s pomocou ktorého by mohli predstavitelia komunikovať v rámci interdisciplinárnej príbuznosti, bioetika sa zrodila ako výsledok dialógu právnikov, politikov, biológov, lekárov, teológov, filozofov – etikov.

Už od svojho vzniku bioetika „nútila ľudí rozprávať“. Hovoríme o verejnom diskurze, kedy sú „stanoviská veľkých bádateľov a lekárov ... všeobecne šírené a komentované v tlači, médiá pravidelne pojednávajú o morálnych otázkach sprevádzajúcich výskum nových genetických a rozmnožovacích techník, na fakultách sa učí lekárska etika, na poriadku dňa sú navrhované zákony o etike v biolekárstve“ (Lipovetsky, 1999, s.245).

V procese rozboru vzniku, počiatkov a ďalšieho vývoja bioetiky (na príklade americkej bioetiky) sme boli svedkami rôznych diskusií, v ktorých vedci, filozofi, etici, teológovia, sociológovia, právnici a zástupcovia ďalších profesií poukazovali na nové morálne problémy, ktoré priniesla veda a technika, a ktoré sa premietli do sféry biomedicíny a vedeckého výskumu v snahe si porozumieť a dohodnúť sa, aby sa konsenzuálna dohoda stala pre ľudí normatívnym predpokladom ich reálneho konania. Prví bioetici prizývali k širšej verejnej diskusii o etických cieľoch medicíny a vedy. Za najvýznamnejšie formy diskurzu možno považovať diskurzy konferencií, ktorých význam spočíval v tom, že zdôraznili potrebu výskumu pojmového a argumentačného aparátu, ktorý vychádzal hlavne z teologickej tradície (reflexia morálneho života a bohatá slovná zásoba), filozofickej argumentácie (logika argumentov), a ktorý bolo potrebné zblížiť s jazykom vedy, techniky a medicíny tak,

aby účastníci diskusií pochopili podstatu problému a mohli reagovať. Príkladom ako realizovať verejný diskurz bola (je) činnosť Hastings Centra, ktoré patrí medzi najstaršie a najznámejšie centrá bioetiky na svete. Typickou pracovnou metódou Hastings Centra bol (je) široký interdisciplinárny prístup a záber pri riešení konkrétneho problému. Výsledky diskusií interdisciplinárneho výskumu pomáhali formovať riešenia a odpovede na aktuálne otázky, ktoré vznikali v dôsledku rýchleho vývoja prírodných vied a medicíny v sociálnom, kultúrnom a politickom kontexte. Výsledky diskusií odborníkov z rôznych oblastí prispeli aj k riešeniu a vypracovaniu mnohých smerníc a odporúčaní pre oblasť medicíny a zdravotníctva v USA a Európe. Verejný diskurz (o genetike, smrti a zomieraní, modifikácii správania a pod.) zahŕňa širšiu verejnosť, t.j. profesionálov (odborníkov rôznych oblastí), zainteresované strany a širšiu verejnosť (laikov). Osobitá pozornosť sa stále venuje problematike biomedicínskeho výskumu a etických komisií.

Bioetika bola (je) diskurzom – „stálym a cieľavedomým rozprávaním“ rôznych účastníkov. Diskusia mala (má) trvalý charakter, jej cieľom je hľadať správne definície pojmov, názorov, nachádzať vhodnú argumentačnú základňu „pre a proti“ rôznym názorovým pozíciám. Univerzálnou zásadou argumentácie je nestranné hľadisko, ktoré umožňuje účastníkom diskurzu uvažovať o všeobecne platných normách. Ak všetci účastníci diskurzu dosiahnu súhlas o tom, že daná norma (normy) platí, potom sa stáva platnou a všeobecne prijateľnou. Výsledkom niekoľkoročných diskusií bol posun k riešeniu problémov, tak teoretických, ako aj praktických, ktoré síce častokrát boli čiastkové a potrebovali revíziu, ale zároveň boli pre účastníkov diskurzu motiváciou hľadania ďalších riešení aktuálnych morálnych dilem v oblasti biomedicíny (zdravotníctva). Diskurz tak napomohol evolúcii v bioetike, ktorá bola od svojho vzniku „otvorená“ argumentačným názorom jeho účastníkov (z rôznych oblastí), a ktorého počiatky sú najprv vo sfére privátnych „medicínskych výmen názorov“, postupne zahŕňajú širšiu oblasť „výmeny názorov“, tzv. školskej bioetiky, etických komisií, pridávajú sa diskusie jednotlivých hnutí občanov za svoje práva (práva pacientov a i.) a podieľajú sa na nich aj médiá.

5 FUNDAMENTÁLNE PRINCÍPY BIOETIKY

V odbornej literatúre, pri rôznorodosti existujúcich etických teórií, sa vyskytujú mnohé princípy, ktoré sa môžu od seba obsahovo líšiť podľa toho, z akej etickej koncepcie vychádzajú. Chceme upozorniť aj na skutočnosť, že práve spomenutá rôznorodosť etických teórií už na prvý pohľad komplikuje možnosť výberu vhodného princípu (princípov) pri riešení konkrétneho prípadu, špecifickej situácie v praxi. Na druhej strane by bolo naivné predpokladať, že je možné nájsť nejaký jeden alebo celý komplex princíпов, ktoré by vyhovovali všetkým a všeobecne. Niektoré princípy sú formulované rôznym spôsobom, aj keď obsah majú podobný. V odbornej bioetickej literatúre sa vyskytujú rôzne klasifikácie princíпов, sú všeobecnejšie alebo podrobnejšie.

Špecifické princípy bioetiky sú odvodzované ako aplikácia a konkretizácia princíпов všeobecnej etiky v partikulárnej oblasti ľudského konania v súvislosti s biologickou, genetickou a medicínskou stránkou, predovšetkým v súvislosti s jeho starostlivosťou o zdravie a život nielen jednotlivca v súčasnej dobe, ale aj budúcich pokolení.

Pri uvádzaní jednotlivých bioetických princíпов³³ väčšina amerických i európskych bioetikov prezentuje niekoľko fundamentálnych etických princíпов, z ktorých môžu byť ďalšie odvodené. Ide o predstaviteľov tzv. moderných sekularizovaných liberálnych prúdov, ale aj časti náboženských predstaviteľov bioetiky. Najznámejšou ilustráciou tejto typologizácie princíпов je známy model T. L. Beauchampa a J. Childressa: princíp neškodnosti, princíp prospešnosti, princíp autonómie a princíp spravodlivosti. Opätovne boli tieto princípy sformulované v Belmontskej správe (1978), ktorá ich prezentovala ako fundamentálne v sekularizovanej (liberálnej) bioetike.

Princíp neškodnosť (nonmaleficencia)

Tento princíp sa považuje za jeden z najstarších (svoje korene má už v medicínskej etike), ale uplatnenie našiel aj v bioetike. Jeho podstatu vyjadruje pravidlo: „Nikdy neuškodit!“; zakotvené už v tradícii Hippokratovej prísahy. Princíp požaduje vylúčiť akékoľvek úmyselné i neúmyselné „poškodenie“ alebo ublíženie. Pri hlbšej analýze do popredia vystupuje problém pojmu „škoda“ (hlavne v medicínskej praxi). Pri rozbere tohto problému, možno rozlíšiť nasledovné formy „škody“:

- a) „škoda“ spôsobená „nekonaním“, t.j. neposkytnutím pomoci tomu, kto ju potrebuje;

33 Princípy náboženskej (kresťanskej) bioetiky sme prezentovali v časti Náboženská etika a bioetika.

- b) „škoda“ spôsobená nedbanlivosťou, nezodpovednosťou alebo zlým úmyslom (napr. zo zisťných dôvodov);
- c) „škoda“ spôsobená nesprávnym, nedôsledným, neprofesionálnym (nekvalifikovaným) konaním;
- d) „škoda“ spôsobená objektívne nevyhnutným (v danej situácii) konaním.

Každú z týchto podôb „škody“ však možno posudzovať rôzne: V prípade neposkytnutia pomoci je možné, že v niektorých prípadoch bude porušený zákon, ak nebude splnená povinnosť, ktorá vyplýva zo zákona alebo iného právno-normatívneho dokumentu. Skúmaný problém sa teda javí skôr ako administratívny alebo právny, než morálny. *Napríklad, lekár si v službe nesplnil svoje profesionálne povinnosti voči pacientovi, čo znamená, že v tomto prípade bude zodpovedný:*

- za to, že si nesplnil svoje povinnosti;
- za následky, ktoré vznikli ako dôsledok jeho nekonania.

Je evidentné, že v prvom prípade lekár musí (bezpodmienečne) niesť zodpovednosť za to, že si nesplnil svoju povinnosť vo vzťahu k chorému. V druhom prípade zodpovednosť nemusí byť chápaná tak striktno, napr. v prípade, keď lekár venoval svoj čas a profesionálne schopnosti inému pacientovi v kritičejšom stave. Aj napriek tomu sa pacient, ktorému nebola poskytnutá odborná pomoc, alebo jeho príbuzní môžu na lekára sťažovať. Lekár, ktorý v tomto prípade nemá službu však nenesie právnu zodpovednosť (Podľa zákonov americkej asociácie lekárov za svoje nekonanie lekár v prípadoch neposkytnutia pomoci chorému môže byť zbavený licencie, lebo z hľadiska zodpovednosti je jeho „nekonanie“ morálne neprípustné).

V prípade „škody“ spôsobenej nedbanlivosťou, nezodpovednosťou, t.j. nedôsledným plnením si povinností, ktoré sú zakotvené aj v platných smerniciach, napr. keď lekár neposkytol nutnú liečebnú procedúru chorému, alebo ju úmyselne neposkytol, stáva sa objektom (podobne ako v prvom prípade) skôr právnej než etickej regulácie, hoci by mal za svoj čin niesť aj morálnu zodpovednosť.

