

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Spring - Sommer 2009 Vol. 16 No. 1 - 2

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1
- Can Transplantation be ethically legitimated?	1
■ Pôvodné práce/Original papers	3
- Proces zavádzení etického kodexu pro akademické pracovníky Univerzity Palackého v Olomouci. [Process of Introduction of the Code of Ethics for Academic Workers of the Palacky University in Olomouc.] <i>K. Ivanová, R. Klos, J. Bellová</i>	3
■ Dokumenty/Documents	6
- Návrh Etického kodexu akademických pracovníků Palackého Univerzity v Olomouci (česká verzia textu)	6
- Proposal of the Ethics Code of Academic Workers of the Palacky University in Olomouc (English translation)	8
- Palliative Care: a Model for Innovative Health and Social Policies. Resolution 1649(2009). <i>Parliamentary Assembly of the Council of Europe</i>	11
■ Minirepetitória pre etické komisie/Minirepetitorium for Ethics Committees	13
- Míľníky filozofickej reflexie V. [Milestones of Philosophical Reflection V.] <i>K. Glasová</i>	13
- Terminologický slovníček V. [Glossary V.] <i>K. Glasová</i>	15
■ Prehľady pre prax/Reviews for Practice	17
- Stručný prehľad biomedicínskej etiky pre pracovníkov vo verejnom zdravotníctve. [Overview of Biomedical Ethics for Public Health Professionals.] <i>J. Glasa</i>	17

CITÁT / QUOTATION

CAN TRANSPLANTATION BE ETHICALLY LEGITIMATED ?

Do the considerable doubts about both the neurological and cardiopulmonary standards make organ transplantation ethically indefensible? One way to examine this question is as a problem of prudential or practical reason - that is, all things considered, how can we act ethically in the face of relative clinical doubt? This is the context within which many important clinical decisions must be made in modern medicine and have always been made in medicine's past.

Many, if not most, serious clinical decisions must be made in a matrix of concrete, contingent, and uncertain realities in the present and the future. This is why medicine has rightly been called by one of its wisest practitioners "...a science of uncertainty and an art of probability."¹⁸ The moral danger of removing vital organs from a donor whose death is not reasonably certain is significant. However, if absolute certainty is not possible, a sufficient degree of moral certainty to warrant such an action may be attainable if the requirements for prudent decision-making are satisfied.

Prudence in both the ethical and clinical aspects of bedside decisions is an indispensable practical virtue for the good clinician. It is the capability to choose, in any difficult decision, the means that will most closely fit the good intent of the clinical act. Prudence serves the first rule of all ethics, to do good and to avoid evil, even in the most difficult circumstances. Prudence activates two principles of moral action in the face of doubt: the precautionary principle (i.e., when in doubt, act to avoid the gravest danger) and the principle of proportionality (i.e., properly balance the benefits and the burdens of treatment). Prudential reasoning deserves closer attention than it has received in the current debate about the determination of death.

Relative moral certitude does not substitute for scientific certitude. But, properly weighed, it can give a legitimate warrant for necessary action in the face of unavoidable uncertainty. This is the situation within which ordinary decisions in daily life are made. Clinical prudence seeks to avoid both the error of inaction, which would deprive the recipient of a needed transplant, and the error of premature action, which would deprive the donor of life. Fidelity to beneficence and the prudential approach to decisions aim to avoid both the paralysis of inaction and the harmful use of ineffective medical treatments. Prudence must not be confused with self-protective cowardice. It is the decision to act for a good end in the morally optimal way despite persistent uncertainty about the outcome.

Dr. Edmund D. Pellegrino

¹⁸ William Osler, *Sir William Osler Aphorisms: From His Bedside Teachings and Writings, collected by Robert Bennett Bean, edited by William Bennett Bean* (Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, Publisher, 1968), p.129.
Text taken from: Personal Statement of Edmund D. Pellegrino, M.D., In: *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*. The President's Council on Bioethics, Washington, D.C., January 2009, available at: <http://www.bioethics.gov/reports/death/index.html>

Reklama

Advertisement

PROCES ZAVÁDĚNÍ ETICKÉHO KODEXU PRO AKADEMICKÉ PRACOVNÍKY UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI

Kateřina Ivanová, Robert Klos, Jana Bellová

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

1. Úvod

Evropa buduje - v současnosti intenzivněji než kdykoli předtím - tzv. Evropský výzkumný prostor (ERA). V něm vzrůstají požadavky jak na efektivitu výzkumu, tak na přiměřenou metodiku výzkumu. Při rozhodování o udělení veřejné podpory určitému projektu výzkumu, či dalším oblastem souvisejícím s výzkumem a jeho správou, je nutno se opřít o fundované kvantitativní i kvalitativní hodnocení. Stejnou pozornost je nutno věnovat průběžným zprávám o postupu již schváleného výzkumu. Nároky jsou kladeny současně nejen na odbornost výzkumných pracovníků a kvalitu výzkumných institucí, ale ve značné míře také na etiku výzkumu (zdroj - Etický rámec výzkumu, publikovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky - dále jen MŠMT ČR).

Etická problematika ve výzkumu v oblasti biomedicíny již byla a je podrobně propracována pomocí etických kodexů. V evropském prostoru je v současnosti nejvýznamnějším etickým kodexem Úmluva o lidských právech a biomedicině (dále jen Úmluva), která byla tvořena v rámci Rady Evropy. V ČR byla Úmluva ratifikována dvakrát: poprvé jako etický závazný kodex v červnu 1998, podruhé jako mezinárodní právní norma v říjnu 2001. Úmluva je koncipována jako otevřený dokument, jenž obsahuje morální minimum, které musí být neustále revidováno a aktualizováno. Zabývá se informováním osob, ochranou nezpůsobilých osob, ochranou osob, na nichž se provádí výzkum, ochranou osob nezpůsobilých dát souhlas k výzkumu, výzkumem embryí in vitro i sankcemi za porušení ustanovení Úmluvy. Pro celosvětový prostor je zásadní Helsinská deklarace, která je nejznámější deklarací připravovanou organizací World Medical Association (WMA). Zabývá se podrobně biomedicínským klinickým i neléčebným výzkumem.