V prípade „škody“ spôsobenej nedostatočnou profesionálnosťou (kvalifikovanosťou) lekára, ktorá mu bráni dôsledne si plniť svoje povinnosti, treba zdôrazniť, že samotný pojem profesia lekára (kvalifikácia) má nielen „technický“ obsah, ale aj „morálny“. Ten, kto sa stal lekárom, ale aj napriek tomu nevykonáva (nevie) svoju prácu odborne, je objektom morálneho odsúdenia.

V prípade objektívne nevyhnutnej „škody“ sa táto formulácia môže chápať ako paradox, veď pacient prichádza za lekárom, aby ho tento zbavil bolesti, aby ho vylicil (aby ho lekár zbavil zla – bolesti, choroby, alebo aby získal dobro – zdravie). Prečo teda hovoríme o „škode“? Pri podrobnejšom rozbere problému zistíme, že takmer každá návšteva u lekára človeku spôsobuje nejakú „škodu“. Ak problém posudzujeme z pohľadu chorého – už samotná návšteva u lekára si vyžaduje určitú stratu jeho času (často aj peňazi), ktoré dotýčný mohol venovať niečomu inému

(príjemnejšiemu), alebo naopak, pretože bol u lekára, nemohol zrealizovať niečo pre seba veľmi dôležité.

Ďalší príklad takejto formy „škody“ môže vzniknúť počas informovania pacienta o stave a prognóze jeho ochorenia a liečbe. „Škoda“ môže vzniknúť v dôsledku utajenia informácií o chorobe (v prípade oklamania pacienta), ale aj v dôsledku oznámenia mu „zlej pravdy“ o jeho stave. Na jednej strane, ak niekoho klameme, tým mu aj škodíme, pretože ponížujeme jeho ľudskú dôstojnosť; konečne, človek, ktorý koná v dôsledku nedostatočnej alebo nepravdivej informácie o svojom stave si môže ublížiť. Na druhej strane, „škoda“ môže vzniknúť aj v prípade, keď sa chorému podá pravdivá informácia o jeho zdravotnom stave, ale informácia pre neho neočakávaná, šokujúca, podaná v bezohľadnej podobe, bez ohľadu na emocionálny stav chorého.

Ak by sa princíp „hlavne neuškodiť“ (neškodnosť) aplikoval v biomedicíne predovšetkým vo vzťahu lekár – pacient doslovne, t.j. nespôsobiť nikdy žiadnu škodu (pacientovi), lekár (výskumník a pod.) by sa musel vyhýbať akémukoľvek konaniu, nasmerovanému na dosiahnutie dobra pre zainteresovaných. Ale podstata princípu nie je v tom. Na rozdiel od uvedených foriem škody, ktorým sa možno a aj treba vyhnúť, v danom prípade máme na mysli škodu, ktorá je nevyhnutná, t.j. je dôležitá, aby „škoda neprevyšovala to dobro (blaho), ktoré je cieľom lekárskeho zákroku“ a aby bola minimálna v porovnaní so všetkými ostatnými variantmi konania lekára.

Škoda, spôsobená lekárom, sa nemusí vzťahovať bezprostredne k pacientovi. *Napríklad, v situácii, v ktorej je ohrozený život tehotnej ženy, môže vzniknúť potreba podstúpiť interrupciu, t.j. vznikne škoda (smrť) nenarodenej ľudskej bytosti. Škoda môže vzniknúť aj v ďalšej situácii, v ktorej chorému jednolivcovi zachráni život dostupnosť k medicínskej aparatúre, ale pretože iné medicínske zdroje nie sú k dispozícii ďalšiemu pacientovi, tomu je spôsobená škoda (strata zdravia, života).*

Treba však zdôrazniť, že princíp neškodnosť treba chápať a aplikovať v situácii (prípade), kedy škoda bude objektívne nevyhnutná a minimálna.

Na druhej strane analyzovaný princíp vychádza za hranice medicíny a hoci sme ho skúmali predovšetkým na príkladoch z medicínskej praxe, je považovaný za akúsi počiatočnú požiadavku všetkých morálnych vzťahov medzi ľuďmi. Už samotná formulácia tohto princípu ako zákazu naznačuje, že je predovšetkým „ohraničujúcim“ princípom, čím sa však jeho obsah nevyčerpáva. Vo forme zákazov sa obyčajne definujú tie „najpevnjšie“ morálne normy, ktoré upravujú morálne konanie ľudí nasledovne: ak konanie môže pričiniť inému jedincovi „škodu“, treba sa takéhoto konania vyvarovať, čo platí aj pre oblasť genetického výskumu, t.j. klonovania, reprodukčných technológií a pod.

Princíp prospešnosť (beneficencia)

Princíp je rozšírením a pokračovaním predchádzajúceho, preto ich často v odbornej literatúre považujú za synonymá, hoci sú medzi nimi rozdiely. Princíp prospešnosti predpokladá konanie maximálneho dobra pre konkrétneho človeka (pacienta) a často korešponduje s pojmami dobročinnosť, milosrdenstvo, filantropia a pod.

Princíp „rob dobro!“ nie je zákaz, ale norma, ktorá zdôrazňuje niektoré pozitívne skutky. Kládne dôraz na také konanie ľudí, ktoré je nasmerované na odvrátenie a nápravu nejakej „škody“. Analyzovaný princíp sa môže chápať rôzne, napr. ako dobrodenie, milosrdenstvo, sebaobetovanie, altruizmus, filantropia a pod. Človek, ktorý koná v zmysle tohoto princípu, považuje za svoju povinnosť darovať svoju obličku (prípadne život) aj úplne neznámemu človeku, a to aj napriek tomu, že je nemorálne a nerozumné žiadať od neho takúto formu sebaobetovania. Preto sa často princíp „rob dobro!“ chápe ako morálny ideál a nie ako morálna povinnosť. Z uvedeného vyplýva, že interpretácia tohto princípu súvisí s neľahkou otázkou o tom, či je možné a ak áno, tak v akých prípadoch hovoriť o povinnosti „konať dobro“?

Môžeme, napríklad, požadovať od človeka, ktorý nie je plavcom, prípadne je slabým plavcom, aby zachránil človeka, ktorý sa topí neďaleko od brehu na ktorom stojí? T. Beauchamp a J. Childress pri analýze tohto príkladu vychádzajú zo svojej schémy:³⁴ X je povinný robiť dobro vo vzťahu k druhému človeku Y vtedy, a len vtedy, ak sú splnené nasledovné podmienky a X o nich vie:

1. Y je v ohrození;
2. aby bolo možné hrozbu eliminovať, X musí konať (sám alebo spolu s inými ľuďmi);
3. existuje značná pravdepodobnosť, že konanie X eliminuje ohrozenie;
4. konanie X nie je rizikom pre neho samého;
5. predpokladané dobro pre Y prevyšuje pravdepodobné riziko pre X.

Je zrejmé, že podľa uvedenej schémy slabý plavec bude povinný konať, aby zachránil topiaceho v druhom prípade, a nebude mať takú povinnosť vo štvrtom a piatom prípade.

Prirodzene, povinnosť „konať dobro“ sa v rôznych etických teóriách interpretuje rôzne. Napríklad, prívrženci utilitarizmu ju definujú ako bezprostredný dôsledok princípu užitočnosti - ak ľuďom „robíme dobro“, znásobujeme spoločné blaho vo svete. V deontologickej etike I. Kanta je požiadavkou, ktorá vyplýva z kategorického imperatívu – ak chceš, aby „konanie dobra“ druhým ľuďom bolo všeobecnou normou a aby druhí „robili dobro“ tebe, „rob dobro“ aj iným.

34 Bližšie pozri: T. L. Beauchamp, J. F. Childress: Principles of Biomedical Ethics. Oxford Univ. Press N. Y. – Oxford, 1994, s. 201

Je ťažké predstaviť si lekára a celý systém zdravotníctva, ak by svoje pôsobenie ohraničili len snahou neškodiť pacientom. Ich cieľom nie je len „neškodiť“, ale aj zabezpečiť „dobro“ pre ľudí, celú spoločnosť.

Všeobecne, dobro, ktoré sú zdravotníci profesionáli povinní uplatňovať – je zabezpečiť ľuďom zdravie. Úlohou zdravotníctva je predísť strate zdravia, pokiaľ je to možné, navrátiť ľuďom stratené zdravie, ak je rozumná nádej na ich vylicieenie, v mnohých prípadoch zastaviť progresujúci vývoj choroby, alebo v oblasti paliatívnej starostlivosti zmierniť bolesti a utrpenie umierajúcich.

Poukážeme ešte na jeden problém v súvislosti s princípom dobrodenia, ktorý sa vzťahuje na toho, kto stanovuje obsah blaha (dobra), ktoré musí byť zrealizované. Stáročná tradícia medicínskej praxe spočíva v tom, že lekár rozhoduje o dobre pre pacienta v každom konkrétnom prípade. Tento prístup v odbornej literatúre nazývame paternalistickým, pretože lekár v ňom vystupuje ako otec, ktorý, nielenže sa stará o dobro pre svoje „dieťa“, ale aj sám určuje, čo ním je.

Medicínsky paternalizmus vychádza z názorovej pozície, že len lekár vie, čo pacient potrebuje.

Obdobie mohutného rozvoja vedeckého poznávania všeobecne, ale najmä v biomedicíne, obdobie intenzívneho vedeckého experimentovania a skúmania, výsledkom ktorého boli mnohé objavy v oblasti medicínskej diagnostiky a terapie, intenzívne zasiahlo do vzťahu lekár – pacient. Paradoxne, čím viac lekár o pacientovej chorobe vedel, tým viac sa mu vzdŕaľoval. Primárne úzky, dôverný vzťah sa vstupom nových elementov (poznatkami, technikami, prístrojmi) začína rozširovať, bezprostredný kontakt s pacientom sa stráca, začína obdobie tzv. dehumanizácie zdravotníctva. Pacient prestáva byť chorým človekom, stáva sa objektom, predmetom „vedeckého“ prístupu, na ktorom sa aplikujú najnovšie zistenia vedeckého bádania. Tomuto „odľudšteniu“ zdravotníctva výdatne napomáhal režim v bývalých komunistických krajinách založený na materialistickej teórii, ktorá prostredníctvom nositeľov moci spredmetňovala a manipulovala všetko a všetkých, vrátane zdravotníkov, ktorí prenášali tento postoj na tých, ktorí boli odkázaní na ich pomoc.

Chceme poukázať ešte na ďalší významný moment. So všeobecným rozvojom vedy vzniká celý rad nových vedeckých disciplín, zaoberajúcich sa človekom a v posledných rokoch aj zdravím. Funkcie, sústredené dovtedy v rukách jedného odboru – medicíny, v rukách jedného odborníka – lekára, postupne prechádzajú do rúk iných odborníkov, iných odborov. Lekár sa stáva jedným z viacerých, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o zdravie, t.j. medicína aj lekár sa musia vysporiadať s tým, že ich historicky vybudované výlučné pozície sa zdanlivo narúšajú a sú nútení pripustiť isté obmedzenia svojho odboru. To, samozrejme, v žiadnom prípade neznamená znižovanie významu medicíny a jej prístupu k pacientovi. Chceme iba zdôrazniť, že akceptovanie tohoto status quo spolu s odpútaním sa od biologického medicínskeho modelu, ktorý pacienta vníma iba ako zložitejší organizmus postihnutý

chorobou, ako diagnózu, bez zvažovania osobnostných – psychických a duchovných dimenzií človeka, umožňuje komplexnejšiu starostlivosť o pacienta, obohatenú o nové poznatky z iných odborov. Oslabuje a nabúrava potrebu paternalistických vzťahov a vytvára priestor pre utváranie nových vzťahov, pri ktorých sa rešpektuje autonómia pacienta a jeho ľudské práva ako jedinečnej a neopakovateľnej individuality.

Princíp autonómie

Princíp autonómie sa v posledných rokoch (v období vzniku a formovania bioetiky ako novej disciplíny aplikovanej etiky) stáva jedným z najpreferovanejších a najdôležitejších. V súčasnosti, popri uplatňovaní „starovekých etických princípov“ (hovorili sme o nich vyššie), sa základom novej kvality vzťahov medzi zdravotníkmi a pacientmi, stávajú zásady úcty k autonómnej osobnosti pacienta a k jeho ľudskej dôstojnosti, k spôsobilosti rozhodovať o sebe“ (Nemčeková, 2000, s.70).

Pojem autonómia je v etike jedným zo základných, pretože len autonómna osobnosť môže slobodne konať (na princípe slobodnej voľby), len vtedy totiž možno hovoriť o zodpovednosti a o možnosti uplatňovať akékoľvek etické kategórie.

Princíp úcty autonómie vychádza z idey, že ľudská osobnosť je dôležitá bez ohľadu na rôzne iné podmienky. Paralelne je aj konkrétnym odrazom tejto idey. Podľa deontologickej etiky I. Kanta, úcta autonómie vyplýva z uznania hodnoty každého človeka, a teda každý môže rozhodovať o svojom vlastnom živote. Ten, kto človeka prijíma len ako prostriedok k dosiahnutiu svojich cieľov, ohraničuje jeho slobodu, a teda odmieta jeho autonómiu – „jednaj tak, aby si používal ľudstvo ako vo svojej osobe, tak aj v osobe každého druhého vždy zároveň ako účel a nikdy len ako prostriedok“ (Kant, 1990, s.91).

I. Kant zdôrazňuje myšlienku, ktorá sa dnes stala súčasťou obsahu mnohých medzinárodných a národných etických kódexov, deklarácií a iných dokumentov, ktoré regulujú morálny a právny aspekt medicínskych, genetických a iných „zásahov“ do fyzickej a psychickej podstaty človeka: každá osobnosť je cieľom a nie prostriedkom pre realizáciu akýchkoľvek úloh, aj keby to boli úlohy spoločného blaha.

Tento predpoklad je obzvlášť dôležitý pre prax biomedicínskych experimentov na človeku, pretože pokus je nevyhnutne charakteristický svojim „konfliktným počiatkom“ – bremeno rizika padá na účastníka výskumu a predpokladané dobro sa stáva „majetkom“ celého ľudstva. Rozumné riešenie situácie nepredpokladá zákaz experimentov (hoci má svojich prívržencov). Riziko, ktorému sa subjekt výskumu vystavuje, musí byť porovnateľné s dobrom (pre neho samého) a jeho účasť v experimente musí byť uvedomelou a slobodnou voľbou.

J. S. Mill ideu autonómie v utilitarizme interpretuje rozdielnym spôsobom. Zdôrazňoval, že vonkajšia kontrola nad skutkami individua je nevyhnutná preto,

aby sa tak predišlo škode, ktorá môže byť spôsobená druhým individuám a, že občanom treba povoliť realizovať svoj potenciál, ak si to želajú dovedty, pokiaľ neohrozujú slobodu iných ľudí.

J. S. Mill zdôrazňuje ideu nezasahovania do autonómnych rozhodnutí a konaní druhých, kým I. Kant zdôrazňuje ideu úcty osobnosti každého človeka. Aj napriek zásadným rozdielom v ich názoroch, obidvaja myslitelia, v danom prípade zdôvodňujú jedno a to isté – princíp úcty autonómie.

Princíp autonómie potvrdzuje právo osobnosti na nezasahovanie do jej plánov a konania a povinnosť pre iných – neohraničovať jej autonómne konanie.

Z uvedeného však nevyplýva požiadavka nikdy neohraničovať autonómne konanie osobnosti. V tomto zmysle je podstatné to, že v každom konkrétnom prípade sa „ohraničenie autonómie“ musí odôvodniť ďalšími princípmi. V podobných prípadoch sa ukazuje, že daný princíp nie je absolútny – pôsobí, ako sme už konštatovali, len „prima facie“, t.j. nejde o to, že sa tento princíp za žiadnych okolností nesmie porušovať, dôležité je, aby sme si uvedomovali, že „sme nútení ho porušiť“. Ak si v nejakej konkrétnej situácii požiadavky princípu autonómie odporujú, t.j. sú v rozpore s požiadavkami nejakého iného princípu, napr. princípu „neškodiť“, vzniká potreba porušiť jeden z nich. *Typickým príkladom takej situácie je informovanie beznádejne chorého pacienta o diagnóze jeho choroby. Pravdivá informácia totiž môže v jeho prípade spôsobiť nenapraviteľnú „škodu“ a „podkopať“ jeho psychickú a morálnu silu. Preto, ak si sám pacient neželá počuť túto informáciu, lekár mu ju nemusí povedať, hoci takéto konanie protirečí princípu úcty autonómie pacienta.*

Princíp spravodlivosť

Termíny „spravodlivý“, „spravodlivosť“ sa používajú aj v bežnej každodennej reči, čo uľahčuje, ale aj komplikuje aplikáciu princípu spravodlivosti tak, ako sa používa v bioetike. Je evidentné, že pojem spravodlivosti v kontexte bioetiky nemôže byť úplne odlišný od jeho zvyčajnej interpretácie, ale zároveň je aj „užším“ a „strohejším“. Budeme ho chápať práve v takejto podobe. Aby sme lepšie pochopili, čo máme na mysli, uvedieme zopár príkladov. V bežnej praxi sa pojem spravodlivý používa v zmysle „vhodný“, „najvhodnejší“, „prijateľný“, resp. „najprijateľnejší“. Ďalšia interpretácia tohoto pojmu môže znieť ako „morálne odobrený“, „správny“ vo vzťahu k nejakému skutku, napr. klamstvo akéhokoľvek človeka sa považuje za nespravodlivý skutok vo vzťahu k sebe samému, aj iným ľuďom.

Je známe, že pri pokusoch s novými liečebnými preparátmi alebo metódami liečenia sa skupina účastníkov výskumu delí na dve menšie skupinky. Na účastníkoch experimentu v jednej skupine sa „skúša“ liečebný preparát (liek, metóda liečby). Účastníkom pokusu v druhej skupine (tzv. kontrolná skupina) sa podáva jeho neškodná imitácia – placebo, pričom zúčastnení o tom nie sú informovaní. Možno

konštatovať, že použitie lži pre účastníkov pokusu druhej skupiny je nespravodlivé. Použitá lož však nebude len porušením princípu spravodlivosti, ale aj princípu úcty autonómie. O porušení princípu spravodlivosti možno hovoriť vtedy, keď konštatujeme, že účastníci experimentu z druhej skupiny nedostali liek, na ktorý mali právo, pretože sa dobrovoľne zúčastnili pokusu a „skúšaný“ liek mohol zlepšiť ich zdravotný stav.

Princíp spravodlivosti tak, ako sa interpretuje v bioetike, možno sformulovať približne takto: „každý musí dostať to, čo mu patrí“. *Napríklad bude spravodlivé, ak autor nejakého významného objavu zaň dostane odmenu, a bude nespravodlivé, ak namiesto neho odmenu dostane niekto iný. Bude spravodlivé rozdeliť sociálnu podporu medzi členov takej sociálnej skupiny ako sú chudobnejší občania, a bude nespravodlivé ju rozdávať všetkým (aj bohatým).*

Princíp spravodlivosti na rozdiel od vyššie skúmaných princípov sa využíva predovšetkým v takých situáciách, kedy sa naše hodnotenie, riešenie a konanie nedotýka jednotlivca, ale rôznych ľudí, alebo rôznych sociálnych skupín.

Problém, ktorý vzniká pri rozdeľovaní nejakého ohraničeného zdroja, je určiť (podľa spravodlivosti) tú jeho časť, ktorá ľuďom patrí (ak sú v ňom zainteresovaní). Pri riešení tohoto problému je potrebné používať niektoré tzv. kritéria spravodlivosti.