Principiální myšlenkou specialistů, podporujících etické jednání v oblasti ERA, bylo vypracování návrhu etického kodexu pro instituce zabývající se výzkumem a vývojem a obecného návrhu etického kodexu vědce. Na tuto myšlenku navázali i experti připravujících dokument „Národní politika výzkumu a vývoje ČR“ (dále jen NPVaV) v roce 2000. Zpráva NPVaV následně v roce 2004 konstatovala zlepšení etické úrovně výzkumů. Současně ve výhledu na léta 2004 - 2008 explicitně vyjadřovala zájem, aby podobně, jako tomu je u věd biomedicínských, byly normativně a transparentně podchyceny i ostatní výzkumné oblasti, a to s ohledem na charakter instituce, která výzkumné aktivity zastřešuje. Totéž vyhlášení se vztahovalo i na ustavování etických komisí. V cílech NPVaV bylo proto doporučováno výzkumným institucím, které doposud nevydaly vlastní etické kodexy, aby tak učinily.

2. Tvorba etického kodexu Univerzity Palackého

Na tyto události reagovala na Univerzitě Palackého v Olomouci v České republice (dále jen UP) prorektorka pro vědu a výzkum (prof. RNDr. Jitka Ulrichová, CSc.). Poukázovala na nutnost vypracovat takový etický kodex, jež by konkrétně charakterizoval působení UP. Vycházela přitom z Etického rámce výzkumu, který byl doporučován MŠMT ČR a podpořen usnesením vlády ČR a ze Vzorového Etického kodexu pro akademické pracovníky vysokých škol, který ve spolupráci s legislativní komisí vypracovala Rada vysokých škol ČR. Návrh Rady vysokých škol obsahoval jak zásady pro vědeckou, uměleckou a další tvůrčí práci, tak zásady pro práci pedagogickou.

Vznik etického kodexu akademického pracovníka UP byl zahrnut jako součást řešení do rozvojového projektu „Rozvoj Projektového servisu UP“ v roce 2007. Sestavením etického kodexu akademického pracovníka UP byl pověřen Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP, který se ve svém programu zabývá etikou (obecnou, zdravotnickou i medicínskou), včetně etiky výzkumu. V rámci výzkumné práce doktorského postgraduálního studia na tomto Ústavu byla již dříve provedena analýza procesů zavádění etických kodexů do praxe i hodnocení jejich konkrétní aplikace. Etické zásady pro tvorbu kodexu UP, jež vzešly z návrhu tohoto Ústavu, byly rozeslány kompetentním osobám jednotlivých fakult k připomínkování - nejčastěji byli tímto úkolem pověřeni proděkané pro vědu a výzkum jednotlivých fakult. Dále se příslušným dokumentem zabývaly vědecké rady jednotlivých fakult UP, posléze pak Vědecká rada UP.

3. Obsah kodexu

Při návrhu etického kodexu pro UP pověřeni pracovníci Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP vycházeli ze skutečnosti, že je v profesi (a poslání) akademického pracovníka nutno propojit jeho pedagogickou úlohu a úlohu výzkumníka. Jedno bez druhého není vhodné (a dnes ani žádoucí) do etického kodexu zahrnovat. Etický kodex by potom poukazoval pouze na dílčí činnosti akademického pracovníka, bez pochopení a uchopení celku.

Koncepčně návrh Etického kodexu akademických pracovníků UP vychází z těchto zásadních normativních materiálů:

- Etický rámec výzkumu - materiál MŠMT ČR, jehož znění je součástí Usnesení vlády č. 1005;
- Usnesení vlády ČR ze dne 17. 8. 2005 č. 1005 (ve kterém vláda bere na vědomí Etický rámec výzkumu - materiál MŠMT ČR a ukládá ministryni školství doporučit vysokým školám, aby s jeho využitím vypracovaly své vlastní etické kodexy výzkumu);
- Evropská charta pro výzkumné pracovníky, 2005/251/ES, Úřední věstník Evropské unie ze dne 22. 3. 2005 (viz Medical Ethics & Bioethics, 2006, vol. 13, č. 3 - 4, s. 7 - 20).
- Vzorový Etický kodex pro akademické pracovníky vysokých škol (dokument byl schválen na 10. zasedání předsednictva Rady vysokých škol 22. 3. 2007 a na 5. zasedání sněmu Rady vysokých škol 17. 5. 2007);
- Etický kodex výzkumných pracovníků v Akademii věd ČR (viz bulletin GAČR, 2006, roč. 14, č. 2, s. 17 - 18). Etický kodex ve svých doporučeních respektuje tato nařízení platná v České republice:
 - Listinu základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR, ze dne 16.12.1992;
 - Úmluvu o lidských právech a biomedicině, ze dne 1.10.2001;
 - zákon č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů;
 - zákony, vztahující se k výzkumu v oblasti zdravotnictví

(zákon č. 20/1966 ve znění pozdějších předpisů o péči o zdraví lidu, zákon č. 78/2004 Sb. o nakládání s geneticky modifikovanými organismy a genetickými produkty, vyhl. č. 301/2003 Sb. o správné klinické praxi a bližších podmínkách klinického hodnocení léčiv, vyhl. č. 472/2000 Sb., kterou se stanoví bližší podmínky klinických hodnocení, vyhl. č. 209/2004 Sb. o bližších podmínkách nakládání s geneticky modifikovanými organismy a genetickými produkty aj.);

- další obecně platné zákony ČR (občanský zákoník, obchodní zákoník, zákoník práce, trestní zákon, zákon o archivnictví aj.).

V oblasti biomedicínského výzkumu, zahrnující lidské účastníky, návrh kodexu dodržuje tyto mezinárodní etické směrnice:

- Norimberský kodex (1947 – též viz Munzarová, 2005, s. 33 – 35);
- Helsinskou deklaraci (deklarace WMA, Edinburgh, 2000 – též viz Munzarová, 2005, s. 85 – 90);
- Všeobecnou deklaraci o lidském genomu a lidských právech UNESCO (1997 – přijata na 29. zasedání Generální konference);
- Mezinárodní deklaraci o lidských genetických datech UNESCO (2003 – přijato na 32. zasedání Generálním konference).