Známe je kritérium spravodlivosti, ktoré siaha až k Aristotelovi a ktoré možno sformulovať nasledovne: „s rovnakými sa má zaobchádzať rovnako“. Toto kritérium sa nazýva „elementárne“, „minimálne“, alebo „formálne“. V reálnom živote, v reálnych situáciách je však nutné využívať aj ďalšie kritéria, čo je však často problematické. Pojem sociálnej spravodlivosti, ktorý bežne používajú prakticky všetci ľudia, sa na prvý pohľad zdá byť samozrejým, podobne ako sú očividné prehršky voči spravodlivosti, s ktorými sa často v každodennom živote stretávame. Tzv. kritérií spravodlivosti je väčšie množstvo. Rôzni ľudia využívajú rôzne kritéria, t.j. to, čo je spravodlivé pre jedného, nemusí byť akceptované druhým človekom. Často sa môže stať, že skutočnou príčinou konfliktov a rôznych názorov medzi ľuďmi, napr. pri rozdeľovaní nejakých „zdrojov“, nebýva úmyselné porušenie spravodlivosti, ale skôr rozdiely v jej chápaní.

Áké sú kritéria spravodlivosti? Z veľkého množstva kritérií spomenieme a stručne zdôvodnime len niektoré:

- a) Kritérium rovnosti – je najjednoduchším a možno ho vyjadriť nasledovne: „každý musí dostať rovnako“. Problém však spočíva v tom, že nejaký rozdeľovaný zdroj (napr. liek alebo miesto v špecializovanej poliklinike) nepotrebuje každý človek, hoci pre niekoho môže byť životne dôležitý; alebo tá časť zdroja, ktorá mu bola pridelená, je pre niekoho nedostatočná, čo znamená, že takéto rozdelenie nemusí priniesť „dobro“ nikomu.
- b) Kritérium potreby – je podobné, pretože môže vzniknúť ten istý problém ako v prvom prípade, len v zmenenej podobe, t.j. rovnaká potreba môže byť diktovaná

závisťou alebo nejakým vrtochom, kým pre druhého človeka bude životne nevyhnutná. Problém rozdelenia zdroja, jeho spravodlivého prerozdelenia tak zostane nevyriešený. V bioetickej literatúre (k. Szawarski, T. Beauchamp, J. Childress, B. C. Judin a i.) sa v tejto súvislosti píše o nutnosti zaviesť doplňujúce kritérium:

- c) Kritérium uspokojovania rozumných potrieb – t.j. nie všetkých našich potrieb ale len rozumných potrieb. V tomto prípade opäť vzniká ďalšia otázka: kto a na akom základe (ďalšieho) kritéria bude definovať rozumné potreby a nerozumné? Ďalšie doplňujúce kritérium, ktoré v tejto súvislosti možno použiť, je:
- d) Kritérium základných, t.j. životne dôležitých potrieb - v tomto prípade sa domnievame, že prevažná väčšina ľudí je schopná sa dohodnúť, že ľudská potreba v jedle a pití je pre ňu len dôležitejšia, než potreba ľudí baviť sa. Pri realizácii tohto kritéria, môžeme tvrdiť, že pokiaľ vo svete žijú ľudia, ktorí hladujú, bude nespravodlivé utrácať „zdroj“ na „zábavu“. Vzniká však ďalší problém, ktorým je fakt, že ten alebo iný „zdroj“ je ohraničený a nemôže uspokojiť základnú potrebu všetkých, ktorí ho potrebujú (napr. v prípade veľmi drahého alebo úplne nového unikátneho medicínskeho vybavenia). V tejto situácii musíme opäť použiť ďalšie kritéria:
- e) Kritérium podľa zásluh – ktoré vyplýva z idey, že podiel každého sa určuje jeho zásluhami, čo znovu nastoľuje ďalší problém: podľa akého kritéria určiť hodnotu týchto zásluh? Napr., ak sa chirurg musí rozhodnúť, či v prvom rade operovať malé dieťa alebo známeho umelca, jeho výber bude v tejto špecifickej situácii veľmi problematický.

Z rozboru kritérií vyplýva, že ani jedno nie je absolútne, t.j. vhodné pre všetky situácie, ktoré život prináša. Na druhej strane, každé z nich má svoju špecifickú oblasť, v ktorej sa najlepšie uplatňuje. Zároveň si treba uvedomiť, že v tých situáciách, v ktorých sa rozhodujeme, často kombinujeme dve alebo viac kritérií.

Princíp spravodlivosti (ako aj všetky analyzované princípy) nie je absolútny, ale relatívny, pôsobí ako prima facie princíp. *Napríklad, ak sa v situácii transplantácie orgánu od darcu ukáže, že sa človek, ktorý zaberá v poradovníku čakaťelov skoro posledné miesto nachádza v kritickom stave, môžeme sa riadiť povinnosťami, vyplývajúcimi z princípu spravodlivosti a princípu neškodnosti; jeho uprednostnenie možno odôvodniť aj zdôvodnením princípu spravodlivosti, hlavne jeho kritéria potreby.*

Z prezentácie týchto fundamentálnych princípov bioetiky však vyplýva, že aj napriek ich dôležitosti a aktuálnosti, ich nie vždy možno využiť v procese riešenia všetkých problémov, ktoré bioetika skúma. Dokonca si môžeme položiť otázku, či možno pomocou týchto princípov riešiť etické problémy vo všetkých situáciách rozhodovania, ktoré sa v praxi starostlivosti o zdravie a život ako taký môžu

vyskytnúť. Uvedená klasifikácia bioetických princípov sa totiž dnes skôr javí ako určitý redukcionizmus, lebo sústreďuje pozornosť na spôsob poskytovania starostlivosti zo strany lekára (ošetrojúceho personálu) a na etické normy, ktoré túto starostlivosť regulujú.

S novými poznatkami biologických vied, ktorých výsledkom sú biotechnológie a genetické inžinierstvo, však vznikajú ďalšie „širšie“ postavené otázky, ktoré nemožno riešiť len pomocou vyššie uvedených princípov, ale treba hľadať iné...

Napríklad, genetické inžinierstvo sa výrazne posunulo dopredu vďaka medzinárodnému projektu Ludský genóm, ktorého cieľom bolo prispieť k podrobnejšiemu poznaniu ľudskej dedičnosti a lokalizovať ľudské gény. Vedci dúfali v to, že tak bude možno rozpoznať genetické príčiny chorôb a nájsť vhodnú liečbu (v júni 2002 bol ľudský genóm z 97% génov rozpoznaný). „Dekódovanie ľudského genómu však neznamená „dekódovanie“ človeka“, lebo „stále platí antropologicky odôvodnené zistenie, že človek je viac než súhrn jeho génov“ (Spengler, 2003, s.8-9). Genetická diagnostika, genetické liečenie chorôb prostredníctvom génovej terapie, klonovanie a pod. sú možnosťami genetického inžinierstva, ktoré sa už stali skutočnosťou, resp. sú predmetom bádania. Nové možnosti vyžadujú nové rozhodovania a novo chápanú zodpovednosť. Vo veku genetiky sa rozhodne nemožno riadiť len technickými možnosťami, ale je potrebné formulovať etické princípy, ktoré prispievajú k dosiahnutiu rovnováhy medzi tým, čo robiť vieme, smieme a máme.

V tejto súvislosti je badateľný nárast záujmu o etický princíp zodpovednosti, bezpečnosti a transparentnosti.³⁵

Princíp zodpovednosť

Aj keď pojem zodpovednosti nie je úplne novým pojmom (používal sa vo filozofickej, najmä antropologickej a etickej tradícii), stále sa mu pripisuje veľký význam. Aká je príčina opätovného nárastu záujmu o zodpovednosť? Je ňou predovšetkým skutočnosť, že súčasný človek dosiahol vďaka rozvoju vedy a techniky obrovskú moc „riadiť rôzne sféry skutočnosti, ktorá v súčasnosti zároveň nadobudla hraničný charakter“... a „nárast moci a ovládateľnosti sveta... dnes nadobudli globálny charakter“ (Kiepas, 2002, s.64), čo vyúsťuje do „globálneho ohrozenia“, lebo „osud človeka a sveta sa totiž prelínajú a zároveň podmieňujú, a práve to je výsledkom rozvoja súčasnej civilizácie a tých možností, aké dosiahol človek v dôsledku rozvoja vedy a techniky“ (Tamže, s.64). Veda a technika prestáva byť v tejto situácii len prostriedkom emancipácie človeka a ukazuje aj svoju druhú, nebezpečnú tvár. Zodpovednosť znamená výzvu, aby sme si túto disproporciu medzi vedením, poznaním a konaním uvedomili...

35 Vychádzame z materiálov General report on the activities of the European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission 1998-2000.

Najzásadnejší význam a teoretickú legitimitu diskusiám o zodpovednosti poskytla hlavne koncepcia H. Jonasa prezentovaná v práci *Princíp zodpovednosti*, v ktorej autor zdôrazňuje, že „s minulosťou skúsenosťou nemožno porovnávať to, čo dnes človek môže konať a čo je potom ďalej nútený neodvratne konať pri praktickom naplnení tejto možnosti“ (Jonas, 1997, s.13).

H. Jonas považuje zodpovednosť za najzákladnejší princíp ľudského bytia. Interpretuje ho ako schopnosť prijímať povinnosť a samotnou podstatou človeka, a teda imperatívy ľudského konania sú vyjadrením povinnosti zachovať podmienky ľudskej existencie a jej podstaty. Priestor pre obhajobu týchto imperatívov si vytvára kritikou tradičnej etiky, ktorá je podľa neho charakteristická tým, že „tradičná“ etika bola vždy antropocentrická, jednostranná a perspektíva týkajúca sa dôsledkov príslušného konania sa obmedzovala len na bezprostredné a časovo blízke následky. Zodpovednosť človeka sa týkala len toho, čo teraz a tu vykonal. „Nová“ etika zodpovednosti vzniká v nových podmienkach životnej situácie človeka, kedy v období modernej vedy a techniky dochádza nielen k regresívnej zmene kvality bytia človeka, ale aj ohrozenia samotného bytia budúcich generácií. Etika vhodná pre súčasnú civilizáciu by sa teda mala opierať o princíp zodpovednosti, ktorý bude mať preventívny charakter, t.j. obracia sa do budúcnosti. H. Jonas zdôrazňuje, že imperatív, priradený novému typu ľudského konania a obrátený k novému typu konajúceho subjektu, by znel asi takto: „Konaj tak, aby účinky tvojho konania boli závažné s trvaním skutočne ľudského života na Zemi“ (Jonas, 1997, s.34-35).

Zmenou Kantovho kategorického imperatívu na existenciálne – ontologický princíp bytia človeka H. Jonas prezentuje princíp zodpovednosti, ktorého normatívna sila už nespočíva v slobodnej vôli, ale vychádza z existenciálneho strachu o ľudské bytie. To, že ľudstvo musí existovať, je pre neho kategorickým imperatívom a tomu zodpovedá aj zmysel a cieľ života človeka.

H. Jonas konštatuje, že aj človek (nielen „mimoľudská oblasť“) sa ocitol medzi objektmi techniky. Pokúša sa manipulovať so svojou smrteľnosťou, vďaka pokrokom v bunkovej biológii sa mu naskytla možnosť pôsobiť proti biochemickým procesom starnutia a predĺžiť dĺžku ľudského života a možno ju aj neobmedzene predĺžiť.... Smrť sa síce aj naďalej javí ako „nutnosť patriaca k prirodzenosti žijúceho, ale skôr ako organická chyba, ktorej by sa bolo možné vyhnúť alebo aspoň v zásade proti nej pôsobiť a dlhú dobu ju odsúvať“ (Jonas, 1997, s.44). Poukazuje aj na nebezpečenstvo, (pre človeka) plynúce z pokroku biomedicínskych vied, ktoré budú dovoľuje zavádzať do oblastí technickej praxe jeho využitie, alebo tomuto využitiu otvára cestu. Výstriha ľudstvo pred tým, aby „vzalo svoju vlastnú evolúciu do svojich rúk“, aj keď s cieľom „vylepšenia“ človeka (napr. klonovanie a iné genetické manipulácie), lebo je dôležité myslieť na dôsledky svojho správania a konania a zároveň byť pripravený prevziať za svoje skutky zodpovednosť v takých dôležitých sférach ako sú genetika, výskum na ľudoch, klonovanie a i.

Zodpovednosť, ako jeden z fundamentálnych etických princípov súčasnej doby, sa teda musí presadzovať predovšetkým v oblasti genetiky – génových manipulácií³⁶ v medicíne, v biológii, genetickej diagnostike a klonovaní, ale aj v „otázke informácií a súhlasu s darovaním orgánov a tkanív, zákazu obchodovania s nimi“, okrem toho „aj zdravotná starostlivosť v informačnej spoločnosti akcentuje zodpovednosť zdravotníkov – profesionálov a každého, kto potrebuje použiť utajenú medicínsku informáciu“ (European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, 2001, s.13).

Princíp bezpečnosti (preventívnej opatrnosti)

V najnovšej bioetickej literatúre sa tento princíp, spolu s princípom zodpovednosti, považuje za jeden z najdôležitejších. Jeho význam vzrástol v polovici 90.-tych rokoch 20. storočia hlavne v súvislosti s problémom výroby a šírenia geneticky modifikovaných organizmov.

Využitie geneticky modifikovaných rastlín, živočíchov, ale aj mikroorganizmov (skrátene GMO) sleduje získanie takých surovín a výrobkov, ktoré sú odolné napríklad voči škodcom, nepriaznivým klimatickým podmienkam, alebo umožňujú zvýšenie výnosov a živočíšnej produkcie. V podstate ide o humánne ciele, ktoré sa majú týmito zásahmi dosiahnuť. Čo sú to geneticky modifikované potraviny? Stručne povedané, ide o organizmus, v ktorom boli zmenené gény. Zjednodušene povedané, technika genetického modifikovania spočíva v tom, že sa pomocou enzýmov vyberie gén, ktorý má „vhodné vlastnosti“. Napríklad gén, ktorý kóduje vlastnosť – produkciu vitamínu A. Tento gén sa pomocou technik molekulárnej biológie preniesie do druhej rastliny a tam produkuje vitamín A.³⁷ Každá geneticky modifikovaná rastlina alebo mikroorganizmus predstavuje novú potravinu, nakoľko ide o jej nový druh, čo do

36 *Génové manipulácie* sú umelé zásahy do genómu, ktoré je možné rozdeliť do dvoch skupín podľa toho, aký je dosah ich pôsobnosti:

1. *somatické manipulácie* – viažu sa len na organizmus, na ktorom boli uskutočnené. Týka sa to prakticky tých zákrokov, ktoré sú prevádzané na narodených, či definitívnych organizmoch. V pozitívnom prípade sa môžu odstrániť problémy, ktoré daný subjekt sužujú, ale oprava zaniká so svojím nositeľom. Výsledok takej manipulácie je možné chápať ako výsledok veľmi špecifického liečebného zásahu, ktorý môže podstatným spôsobom prispieť k zlepšeniu životného komfortu daného jedinca. Z etického hľadiska sa nikdy neobjavila námietka proti takto definovanému zásahu do genómu.

2. *manipulácie, ktoré sa uskutočnia tak, že postihnú celý organizmus v dobe, kedy nie je plne diferencovaná pohlavná žľaza*, a oprava sa môže dotýkať tiež buniek, z ktorých sa postupne vyvíjajú vajíčka a spermie. V takom prípade sa však zárok stáva trvalou súčasťou genetickej výbavy daného jedinca, ktorá môže preskočiť hranice generácií a je trvalo dedičná. Riziko, ktoré vyplýva z trvalého charakteru zásahu do tohto typu do ľudského genómu je jedným zo zásadných dôvodov, prečo by sa nemali realizovať.

37 V prípade geneticky modifikovaných potravín ide o prenos cudzieho génu do určitej sekvencie DNA. V princípe ide o tvorbu bielkovín a z nich zložených aminokyselín, ktoré príslušný organizmus produkuje na základe genetickej informácie nachádzajúcej sa v DNA. Zásahmi

zloženia aminokyselín a bielkovín, ktoré človek doteraz neprijímal. (Takto sa manipuluje aj s génmi ľudí, zvierat či baktérií s cieľom prenášať vybrané gény medzi druhmi tak, aby mal výsledný produkt lepšie vlastnosti ako predošlý.

Okrem uvedených pozitív však otázka produkcie a používania GMO vyvoláva aj obavy z možných rizík tohto typu potravín. Obavy z rizík možno vyjadriť nasledovne:

- zatiaľ nevieme, čo prinesie technológia GMO v budúcnosti;
- čísla, štatistiky dokazujúce výhodnosť pestovania GMO sú rozporné;
- nie je možné predvídať, aká bude odpoveď človeka na príjem takýchto „cudzorodých“ bielkovín (pretože ide o určitú imunologickú záťaž organizmu, nakoľko platí, že antigény sú prakticky bielkovinovej povahy) a na zvýšenie alergizácie detí;
- pri použití geneticky zmenených mikroorganizmov v tzv. probiotických kultúrach sa nedá odhadnúť skutočný účinok na zloženie črevnej mikroflóry;
- nie sú známe účinky na organizmus gravidných žien a na detský organizmus;
- nevedno ako sa správa enzymatický systém k príjmu takýchto bielkovín, t.j. ide o normálny alebo zmenený metabolizmus aminokyselín.³⁸

Z týchto dôvodov sa predovšetkým v európskej bioetike presadzuje princíp bezpečnosti, ktorý „je podobný, ba dokonca totožný s princípom opatrnosti“ (European Group on Ethics in Science and New Technologies, 2001, s.13).

Princíp opatrnosti ako etický imperatív zdôrazňuje nutnosť zabezpečenia ochrany zdravia spotrebiteľov v súvislosti s konzumáciou GMO, pretože vzhľadom na možné (aj budúce) riziká ich výskum musí byť založený na rozvážnosti, obozretnosti a prozreteľnosti. Aj etický princíp bezpečnosti zdôrazňuje „právo na dodržiavanie základných ľudských práv a slobôd, preto musí byť zabezpečená maximálna garancia zdravia v súlade s najlepšimi technológiami a ich výsledkami“ (Tamže, s.13).

Z hľadiska ochrany a bezpečnosti zdravia spotrebiteľov prijala Európska komisia v roku 1997 Nariadenia EC 258/97 a 1813/97. Pretože s ich praktickým uplatňovaním boli určité problémy, Európska komisia súhlasila s ich nasledujúcim výkladom:

- výrobky, ktoré neobsahujú GMO, sa môžu uvádzať do obehu bez označenia. Možno nepovinne vyznačiť, že výrobok nie je GMO pôvodu, pokiaľ túto skutočnosť potvrdzuje certifikát;
- výrobky, ktoré sú GMO pôvodu, musia byť povinne označené (napr. výrobok obsahuje GMO);

do genetického materiálu sa dosiahla zmena v sekvencii básových párov (adenín – tymín; guanín – cytozín), ktoré kódujú jednotlivé aminokyseliny. Takto sú produkované geneticky zmenené bielkoviny, ktoré potom konzumuje spotrebiteľ.

38 Bližšie pozri: European Group on Ethics in Science and the New Technologies to the European Commission: General report on the activities of the european Group on Ethics in Science and the New Technologies to the European Commission 1998-2000, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001, s. 1-20, ISBN 92-894-0924-X

- v prípadoch, keď použitie GMO pôvodu nemôže byť vylúčené a neexistuje možnosť dôkazu prítomnosti takéhoto GMO, musí byť výrobok označený „môže obsahovať GMO“ (Tamže, 2001, s.18).³⁹

Princíp transparentnosť

„Praktiky princípu transparentnosti a ich verejné monitorovanie musia zodpovedať etickej požiadavke celoeurópskeho spoločenstva – transparentnosti“ (Tamže, 2001, s.14). Preto princíp transparentnosti musí plniť, hlavne vo vzťahu k vede, predovšetkým ku genetickým manipuláciám (výskum ľudských kmeňových buniek a tkanív, ľudských embryí a pod.) významnú úlohu. V tomto zmysle musí ísť „o jasnú a zrozumiteľnú interakciu medzi vedou a spoločnosťou, bez akýchkoľvek nejasností, špekulácií a podvodov“ (Tamže, 2001, s.14), čo znamená podriadiť genetický výskum pod prísnu spoločenskú kontrolu a tak zároveň zabezpečiť jeho maximálnu transparentnosť.