Při sestavování obsahu etického kodexu bylo potřeba mít také na paměti, že podstatou všech etických kodexů je jejich závaznost morální, nikoliv právní. Etické normy obecně respektují dilematické situace, zatímco právní normy definují jednoznačné postuláty. To v důsledku znamená, že u etických kodexů i sankce mohou být mravní, nanejvýše pouze formální či disciplinární. Etický rámec výzkumu, který byl připraven pod záštitou MŠMT ČR, nehovoří o konkrétních sankcích. Klade však důraz na požadavek vzniku etických komisí pro jednotlivé vědní obory (v biomedicině pracují již od roku 1991).

Etický rámec výzkumu MŠMT ČR uvádí některé „typické“ příklady porušování etiky výzkumnými pracovníky, které mohou být etickým komisím vodítkem při jejich rozvažování: předstírání neexistující kvalifikace, vytváření zkreslených a falešných představ o výsledcích, zfalšování výsledků výzkumu, porušování duševního vlastnictví a účelové manipulace s ním při opisování textu (i jeho parafrázování) bez uvedení původního díla, nesprávná interpretace výsledků rešeršních studií, prezentování fiktivních údajů, selektivní výběr údajů, prezentování sebe jako spoluautora bez přispění k dílu, neuvedení autorů, kteří naopak k dílu významně přispěli, aj.

4. Schvalování etického kodexu UP

Vědeckou radou Lékařské fakulty UP byl návrh Etického kodexu schválen dne 6. 12. 2007, a to v celém znění, ve kterém byl předložen*. Schválením vědeckou radou Etický kodex vstoupil v platnost pro Lékařskou fakultu UP a je dostupný na jejích internetových stránkách. Byla tak vytvořena významná opora, která slouží akademickým pracovníkům Lékařské fakulty UP při řešení dilematických situací, kterým musejí často čelit, a to jak ve vědění, výzkumu, tak v klinické i teoretické výuce.

O několik měsíců později, dne 7. 4. 2008, Vědecká rada UP návrh Etického kodexu UP v celém znění neschválila. Přijala pro celou UP pouze zkráceně obecné znění, uvedené ve Vzorovém Etickém kodexu pro akademické pracovníky vysokých škol, které bylo doporučeno vysokým školám na sněmu Rady vysokých škol (viz odstavec 3 – Obsah etického kodexu UP). Ve svém Zápisě ze zasedání vědecká rada UP doporučuje, aby tento obecný

dokument každá fakulta dopracovala podle svých priorit, přičemž Etický kodex z Lékařské fakulty UP označila jako možný návod k tomuto dopracování. Důvodem k tomuto rozhodnutí byla názorová nejednotnost mezi zástupci jednotlivých fakult.

Znamená to, že rozšířený a podrobný etický kodex tak, jak byl vypracován Ústavem sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP je platný pouze pro Lékařskou fakultu UP.

5. Diskuze

Návrh Etického kodexu UP (a v současnosti text platného Etického kodexu Lékařské fakulty UP) je relativně rozsáhlý. To způsobila snaha autorů neopomenout žádnou důležitou oblast, které se dotýká etické jednání akademického pracovníka. Autoři návrhu Etického kodexu UP při sběru informací, kompletování připomínek i při konečném sestavování zásad vycházeli z premisy, že návrh jakéhokoliv základního textu, který slouží jako výchozí informace k dalšímu rozhodování, by měl umožňovat práci s pokud možno všemi dostupnými daty. To alespoň částečně zaručuje bázi pro správný následný výběr určitého specifického textu. K úplnosti textu přispěli i zástupci z jednotlivých fakult, kteří se návrhem kodexu podrobně a odpovědně zabývali.

Snaha důsledně předložit v návrhu Etického kodexu UP všechny relevantní zásady, týkající se etického jednání ve výzkumu (pedagogická část návrhu etického kodexu byla téměř shodná s návrhem Rady vysokých škol), se nakonec ukázala jako základ nejednotnosti jednotlivých fakult při schvalování návrhu. V podstatě je možno říci, že se akademičtí pracovníci, jež rozhodovali o schválení návrhu, rozdělili do čtyř skupin. První skupina, která byla nejvíce zastoupena akademiky z filozofické fakulty, kladla důraz na vyjádření osobní mravnosti v etickém kodexu a na pochopení podstaty lidského jednání. Filozofové vyjadřovali obavy nad tím, že i nejpodrobnější definice správného jednání, uvedené v etickém kodexu, nikdy nepodchytí všechny situace, které mohou v průběhu výzkumu a jeho interpretace nastat. Vycházeli ve svých připomínkách ze zásady, že nejvíce je nutno spoléhat a apelovat na etický přístup konkrétního vědce jako člověka.

Ve druhé skupině byli akademičtí pracovníci zejména z právnické a pedagogické fakulty, kteří polemizovali s jednotlivými výroky, obávali se nejednotného výkladu etických norem a různých omezení, z nich vyplývajících. Třetí skupinou byli akademičtí pracovníci zejména z přírodovědecké fakulty bez vztahu k biomedicině, či výzkumu s živými bytostmi a akademičtí pracovníci z fakulty tělesné kultury. Těmto akademickým pracovníkům se celkově zdál návrh etického kodexu redundantní, chtěli jasná (a uplatnitelná) vyjádření. Čtvrtou skupinu tvořili akademičtí pracovníci lékařské a přírodovědecké fakulty se zkušeností s biomedicínským výzkumem, či jiným výzkumem s živými subjekty, kteří přijali návrh etického kodexu tak, jak byl předložen. Znamená to, že zejména ti akademičtí pracovníci, kteří se podílí na klinických výzkumech, jsou více znalí nejen různých zákonů, vyhlášek a nařízení, ale i etických kodexů a etických doporučení, vztahujících se k výzkumu. Jsou také svědky i účastníky etických dilemat, která klinický výzkum přináší a jsou si vědomi toho, že snahou právních i etických norem ve výzkumu je nejen chránit subjekty výzkumu, ale i samotné výzkumníky.

Tyto neshody mezi jednotlivými fakultami (dlužno říci, že teologická fakulta se na připomínkovém řízení neúčastnila, ač byla oslovena stejně jako ostatní fakulty) nakonec způsobily, že na Vědecké radě UP byl schválen mnohem jednodušší a jen obecně závazný dokument. Proces schvalování Etického kodexu UP potvrzuje výroky odborníků v bioetice o tom, že podstatná rizika postmo-

* Poznámka redakce: Celý dokument, původně tvořící samostatnou přílohu této práce, je v plném znění uvedený v rubrice Dokumenty/Documents na stranách 6 – 8 tohto čísla časopisu Medicínska etika & Bioetika.

derní společnosti i zárodky příštích katastrof jsou evidentní, pokud se zaměříme podrobně na oblast dnešní medicíny: tam se jaksí všechny sešly. Ty ekonomické, ekologické, demografické, filosofické (srov. Callahan, 1997, s. 7-9; Příhoda, 2003, s. 21-23, Ivanová, 2005, s. 186) a zejména ty výzkumné. Schválení celého znění Etického kodexu pro Lékařskou fakultu UP ukazuje etickou vyspělost jejích akademických pracovníků.

Závěr

Při přijímání Etického kodexu akademických pracovníků UP se výrazně projevila i zásadní etická kontradikce, která hledá již od dob řeckých klasiků konsensus mezi svobodnou volbou jednotlivce a nutností dodržovat normy určitého společenství (srov. volně Payne, 1995, s. 74).

Sokol (srov. 2002, s. 188) na základě tohoto protikladu rozděluje lidské jednání do tří oblastí různé hloubky a povahy: vrstvu mravu, vrstvu práva a vrstvu individuální, osobní mravnosti a etiky. Společenský mrav je soubor nepsaných pravidel a každý, kdo v určité společnosti vyroste, ví, co se „má“ a co se „nemá“ (i když to třeba nedělá). Právo je obecný a neosobní nástroj společnosti, zabezpečující určité jistoty. I když budou přesvědčivě popsány obě vrstvy této společenské kontroly a celkem pregnantně uvedeno, co se ve vědě má nebo nemá dělat, případně co je upraveno zákonem, přece jen nejvíce je nutno spoléhat a apelovat na poslední vrstvu lidského počínání konkrétního vědce, tj. člověka jako osoby.

Glasová (2006, s. 5) ale upozorňuje, že ... „člověka jako osobu je možné charakterizovat jako tajemnou jednotu. Osoba je v tomto svým vnějším i vnitřním světem, vědomím i svědomím, srdcem i city, se svým vlastním příběhem (dějinností) v čase a prostoru“. Znamená to, že *osobní mravnost* vychází z vnitřních pocitů jednající osoby, tedy svědomí, a to buď ze sankcí (pocit studu, nevole, viny) nebo pocitu spokojenosti sama se sebou. Tento nejzákladnější etický moment je však exaktně neuchopitelný (Ivanová, 2007, s. 12).

Z uvedeného vyplývá, že každý etický kodex je možno považovat pouze za určitý návod ke správnému jednání. I na příložený Etický kodex je nutno pohlížet jako „všeobecný“ základ pro tvorbu akademického etického kodexu na jiných vysokých školách či fakultách různého zaměření. Nad jednotlivými doporučeními je pak možno diskutovat a na základě diskuze stanovovat, co je pro kterou univerzitu žádoucí, či naopak nadbytečné.

Literatura

1. Dokumenty/Documents - Commission recommendation on the European Charter for Researchers and on a Code of Conduct for the Recruitment of Researchers. Cit. podle: *Med. Etika Bioet.*, 2006, ročník 13, č. 3 - 4, s. 7 - 20, ISSN 1335-0560. 2. Etický rámec výzkumu doporučovaný MŠMT. *Bulletin Grantové agentury ČR*, 2006, roč. 14, č. 2, s. 8 - 16, ISSN 1210 - 6402 (též na <http://www.msmt.cz/vyzkum/eticky-ramec-vyzkumu-1>, kontrola 6.12.2008) 3. Etický kodex výzkumných pracovníků v Akademii věd ČR. *Bulletin Grantové agentury ČR*, 2006, ročník 14, č. 2, s. 17 - 18, ISSN 1210-6402. 4. GLASOVÁ, K.: K vymedzení pojmu osoba v kontexte dialogického personalizmu. *Med. Etika Bioet.*, 2006, ročník 13, č. 3 - 4, s. 5, ISSN 1335-0560. 5. IVANOVÁ, K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9. 6. IVANOVÁ, K.: Člověk jako předmět nebo lidská bytost ve vědeckém výzkumu. *Multidisciplinární přístup k onemocněním s nízkou prevalencí - Huntingtonova choroba*. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta. Olomouc, 2007. s. 7 - 14. 7. MUNZAROVÁ, M.: *Lékařský výzkum a etika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4. 8. PAYNE, J.: *Hermeneutická etika. Jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí*. Praha: Triton, 1995. 109 s. ISBN 80-85875-07-1. 9. SOKOL, J.: Mezi svobodou a odpovědností vědce. *Bulletin Grantové agentury ČR*, 2006, roč. 14, č. 2, s. 6 - 7. 10. Vzorový Etický kodex pro akademické pracovníky vysokých škol. [on line], dostupný z <http://www.radavs.cz/index.php?oblast=15>. Poslední kontrola dne 6.12.2008

Ivanová, K., Klos, R., Bellová, J.: *Proces zavádění etického kodexu pro akademické pracovníky Univerzity Palackého v Olomouci*. [Process of Introduction of the Code of Ethics for Academical Workers of the Palacky University in Olomouc.] *Med. Etika Bioet.*, 16, 2009, No. 1-2, 3 - 5.