Rýchly, až búrlivý rozvoj biológie a medicíny možno dáva za pravdu tým, ktorí odmietajú deskriptívnu bioetiku, založenú na popise jednotlivých prípadov. Technický pokrok uplatňovaný v biomedicíne totiž postupuje dopredu takým tempom, že „kazuistické príručky by už v okamihu vydania mali význam skôr historický“ (Šipr, 2003, s.4). Na druhej strane „skepticizmus voči normatívnej teórii a narastajúcej pochybnosti o možnosti riešenia morálnych problémov prostredníctvom deduktívne aplikovateľných princípov“ (Fobel, 2002, s.85) sťažuje všeobecné prijatie normatívne vymenovaných princípov (pravidiel), čo v súčasnosti vyúsťuje skôr do plurality „prístupov a spôsobov pri konceptualizácii problémov“ (Tamže, 2002, s.85) aj v rámci bioetiky. „Každý má svoju pravdu“, tvrdia aj niektoré osobnosti bioetiky – a pokiaľ budeme pravdou rozumieť zhodu slov s vlastným presvedčením, môžeme s nimi súhlasiť. Zdá sa však, že je možné riešenie, opierajúce sa o široko prijímaný konsenzus, keď sa stále častejšie doporučuje považovať za rozhodujúce kritérium rešpekt k ľudskej dôstojnosti.

Ľudská dôstojnosť patrí nepochybne každému bez výnimky a bez nutnosti byť uznaná navonok. Je daná už príslušnosťou k ľudskému druhu a odôvodnená schopnosťou človeka byť osobnosťou. Ako individuálny mravný subjekt, človek totiž prostredníctvom rozumu (na rozdiel od všetkých ostatných bytostí) spolu určuje svoj osud. Ľudská dôstojnosť je nedotknuteľná a akékoľvek porušovanie ľudských práv, ktoré sú „neodcudziteľné“, je neprípustné. V istom zmysle ide o návrat ku Kantovmu tvrdeniu, že človek je sám sebe cieľom, ale hlavne k jeho požiadavke nikdy nepoužívať človeka ako prostriedok.

39 Na Slovensku platí zákon o používaní genetických technológií a GMO už od 1.apríla 2002. Zákon jasne stanovuje, že každú žiadosť používať GMO alebo genetické technológie musí posúdiť a schváliť Ministerstvo životného prostredia. Povinné je aj označovanie výrobkov, ktoré obsahujú geneticky upravené organizmy.

ZÁVER

Naša práca je pokusom priblížiť bioetické bádanie vo svete, ale aj na Slovensku. Systematickejšie skúma vznik a vývoj bioetiky, prináša aj ilustráciu využitia etických koncepcií a princípov pre praktické riešenie jej aktuálnych problémov.

Literatúra, ktorá sa dnes venuje bioetike, ponúka jej definície široko chápané, ale i užšie interpretované. Problémovým miestom stále zostáva rozlíšenie bioetiky a medicínskej (lekárskej) etiky. Zastávame názor tzv. širšieho chápania bioetiky, lebo morálna oprávnenosť zásahov do biologických procesov sa dnes nevzťahuje len na oblasť medicíny a ošetrovateľstva, ale aj na širšiu oblasť genetického výskumu: genetického inžinierstva, geneticky modifikovaných potravín, pokusov na zvieratách s cieľom ich genetického šľachtenia, génovej terapie, genetického poradenstva a prenatalnej diagnostiky, klonovania, výskumu ľudských embryí a embryonálnych kmeňových buniek, ich využitia v reprodukčných technológiách (umelé oplodnenie), atď. V prípade medicínskej (lekárskej) etiky ide o riešenie etických problémov spätých s liečením a ošetrovaním ľudí. Medicínska (lekárska) etika je pojem, ktorý zahŕňa etické problémy v lekárstve, ide predovšetkým o ochranu zdravia a ľudského života. Má charakter profesijnej etiky, kde je pozornosť zameraná na lekára a pacienta v súvislosti s právami a povinnosťami ich vzťahu, ale tiež na normatívnu reguláciu vzájomných vzťahov v rámci medicínskej profesie.

Bioetika ako aplikovaná etika má určovať morálne dôležité hodnotenia a normy v špecifickej oblasti ľudského konania. Ide o špecifické situácie a ľudské činnosti, ktoré sú kritické a hraničné, t.j. život človeka je ohrozený (smrť, kóma) – odhaľujú sa v nich existenciálne otázky. Môžu to byť však aj špecifické situácie a ľudské činnosti, ktoré vznikajú v spojitosti s netradičným zásahom človeka do procesu vlastného aj cudzieho života, ktoré môžu mať pre ľudstvo nepredvídateľné následky (vytvorenie „umelého“ človeka – ľudského klonu). Túto definíciu doplníme o vlastnú hypotézu štyroch modelov (bio)medicínskej etiky, ktorých hodnotovo-normatívny obsah tvorí hodnotovo-normatívny obsah samotnej bioetiky.

Hoci neexistuje jedna všeobecne prijatá definícia bioetiky, všetci autori sa zhodujú na jej vlastnosti – interdisciplinarite. V oblasti filozofickej normatívnej vedy patrí „etike života“ samostatnosť, autonómia, no závisí od mimoetických skúseností jednotlivých vied, preto predpokladá interdisciplinárnu spoluprácu s medicínskymi, prírodovednými a spoločenskovednými disciplínami, integruje poznatky biológie, lekárstva, psychológie, sociológie, práva, techniky a súvisí aj s politikou a ekonomikou.

Bioetika v súčasnosti je výrazom a uznávaním plurality morálok a diferentných prúdov v etike. Záujem teoretikov sa na jednej strane sústreďuje na deontologizmus ako „absolutistickú formu povinnosti“, lebo biologicko-technický pokrok „ohrozuje ľudstvo, človeka“ a preto sa presadzuje myšlienka, že „je nutné znovu nastoliť

nepodmienené imperatívy“ (Lipovetsky, 1999, s.245). Na druhej strane je utilitarizmus (konzekvencializmus) ako „pragmatická etika, ale aj „dialogická etika“ ako etika „rozumnosti“ (Tamže). Bioetické rozhodnutia sa teda formujú na základe odlišných druhov poznania, odlišných spôsobov cítenia a vracajú sa ku kolektívu ľudí, aby „v závislosti na svojej vôli a svojich vedomostiach vytýčili a upravili normy, ktoré morálku riadia“ (Tamže).

Ani v otázke princípov pre bioetiku neexistuje jeden univerzálny princíp, už aj vzhľadom na rôznorodosť existujúcich etických teórií. V odbornej literatúre existuje viacero príkladov rôznych klasifikácií princípov. Ak vychádzame z hodnotovo-normatívneho obsahu bioetiky, sú stále platné princípy neškodnosť, prospešnosť, autonómia a spravodlivosť. Tieto princípy však nie je vždy možné využiť pri riešení niektorých etických dilem, ktoré prináša hlavne rozvoj biotechnológií a genetického inžinierstva.

Preto sa v polovici 90.-tych rokov 20.storočia (v súvislosti s problémom vplyvu geneticky modifikovaných organizmov na zdravie ľudí, ale aj výskumu embryonálnych kmeňových buniek a i.), začínajú dôraznejšie presadzovať etické princípy: zodpovednosť, bezpečnosť (preventívna opatrosť) a transparentnosť. Domnievame sa, že tieto princípy sú obzvlášť dôležité, lebo rozvoj biotechnologických poznatkov nielen, že produkuje zložité morálne problémy, ale stavia otázky úplne iného druhu, „ich riešenia sa dotýkajú etického sebachápania ľudstva ako celku“ (Habermas, 2002, s.26). Biologické vedy, pravdepodobne, očakáva v blízkej budúcnosti ďalší rýchly úspech, založený aj na používaní biotechnológií, a preto „nemôžeme riskovať, aby sme (ako ľudstvo) neboli pripravení k dôsledkom génového inžinierstva, tak ako tomu bolo pri jadrovom výbuchu v Hirošime“ (Kuhse, Singer, 2000, s.172). Je lepšie mať princípy, „ktoré sa vzťahujú aj k nepredvídateľným situáciám“, ako sa ocitnúť v takej, „ktorá sa na nás môže neočakávane „zvaliť“ (Tamže).

Cieľom publikácie bolo poskytnúť čitateľovi informatívny vstup do širokej problematiky bioetiky, priblížiť jej „prvé kroky“ v zahraničí a doma, pomôcť zorientovať sa v etických teóriách ako východiskách bioetiky a jej princípoch a načrtnúť niektoré možnosti riešenia bioetických dilem.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Beneš, A. 2003: Prenatálna a preimplantačná diagnostika z pohľadu katolíckej cirkvi. In: *Scripta Bioethica*, 2003, s.14-17, ISSN 1213-2977
2. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. 1979: *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1979
3. Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory.
4. Dokumenty II. Vatikánskeho koncilu. Praha, Zvon.
5. European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission 2001: *General report on the activities of the European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission 1998-2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001, ISBN 92-894-0924-X
6. Fobel, P. 2002: *Aplikovaná etika. Teoretické východiská a súčasné trendy*. Martin, vyd. Honner, 2002, ISBN 80-968399-5-0
7. Fobel, P. a kolektív 2002: *Všeobecná a aplikované etiky. Časť II. Aplikované etiky*. Banská Bystrica, 2002, ISBN 80-8055-628-8
8. Fobelová, D. a kolektív 2002: *Všeobecná a aplikované etiky. Časť I. Všeobecná etika*. Banská Bystrica, 2002, ISBN 80-
9. Glasa, J. 2000: Niekoľko pohľadov na súčasnú severoamerickú bioetiku. In: *Medicínska etika a bioetika*, No 3-4, Bratislava, 2000, ISSN 1335-0560
10. Habermas, J. 2003: *Budoucnosť ľudskej prirodzenosti. Na cestě k liberálnej eugenice?* Praha, *Filosofia*, 2003, ISBN 80-7007-174-5
11. Hajduk, E. 2004: *Ethische Aspekte der Gerechtigkeit*. In: Fobel, P. et. al. 2004. *Rationalität in den Augewandten Ethik*. Banská Bystrica, Kniháreň Bernác, s.221-230, 2004, ISBN 80-969014-1-9
12. Haškovcová, H. 1997: *Lékařská etika*. Praha, Galén, 1997, ISBN 80-85829-54-X
13. Jonas, H. 1997: *Princíp odpovědnosti*. Praha: Oikoymenh, 1997, ISBN 80-86005-06-2
14. Jonsen, A. R., Toulmin, S. 1988: *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1988
15. Kant, I. 1990: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990, ISBN 80-205-0152-5
16. Kemp, P. 1997: *Antro-odstředivá bioetika*. In: *Filosofický časopis*, roč. 45, č. 3, 1997, s. 469-480, ISSN 0015-1831
17. Kiepas, A. 2002: *Človek a dilemy filozofie techniky*. Žiar nad Hronom, Aprint, 2002, ISBN 80-967716-9-8
18. Kořenek, J. 1996: *Úvod do lékařské etiky*. Olomouc, 1996, ISBN 80-7067-683-3:
19. Kovařová, D. 2000: *Počiatok a koniec života v bioetickej a náboženskej reflexii*. In: *Zb. Príspevkov zo 4 medzinárodnej konferencie PF UP Olomouc 20. – 21. 11. 1997*. Olomouc: UP Olomouc, 2000, ISBN 80-244-0089-8