Abstrakt

V souvislosti s budováním Evropského výzkumného prostoru je důležité vytýčit jasná etická pravidla. V rámci národní politiky výzkumu a vývoje České republiky (ČR) bylo proto doporučeno všem výzkumným institucím vypracování etického kodexu. Na Univerzitě Palackého v Olomouci (UP) byl vytvořen návrh etického kodexu v rámci rozvojového projektu. Ideově vycházel z usnesení vlády ČR pro výzkum a vývoj a Vzorového etického kodexu pro akademické pracovníky navrženého Radou vysokých škol ČR a z dalších relevantních kodexů a norem. Do kodexu byly zakomponovány věcné připomínky zástupců jednotlivých fakult UP. Vědeckou radou Lékařské fakulty UP byl návrh kodexu akceptován. Vědecká rada celé UP návrh kodexu v původním znění neschválila. Pro UP jako celek přijala již zmíněný Vzorový etický kodex, který pojala jako stručné a obecné východisko pro jednotlivé fakulty s tím, že kodex podle svého zaměření dopracují. Proces schvalování návrhu etického kodexu ukázal nutnost bližší specifikace etických norem podle jednotlivých vědních oborů.

Klíčová slova: Evropský výzkumný prostor, etický kodex, akademičtí pracovníci, etika výzkumu, etika pedagogické práce, obecné zásady, specifické zásady, osobní mravnost.

Abstract

In connection with the development of the European Research Area, it is important to set out clear ethical rules. In the framework of the Czech Republic (CR) national developmental and research policy, all research institutions in CR were strongly recommended to draw up an ethics code. Following this initiative, a draft of the ethics code was prepared at the Institute of Social Medicine and Health Policy of the Faculty of Medicine of the Palacky University (UP) in Olomouc (CR) within a developmental research project. Drafting of the code was based on the research and development policy document adopted by the government of CR as well as on a brief template document entitled "Standard Ethics Code for Academic Workers" developed by the CR Council of Higher Education. Relevant international ethics codes and standards were taken into account throughout the drafting process. The draft code was circulated among the representatives of individual UP Faculties and their suggestions were incorporated into the text. The final version of the draft code was approved for use by the Scientific Board of the UP Faculty of Medicine. The Scientific Board of UP, however, did not accept the text because of the missing consensus among the different UP Faculties. Instead, it approved the said template "Standard Ethics Code..." and recommended it as a brief and universal starting point for elaboration of Faculty-specific ethics codes that would probably better suit their respective needs. The process of development and discussion of the ethics code at UP documented the necessity of a more concrete specification of ethical norms reflecting the ethical issues encountered by various clusters of scientific disciplines as embodied by the different UP Faculties.

Key words: European Research Area, ethics code, academic workers, ethics of research, ethics of pedagogical work, general principles, specific principles, personal morals.

Address for correspondence: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, CSc., Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc, Česká republika, e-mail: katerina@tunw.upol.cz

NÁVRH ETICKÉHO KODEXU AKADEMICKÝCH PRACOVNÍKŮ UP V OLOMOUCI

I. Preambule

Univerzita Palackého v Olomouci je významnou vzdělávací i výzkumnou institucí. Jejím zásadním dlouhodobým záměrem je vzdělávání a rozvoj výzkumných aktivit, přičemž není možné v instituci tohoto typu jedno od druhého oddělovat. Etická doporučení, obsažená v tomto dokumentu, proto zahrnují mravní zásady pro akademické pracovníky působící jak v pedagogickém, tak výzkumném procesu.

Osobní odpovědnost akademického pracovníka by neměla být v rozporu s právním řádem a uznávaným mravem společnosti. Především je ale založena na osobní mravnosti, poctivosti a čestnosti každého z nich, na jejich lidské vyzrálosti, odborné i vědecké erudici, na jejich schopnosti upřednostnit dlouhodobé dopady výsledků před krátkodobým ziskem (zaměřeným např. na získání dalších projektů a grantů, či akademických titulů), na schopnosti rozvážit vztah individuálního dobra k dobru obecnému a lidské hodnoty k hodnotám vědeckým. Na těchto právech očekávaných schopnostech, vlastnostech, či ctnostech akademického pracovníka (vědce i učitele) je vesměs založena důvěra veřejnosti ve vědu a pedagogickou práci.

Při výzkumu (tvůrčí činnosti) by akademičtí pracovníci Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen UP) měli zaměřit svůj výzkum na rozšíření hranic vědeckých (tvůrčích) znalostí, které jsou ku prospěchu jednotlivcům, společnosti i celému lidstvu. Při tomto procesu požívají svobodu myšlení a vyjadřování a svobodu určení metod k řešení vědeckých problémů. Musí však také uznat určité hranice této svobody, vyplývající ze zvláštních okolností výzkumu (tvůrčí činnosti), provozních omezení, ochrany lidských subjektů vstupujících do výzkumu, či ochrany duševního vlastnictví. To předpokládá vysokou osobní mravnost každého výzkumného pracovníka. Dodržování specifických etických norem pro konkrétní oblast výzkumu (odvětvových, národních, institucionálních) je považováno za nevyhnutelné.

Etická doporučení v oblasti vědy a výzkumu v rámci vysokého školství korespondují s rozvojem etických norem ve vědě a výzkumu v evropském společenství. Ten poukazuje nejen na nutnost mravního chování akademických pracovníků, ale i na nejistotu povolání a kariéry výzkumných a tvůrčích pracovníků.

II. Obecné zásady

Akademický pracovník UP v Olomouci zachovává ve své práci vysoký standard dodržování lidských mravních principů a etických zásad a plně respektuje zásady tohoto kodexu.

Akademičtí pracovníci nebudou žádným způsobem diskriminovat spolupracovníky, či podřízené pracovníky, ale zejména studenty na všech stupních studia na základě pohlaví, věku, etnického, národního nebo sociálního původu, náboženství nebo víry, sexuální orientace, zdravotního postižení, politických názorů, sociálních nebo ekonomických podmínek.