20. Kovařová, D. 2002: Úvod do problematiky bioetiky. In: *Filozofia*, roč. 57, 2002, č. 4, s. 245-258
21. Kuhse, H.; Singer, P. (Hrsg.) 2000: *Bioethics*. London: Blackwell, 2000
22. Lipovetský, G. 1999: *Soumrak povinnosti*. Praha, Prostor, 1999, ISBN 80-7260-008-7
23. *Listina základních práv a svobod*. Praha, Mladá fronta, 16.1. 1991
24. *Mezinárodní dokumenty o lidských právech a humanitárních otázkách*. 1. vydanie. Praha, Melantrich, 1989.
25. Michajlova, E. P., Bartko, A. N. 1995: *Biomedicínskaja etika: teorija, principy a problemy*. Čast' I.: *Teorija a principy biomedicinskoj etiky*. Moskva, 1995
26. Mill, J. S. 1900: *Utilitarizm*. SanktPeterburg, 1900
27. Munžárová, M. 1995: *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*. Brno: Vyd. Masarykovy univerzity, 1995, ISBN 80-210-1057-6
28. Nemčeková, M.; Žiaková, K.; Mištuna, D. 2000: *Práva pacientov*. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax. Bratislava: Iris, 2000, ISBN 80-88778-94-8
29. Ondok, J. P. 1999: *Bioetika: východiská, princípy, aplikácie*. Praha, Naklad. Trinitas, 1999, ISBN 80-86036-24-3
30. Pellegrino, E. D. 1998: *Bioethik in dem USA*. (Hrsg.) Hans Markin Sass. Springer Verlag, 1998
31. Peschke, K. H. 1999: *Křesťanská etika*. Praha: Vyšehrad, 1999, ISBN 90-7021—331-0
32. Potter, V. R. 1971: *Bioethics, Bridge to the Future*. Englewood Cliff (NJ), Prentice Hall, 1971
33. Rawls, J. 1993: *Teória spravodlivosti*. In: *O slobode a spravodlivosti*, Bratislava, 1993
34. Reich, W. T. (ed.) 1987: *Encyclopedia of Bioethics*. New York, Free Press, Mac Millan, 1987
35. Reiter, J. 2003: *Génový výskum a bioetika*. In: *Scripta Bioethica*, ročn.3, č.2-3, 2003, ISSN 1213-2977
36. Shannon, T. A. 1987: *Bioethics*. (3. Ed.) New Jersey, Paulist Press, 1987
37. Smreková, D. 1997: *Morálka, etika a aplikovaná etika*. In: *Filozofia*, roč.52, č.3, 1997
38. Smreková, D.; Palovičová, Z. 2003: *Dobro a cnosť. Etická tradícia a súčasnosť*. Bratislava: Vydavateľstvo Iris, 2003, ISBN 80-89018-17-7
39. Speamann, R. 1998: *Šťestí a vôľa k dobru*. Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0
40. Šipr, K. 2003: *Lidská důstojnost a genetické inženýrství*. In: *Scripta Bioethica*, ročn.3, č.2-3, ISSN 1213-2977
41. Śleczek - Czakon, D. 1996: *Bioetika a jej význam pre riešenie súčasných morálnych problémov*. In: *Človek medzi životom a smrťou*. Martin, 1996

42. Šlipko, T. 1998: Hranice života. Dilemy súčasnej bioetiky. Bratislava, Edícia Cirkev a spoločnosť, 1998, ISBN 80-7141-185-X

PRÍLOHY

DEONTOLOGICKÝ KÓDEX SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY

ČASŤ I

VŠEOBECNÉ POVINNOSTI LEKÁRA

1. Stavovskou povinnosťou lekára je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca.
2. Povinnosťou lekára je zachovávať život, chrániť a obnovovať zdravie, mierniť utrpenie chorého bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie pacienta, jeho morálnu a rozumovú úroveň a povesť, ako aj bez ohľadu na subjektívne pocity lekára.
3. Lekár uznáva právo každého človeka na slobodný výber lekára a napomáha uplatňovanie tohto práva.
4. Lekár v čo najvyššej miere rešpektuje vôľu chorého alebo jeho zákonného zástupcu, ak je to v súlade s postupom *lege artis*.
5. Lekár nesmie napomáhať alebo sa zúčastňovať na porušovaní cti alebo dôstojnosti človeka. Každý lekár je povinný oznámiť príslušným orgánom podozrenie z hrubého, resp. krutého zaobchádzania a týrania pacienta, a to najmä osoby maloletej a osoby zbavenej spôsobilosti na právne úkony.
6. Pri určovaní liečebného postupu je lekár obmedzovaný iba poznatkami lekárskej vedy a platnými právnymi predpismi. Pri výbere úkonov a zákrokov musí postupovať a voliť ich optimálny počet.
7. Lekár je povinný za každých okolností zachovať svoju profesijnú nezávislosť voči ostatným subjektom.

8. Lekár je povinný poznať a dodržiavať zákony a záväzné právne predpisy pre výkon svojho povolania.
9. Lekár je povinný zachovávať v záujme pacienta povinnú mlčanlivosť spôsobom, ako to stanovuje zákon. Nesmie preto podávať tretej strane nijaké informácie o skutočnostiach, ktoré sa dozvedel priamo, či nepriamo v rámci svojho profesijného vzťahu k pacientovi, s výnimkou, keď to pripúšťa osobitný právny predpis.
10. Lekár, ktorému bolo vydané povolenie na výkon neštátnej zdravotníckej starostlivosti, je osobne zodpovedný za všetky úkony pri poskytovaní liečebno-preventívnej starostlivosti. V štátnej zdravotníckej starostlivosti platia pre zodpovednosť lekára ustanovenia Zákonníka práce a Občianskeho zákonníka.
11. Lekár, ktorý používa pseudonym pri činnosti súvisiacej s jeho povolaním, je povinný túto skutočnosť oznámiť lekárskej komore.
12. V neštátnej zdravotníckej starostlivosti je lekár povinný vykonávať povolanie s vybavením zodpovedajúcim jeho odbornosti a príslušným právnym predpisom. V štátnej zdravotníckej starostlivosti je povinný požadovať primerané vybavenie.
13. Každý lekár je povinný sústavne udržiavať a zdokonaľovať svoje odborné vedomosti a schopnosti.
14. Lekár je oprávnený vykonávať diagnostické, preventívne a liečebné úkony len v rámci daných možností, svojej odbornej kvalifikácie a spôsobilosti. Nesmie sa podujat' na liečenie a úkony, ktoré sú mimo schopností a kompetencie vymedzenej odbornosťou. V prípadoch bezprostredne ohrozujúcich život, či zdravie je lekár povinný bezodkladne poskytnúť lekársku pomoc bez ohľadu na svoju odbornosť.
15. Lekár je oprávnený vykonávať klinický experiment len v súlade s platnými právnymi predpismi.
16. Nový spôsob liečenia je možné použiť u chorého až po predpísaných biologických a klinických skúškach, za podmienok dodržiavania Helsinskej konvencie, Norimberského kódexu a v súlade s platnými právnymi predpismi.
17. Lekár nesmie zvoliť diagnostický a liečebný postup, ktorý sám osebe alebo v súvislosti so stavom chorého zvyšuje neúmerne riziko vzhľadom k očakávanému prínosu.

18. Lekár smie ukončiť graviditu iba v prípadoch zákonom stanovených.
19. Lekár smie slobodne odmietnuť vykonať taký lekársky výkon, alebo smie odmietnuť spoluúčasť na takom výkone, ktorý odporuje jeho svedomiu, okrem prípadov bezprostredne ohrozujúcich život alebo zdravie.
20. Lekár je povinný pri odbere tkanív a orgánov dodržiavať príslušné právne normy.
21. Lekár je povinný plniť svoje povinnosti aj v prípadoch verejného ohrozenia, pri prírodných katastrofách alebo katastrofách inej povahy.
22. Lekárom je zakázané uplatňovať nápadné a nedôstojné praktiky na získanie popularity a záujmu verejnosti, smerujúcej k rozšíreniu klientely. Je zakázané takéto aktivity iniciovať prostredníctvom druhých osôb. V súvislosti s výkonom súkromnej praxe je lekárovi zakázaný akýkoľvek druh reklamy, najmä na diagnostické a liečebné metódy, použitie liekov a pomôcok. Inzercia súkromnej praxe je dovolená iba prostým oznámením v oznamovacích prostriedkoch.
23. Lekár nesmie prijať, ponúkať alebo požadovať deňbu honoráru za účelom vyhýbania sa daňovým predpisom.
24. Lekár nesmie poskytovať odbornú starostlivosť v obchodných zariadeniach, ani v akýchkoľvek priestoroch, kde sa predávajú lieky, zdravotnícke výrobky, či prístroje, ani v priestoroch súvisiacich s uvedenými zariadeniami. Nesmie za predpis liekov, liečebných prípravkov a pomôcok prijímať od výrobcov alebo obchodných organizácií žiadne finančné ani iné hmotné výhody. Lieky, liečebné prípravky a pomôcky nesmie v žiadnom prípade vnucovať.
25. Zakázané je prepisovanie, používanie a rozširovanie liekov, ktoré nie sú povolené, ako aj vedomé predpisovanie liekov nezodpovedajúcich zdravotnému stavu pacienta.
26. Lekár nesmie ponúknuť chorému lieky, na ktoré vzniká závislosť alebo látky dopingového účinku na iné ako liečebné účely.
27. Lekár nesmie ponúknuť chorému nedostatočne vyskúšaný alebo zdanlivo účinný liečebný úkon alebo prostriedok. Akékoľvek uplatňovanie šarlatánstva a pokútna prax sú zakázané.
28. Lekár nesmie sám alebo po dohode s inými

- a) ordinovať neúčelné liečebné alebo iné úkony zo zisťných dôvodov;
 - b) poskytnúť zo svojej právomoci pacientovi akékoľvek neoprávnené finančné, pracovné, sociálne a iné výhody.
29. Lekár nesmie zneužívať volenú alebo úradnú funkciu na zvýšenie počtu svojich pacientov a príjmov od nich.
 30. Povinnosťou lekára je pravdivo informovať o svojich poznatkoch, skúsenostiach a výsledkoch, získaných pri výkone svojho povolania. Tie sa nesmú zverejniť pred laickou verejnosťou, ak neprešli odbornou oponentúrou na zodpovedajúcej úrovni.
 31. Zakázaná je akákoľvek podpora osoby, ktorá vykonáva lekársku činnosť bez oprávnenia. Takúto činnosť je lekár povinný ohlásiť lekárskej komore a orgánom štátnej správy.
 32. Lekár je povinný pri výkone svojho povolania viesť a uchovávať zdravotnú dokumentáciu v súlade s platnými právnymi predpismi. Vyhotoveniu odborných posudkov, potvrdení a odporúčaní je lekár povinný venovať primeranú zodpovednosť a pozornosť, údaje v nich musia byť pravdivé, objektívne, presne formulované a musia spĺňať všetky náležitosti.
 33. V záznamoch o liečení je lekár povinný riadne dokumentovať každý úkon liečebno-preventívnej starostlivosti v zmysle platných právnych predpisov. Dokumentácia musí byť vedená v štátnom jazyku, zrozumiteľná, overená podpisom a identifikačnými údajmi lekára. Túto povinnosť má aj konziliárny lekár. Dokumentácia môže byť vedená aj na magnetických pamäťových médiách alebo elektronických nosičoch iného typu. Vo všetkých týchto prípadoch má lekár dokumentáciu chrániť pred stratou, odcudzením, zmenou alebo zneužitím. Pri každom použití zdravotnej dokumentácie je povinný riadiť sa ustanoveniami Občianskeho zákonníka o ochrane osobnosti (10-16 Obč. zák.) a ustanoveniami zákona č.20-2966 Zb. v znení zák. č. 419/1991 Zb.
 34. Osobný život lekára v záujme povesti lekárskeho stavu musí byť v súlade so všeobecne prijatými morálnymi normami.
 35. Lekár je povinný zdržať sa pri výkone povolania užívania alkoholu a omamných látok. V žiadnom prípade nesmie byť osobou závislou na alkohole a iných omamných látkach, pričom pojem závislosti vymedzuje zák. SNR č.46/1989 Zb. o ochrane pred alkoholizmom a inými toxikomániami.

ČASŤ II

POVINNOST LEKÁRA VOČI CHORÝM

36. Lekár ručí chorému vo svojej zdravotnej starostlivosti za zodpovedné, svedomité a starostlivé plnenie profesionálnych povinností a za to, že vždy včas a dôsledne zaistí všetky náležité diagnostické a liečebné opatrenia, ktoré stav chorého vyžaduje.
37. Lekár sa k chorému správa korektne, s pochopením, trpezlivo a nezniží sa k hrubému alebo nemravnému jednaniu.
38. Lekár rešpektuje všetky pacientove občianske práva, vrátane zodpovednosti za vlastné zdravie.
39. Lekár je povinný zodpovedne, zrozumiteľne a primerane informovať chorého alebo jeho zákonného zástupcu o povahe ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných úkonoch a o ďalších dôležitých okolnostiach.
40. Lekár smie odmietnuť starostlivosť o chorého (s výnimkou prípadov bezprostredne ohrozujúcich život alebo vážne ohrozujúcich zdravie chorého), iba ak by sa neúmerne zvýšilo jeho pracovné zaťaženie alebo z titulu svojej nepríslušnej odbornosti a ďalej v prípadoch ak je ohrozený jeho vlastný život alebo zdravie.
41. Lekár vo vzťahu k chorému nesmie zneužívať jeho dôveru a závislosť akýmkoľvek spôsobom, najmä tým, že by si vynucoval akýkoľvek úplatok.

ČASŤ III

VZÁJOMNÉ VZŤAHY MEDZI LEKÁRMII A INÝMI ZDRAVOTNÍCKYMI PRACOVNÍKMI

42. Základom týchto vzťahov je vzájomné čestné, slušné, spoločensky korektné správanie, spolu s kritickou náročnosťou, rešpektovaním kompetencie a priznaním práva na odlišný názor.

43. Lekári sú povinní sa navzájom morálne podporovať. Lekár, ktorý má spor s kolegom, sa musí snažiť o jeho zmierlivé urovnanie, v prípade potreby aj prostredníctvom orgánov komory. Je zakázané kolegu ohovárať, osočovať alebo rozširovať o ňom údaje, ktoré by ho mohli poškodiť pri výkone povolania. Zastať sa neprávom napadnutého kolegu je povinnosťou a prejavom stavovskej etiky, nepravdivá výpoveď v disciplinárnom konaní je disciplinárnym previnením.
44. Je zakázané vzájomné odlákavanie a tiež pokus o odlákavanie pacientov.
45. Lekár nesmie podceňovať a znevažovať profesionálnu úroveň iného lekára alebo zdravotníckeho pracovníka, znevažovať jeho osobu a činnosť nevhodnými výrazmi a komentovať nevhodným spôsobom jeho činnosť.
46. Lekár je povinný kolegiálne spolupracovať s inými lekármi, ktorí súčasne alebo následne vyšetrujú, či liečia toho istého pacienta. Ak z nejakých príčin odovzdá chorého do starostlivosti iného lekára, je povinný mu odovzdať všetky zistené nálezy a pravdivo ho informovať o doterajšom priebehu liečenia.
47. Lekár je povinný požiadať iného lekára o konzílium vtedy, keď to uzná za vhodné. Má vyhovieť aj žiadosti pacienta, jeho rodiny alebo jeho zákonného zástupcu o konzílium. Je právom lekára navrhnúť osobu konziliára. Pokiaľ je možné, rešpektuje aj vôľu chorého. Závety konziliárneho vyšetrenia musia byť dokumentované písomne a je povinnosťou o nich informovať chorého. Lekár je povinný sa zúčastniť konzília, aj keď nesúhlasí s výberom konziliára.
48. Ak lekár vo svojej ordinácii ošetrí pre akútny stav alebo pre život a zdravie ohrozujúci stav pacienta, ktorý má iného ošetrojúceho lekára, je povinný o tejto skutočnosti ošetrojúceho lekára informovať.
49. Je zakázané riešiť konkurenčné vzťahy znížením honoráru a vykazovať nesprávne štatistické údaje o honorároch a nákladoch liečenia.
50. Lekár, ktorého zavolali na konzílium, sa nemá právo z vlastnej iniciatívy vrátiť k chorému v neprítomnosti alebo bez vedomia ošetrojúceho lekára, ibaže by prevzal celú ďalšiu starostlivosť a zodpovednosť za zdravotný stav chorého. Túto skutočnosť je povinný konziliárny lekár oznámiť ošetrojúcemu lekárovi.
51. Ak pri starostlivosti o chorého spolupracujú viacerí lekári, každý z nich je osobne zodpovedný za každý svoj výkon, pričom musia mať na zreteli celkový zdravotný stav chorého.

52. Lekár musí svoju prax vykonávať zásadne osobne. Zastupovaný môže byť len dočasne a to lekárom, ktorý má súhlas komory. Po skončení zastupovania je lekár povinný sa vzdať všetkej činnosti vyplývajúcej zo zastupovania.
53. Lekár, ktorý nadobudol presvedčenie, že kolega postupoval non lege artis, by mal dať túto skutočnosť preveriť kontrolnému výboru príslušnej regionálnej komory.
54. Lekár musí v záujme pacientov dbať na korektné vzťahy aj s príslušníkmi iných zdravotníckych povolání a uznávať ich profesijnú nezávislosť.
55. Lekár spolupracuje so zdravotnými sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi. Ak ich poverí diagnostickými alebo liečebnými úkonmi, musí sa presvedčiť, či sú spôsobilí ich vykonávať, alebo preveriť och vykonanie.

ČASŤ IV

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

56. Každý lekár pri vstupe do komory má sľubom a podpisom potvrdiť, že tento deontologický kódex pozná a zaväzuje sa ho dodržiavať.

Tento deontologický kódex je platný dňom schválenia na sneme Slovenskej lekárskej komory 22.2.1992. účinnosť nadobúda dňom zverejnenia v RLK.

Názov:

Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika

Autor:

PhDr. Daniela Kovaľová

Recenzenti:

prof. PhDr. Pavel Fobel, CSc.

prof. RNDr. Pavel Hraško, PhD.

Rozsah strán: 78 strán
Formát: A5
Náklad: 100 kusov
Vydanie: prvé

Vydavateľ:

Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Fakulta humanitných vied
2004

Tlač:

Bratia Sabovci, s.r.o. Zvolen

ISBN 80-8055-996-1

EAN 9788080559960