Akademický pracovník UP vyžaduje dodržování mravních principů od svých spolupracovníků, či podřízených pracovníků a studentů. Neobhájí a nekryje neetické chování a jednání a nezdůvodňuje jej účelovou prospěšností, poslušností a loajalitou. Aktivně v tomto směru působí zejména na studenty, je jim v tom vždy příkladem.

Soustavně rozvíjí odborné i pedagogické vědomosti a

dovednosti, zachovává si schopnost objektivní kritičnosti vůči práci své i práci ostatních.

Obhájí svobodu myšlení, bádání, vyjadřování. Mezi odbornou i laickou veřejností, zejména však mezi studenty, šíří zásady mravnosti pedagogické a vědecké (tvůrčí) práce a dobré jméno UP v Olomouci.

Ve vědě a výzkumu (tvůrčí činnosti) by akademický pracovník UP měl:

- eticky propojit svobodu výzkumu (tvůrčí činnosti) a odpovědnost vůči jednotlivcům i společnosti;
- předávat nejen své znalosti, dovednosti, ale i osobním příkladem principy dobrého chování ve výzkumné (tvůrčí) činnosti;
- respektovat názorovou pluralitu, ale mít odvahu prosazovat své (vědecky prokazatelné) názory proti paradigmaticky rigidní vědecké (tvůrčí) komunitě;
- transparentně dokládat jak průběh výzkumu (tvůrčí činnosti), tak jeho výsledky;
- solidárně i subsidiárně spolupracovat v týmu, který respektuje rovnost mužů a žen a nediskriminuje spolupracovníky pro jakékoliv etnické, sociální či ekonomické podmínky;
- při biomedicinském výzkumu s lidskými účastníky zvážit prospěch pro jednotlivce (princip beneficence) proti možnosti jeho poškození (princip nonmaleficence), respektovat lidskou důstojnost a práva každé osoby (princip autonomie) i schopnost posoudit rozložení rizik u jednotlivých zkoumaných osob (princip spravedlnosti).

III. Zásady pedagogického procesu

1. Akademický pracovník jedná se studenty vždy na základě objektivního, korektního, náročného, ale citlivého hodnocení jejich studijních a pracovních, při klasifikaci studijních výsledků si počíná nestranně a objektivně, bez jakékoliv diskriminace (viz čl. II).

2. Komunikuje se studenty otevřeným, korektním způsobem a uplatňuje kolegiální způsob jednání. Neuchyluje se k podceňování, ponižování a znevažování studentů nebo jejich práce. Vyvozuje přiměřené důsledky z případných selhání, neetického chování nebo jednání studentů.

3. Napomáhá rozvoji samostatného a kritického myšlení studentů, všestranně podporuje jejich kvalifikační růst a profesní rozvoj, tvůrčí a publikační aktivity, pomáhá jim navazovat vnější kontakty včetně kontaktů mezinárodních.

4. Nevyžaduje od studentů činnosti, které patří k jeho vlastním povinnostem, nepřivlastňuje si jejich práci a jimi dosažené výsledky. Uvádí-li ve své práci i výsledky dosažené studentem, vždy uvádí v citaci, odkud výsledky získal.

5. Snaží se pedagogicky působit kvalitní výukou a výcvikem a předává studentům ochotně své znalosti, dovednosti a zkušenosti.

6. Doplnuje si průběžně znalosti a dovednosti ve svém profesním zaměření, seznamuje studenty podle svého nejlepšího vědomí s nejnovějšími poznatky oboru, nezatajuje jim záměrně jiné směry či způsoby řešení problematiky, seznamuje je s informacemi v celé šíři.

IV. Zásady výzkumného procesu (nebo jiné tvůrčí práce)

1. Akademický pracovník vstupující do výzkumného (tvůrčího) procesu musí být obeznámen s mezinárodními, národními, odvětvovými nebo institucionálními etickými doporučeními, upravujícími odbornou přípravu jeho typu výzkumné (tvůrčí) práce.

2. Při získávání, výběru, hodnocení a uchovávání výzkumných dat vychází z obecných zásad (viz. čl. II) při respektování své disciplíny.

3. Při přípravě výzkumu (tvůrčí práce) se důsledně věnuje rešerši dostupných zdrojů, vztahujících se k výzkumné problematice, nepracuje plagiátorsky s databázemi a výsledky jiných, neduplikuje vědomě výzkum (tvůrčí práci) uskutečněný jinde, pokud není jeho cílem ověření, potvrzení nebo srovnání s původními výsledky.

4. Přijímá odpovědnost za preciznost a objektivitu svého prováděného výzkumu (tvůrčí práce) v průběhu celého procesu, tj. při stanovování metodiky, při výběru vzorku, při shromažďování a zpracovávání dat, včetně jejich ochrany, při sestavování průběžných či závěrečných zpráv, při publikování či realizaci získaných výsledků, při uchovávání dokumentů, které se k výzkumu vztahují.

5. Průběžně evaluuje svou vědeckou (tvůrčí) činnost či dosažené výsledky a hodnotí způsoby, jakými jich bylo dosaženo. Zachovává si kritičnost vůči výsledkům své práce, získaným poznatkům a závěrům, objektivně, kriticky, ale kolegiálně přistupuje k výsledkům svých spolupracovníků a studentů, je přístupný diskusím a argumentům.

6. Dbá na účelné a efektivní využívání prostředků poskytnutých mu na výzkum nebo jinou tvůrčí činnost.

7. Respektuje principy týmové spolupráce, poskytuje výsledky výzkumu (tvůrčí činnosti) ostatním členům řešitelského týmu. Spolupracovníky a studenty k výzkumné (tvůrčí) práci si vybírá na základě nestranného hodnocení jejich intelektuálních, charakterových, kreativních či organizačních schopností bez jakékoliv diskriminace (viz čl. II).

8. V úloze řídicího pracovníka ve výzkumu (tvůrčí činnosti) věnuje patřičnou pozornost koordinaci výzkumu (tvůrčí činnosti), úkoly přiděluje podle vyzrálosti, kompetencí a možností jednotlivých členů týmu. Průběžně buduje konstruktivní a pozitivní vztahy se začínajícími výzkumnými (tvůrčími) pracovníky, pregraduálními i postgraduálními studenty vstupujícími do výzkumu (tvůrčí činnosti) tak, aby vytvořili nezbytné podmínky pro efektivní předávání informací a pro další úspěšný rozvoj kariéry nových výzkumných (tvůrčích) pracovníků. Jedná se svými spolupracovníky i podřízenými bez jakékoliv diskriminace (viz čl. II).

9. Nekryje neetické jednání svých kolegů či podřízených ve výzkumné práci (tvůrčí činnosti) a důsledně vyvozuje závěry z jejich neetického chování. Nehledá záminky k zastření svých vlastních etických pochybení ve výzkumné (tvůrčí) práci. Spolupracuje s etickými komisemi fakulty, UP nebo příslušného oboru.

IV. a) Zásady zveřejňování výsledků výzkumu (tvůrčí činnosti)

1. Akademický pracovník, zapojený do výzkumu (tvůrčí činnosti), v souladu se smluvními podmínkami výzkumu zajišťuje, aby výsledky výzkumu (tvůrčí činnosti), pokud nepodléhají legálnímu utajení, byly šířeny v oblasti příslušné vědecké komunity a v rámci možností co nejdříve uplatňovány ve výuce či praxi.

2. Nedopouští se plagiátorství, při každém citování jiných autorů uvede odkaz na informační zdroj, přitom při shrnutí poznatků jiného autora vyjádří původní myšlenky v dobré víře a bez vědomého zkreslení.

3. Cituje i podstatné práce, které nepotvrzují jeho domněnky a interpretace výsledků.

4. Při zveřejňování svých výsledků a poznatků dbá na jejich úplnost, ověřitelnost a objektivní interpretaci. Zbytečně nevytváří nadbytečné publikace a nefragmentuje zbytečně výsledky a poznatky do více publikací, aby si tak uměle zvýšil počet prací.

5. Jako autor nebo spoluautor výsledků se prezentuje pouze tehdy, jestliže jich dosáhl nebo přispěl k nim významným tvůrčím způsobem.

6. Ve svých publikacích objektivně přiznává přínos

kolegů a předchůdců, při citování vždy uvádí zřetelný a přesný odkaz na příslušný zdroj.

7. Nezískává citace vlastních prací cestou dohody několika autorů o vzájemných účelových citacích svých prací. Nevynechává však ani citace jen z důvodů konkurence či osobní zaujatosti.

8. Objeví-li významnou chybu ve svých publikovaných údajích, provede náležité kroky k nápravě chyb, nesnaží se je tajit nebo maskovat.

IV. b) Zásady expertní činnosti akademického pracovníka

1. Akademický pracovník provádí jemu zadanou posuzovatelskou, recenzní nebo jinou hodnotitelskou činnost vždy osobně. Expertní stanoviska zpracovává objektivně a pečlivě a vždy jen z tematické oblasti svého oboru, nepodléhá přitom vnějším tlakům, s ohledem na zadání expertní činnosti vyslovuje svůj expertní názor s jasným stanoviskem.

2. Chrání duševní vlastnictví autorů posuzovaných rukopisů, návrhů projektů a zpráv, uměleckých děl apod., nepoužívá údaje obsažené v hodnocených podkladech k jinému účelu než k vypracování příslušného posudku.

3. Učiní potřebné kroky k vyjasnění údajů, u kterých existuje důvodné podezření, že byly zfalšovány nebo jinak upraveny.

4. Neprodluhuje záměrně dobu hodnocení za účelem dosažení vlastních výhod či výhod pro třetí osobu.

5. Odmítne vypracovat vědecké, odborné nebo umělecké stanovisko, jestliže by závěry mohly být ovlivněny jeho osobním zájmem, nebo na tuto skutečnost jasně upozorní. Vystříhá se jakýchkoliv vědomých střetů zájmů.

6. Jako člen odborných grémíí, komisí či poradních orgánů se ve svém rozhodování a hlasování řídí výhradně odbornými hledisky a totéž vyžaduje od ostatních účastníků.

VI. Specifické zásady pro výzkum s lidskými účastníky a se zvířecími modely

1. Výzkum zahrnující lidské účastníky pracuje:

a) s přímým individuálním přínosem osob a s jejich osobními údaji (klinický výzkum) – viz bod VI. a)

b) nebo jen s osobními údaji.

2. Jestliže je použito v rámci výzkumu, zahrnujícího lidské subjekty osobních údajů, je k tomu zapotřebí informovaný souhlas zúčastněných osob. Konkrétní podmínky pro použití těchto údajů vyplývají ze zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Při získávání informovaného souhlasu jsou účastníci výzkumu informováni odpovědným výzkumným pracovníkem o

01. účelu výzkumu, jeho očekávaném trvání a průběhu;

02. právech účastníků na pozdější odmítnutí účasti ve výzkumu a následcích tohoto odmítnutí;

03. závažných předvídatelných faktorech, které mohou ovlivnit ochotu zúčastnit se na výzkumu jako například potenciálních rizicích (všeho druhu), nepříjemnostech nebo negativních účincích;

04. výhodách vyplývajících z výzkumu;

05. míře zachování důvěrnosti při výzkumu a využití jeho výsledků,

06. odměně za účast ve výzkumu;

07. informačním místě pro otázky týkající se výzkumu a práv účastníků výzkumu.

3. Výzkumný pracovník si nemusí vyžádat informovaný souhlas od účastníků výzkumu pouze tehdy, když výzkum nikomu nepůsobí škodu, nepřijemné pocity nebo jinou újmu. Mezi tyto případy je počítáno:

a) zatažení některých aspektů sociologického a psychologického výzkumu a některých dalších typů výzkumu (vzdělávací metody, zdravotnictví) po dobu nezbytně nutnou (viz 01; 04; a 06);

- b) studium vzdělávacích metod nebo vedení vyučování ve třídě;
- c) anonymní dotazování, přirozené pozorování a archivní výzkum, jehož zveřejnění nepředstavuje žádnou právní ani jinou hrozbu (ztrátu reputace, majetkového postavení nebo zaměstnání účastníka výzkumu).

VI. a)

V oblasti biomedicínského výzkumu zahrnující lidské účastníky či zvířecí modely je navíc nutno respektovat mezinárodní etické směrnice, které se k takovému výzkumu vztahují.

V každém případě je nutno získat informovaný souhlas a souhlas etické komise a dodržovat všechny podmínky vyplývající z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a dalších národních či mezinárodních etických nařízeních a doporučení - viz odstavec (1) bodu VI. a).

Příprava srozumitelných a transparentních informací o výzkumu v informovaném souhlase by měla zahrnovat (podle typu výzkumu): název studie, cíl a smysl studie, postupy, které budou na subjektu použity, doba, po kterou bude osoba do studie zařazena, průběh studie, očekávané dobro pro subjekt, očekávaná a možná rizika a poškození, předpokládané výhody pro subjekt i pro další osoby, dobrovolná účast, případná odměna subjektu, způsob ukončení studie, povinnosti pacienta, léčba a podmínky odškodnění, ochrana dat. Znění informovaného souhlasu by měla schválit lokální etická komise, příp. multicentrická etická komise, SÚKL.

Etické komise hodnotí na projektech s lidskými subjekty:

- Opodstatnění projektu a jeho uspořádání
- Přijatelnost hodnocení předpokládaných rizik a přínosů
- Úplnost, výstižnost a odbornost protokolu
- Vhodnost zkoušejícího a spolupracovníků
- Soubor informací pro zkoušejícího
- Vhodnost zdravotnického zařízení
- Vhodnost a úplnost písemné informace pro subjekty
- Odůvodnění výzkumu na osobách neschopných udělit souhlas
- Způsob náboru subjektů
- Zajištění kompenzace či pojištění pro případ smrti či škody vzniklé v důsledku účasti na projektu
- Všechna pojištění odpovědnosti za škodu pro zkoušející i tazatele
- Výši odměn či kompenzace zkoušejícím i subjektům
- Anonymita a důvěrnost ve vztahu k subjektům
- Minimální riziko a minimální zátěž subjektů
- Zvláštní přístup u závislých osob

Dodatek I: Postup při řešení sporných etických otázek

Podle organizační struktury zařadit etickou komisi nebo etické komise jednotlivých fakult sledující dodržování etických zásad a pravidel a zabývajících se konkrétními příklady. Tyto etické komise by měly být v případě podezření z neetického jednání být schopny rozpoznat a definovat, zda se jedná o etické pochybení či nikoliv. Závěry řešení musí být oznámeny všem zúčastněným a obsahovat řešení vedoucí k nápravě, pokud je porušení etiky vědecké nebo pedagogické práce zjištěno.

Poznámka: Etické komise by měly „sledovat dodržování etických zásad a pravidel a zabývat se konkrétními případy nesprávného chování a porušení etiky výzkumné práce“ (kap. 4 Etického rámce výzkumu doporučeného MŠMT ČR). Vyhodnotí-li etická komise určité morální pochybení výzkumníka, může výzkum pozastavit, upravit nebo výzkumníka z další výzkumné práce vyloučit. Znovu je třeba zdůraznit, že ten, kdo poruší etický kodex, by měl být diskreditován mravně, nikoliv zákonně. Tím je ovšem zdůrazněno, že všechny etické kodexy se musejí pohybovat v prostoru, který vymezuje Listina základních práv a svobod. Spíše by se dalo říci, že se etické kodexy vyjadřují v oblastech, jež nelze do podrobností právními normami regulovat.

PROPOSAL OF THE ETHICS CODE OF ACADEMIC WORKERS OF THE PALACKY UNIVERSITY IN OLOMOUC

I. Preamble

Palacky University in Olomouc is a significant educational and research institution. Its fundamental long-term goal is education and development of research activities therefore it is not possible in such an institution to separate one from the other. Therefore the ethical recommendations included in this document include moral principles for academics involved in both pedagogical and research processes.

Personal responsibility of an academic worker should not be in conflict with the system of law and acknowledged morals of the society. Above all the responsibility is based on personal morals, honesty and fairness of each of them, on their human, competent and scientific erudite, on their ability to give priority to long term effects of the outcomes to the short term profit aimed for example to gaining more projects and grants or academics titles, on the ability to reconsider the relationship between individual benefit and social benefits and between human values and scientific values. These are the pillars that the public confidence in science and pedagogical work are based on.

During the scientific research (creative activities) the academic workers of the Palacky University in Olomouc (referred to as UP) should aim their research to enlarge the borders of scientific (creative) knowledge that are beneficial to the individuals as well as to the whole of mankind. During this process they use the freedom of thinking and diction and the freedom to choose the methods to solve the problems. However they have to recognize certain borders of this freedom that are the result of specific circumstances of research (creative activities), operational limits, protection of human subjects entering the research or the protection of intellectual property. This basic ethical contradiction (that is both the necessity to respect the norms as well as necessity of the free decision making process) assumes high level of personal morals of each of the research worker. Keeping to the specific ethical norms suitable for the scientist's sphere of research (sector, national, institutional) is considered unavoidable.

The ethical recommendations in the field of science and research in the framework of university education corresponds with the development of ethical norms in science and research in the European Community. That points not only at the necessity of moral behaviour of the academics but also at the insecurity of occupation and career of the research and creative workers.

II. General principles

The academics of UP Olomouc keeps at their work to a high standard of abiding human moral principles and ethical principles and fully respects the principles of this codex.

The academic workers will not in any way discriminate against colleagues or subsidiary workers but in particular students on all the levels of studies based on sex, age, ethnical background, national or social origin, religion or belief, sexual orientation, disabilities, political opinions, social or economical conditions.

The academic worker of UP demands abiding of moral principles from his co-workers, subsidiary workers, and students. He or she does not defend or cover non-ethical behaviour and acts and he or she does not give reasons for such behaviour such as purposely beneficial, obedience and loyalty. He or she actively influences the students in this direction and sets them the example.

He or she systematically develops his or her scientific

and pedagogical knowledge and skills and keeps the ability of open-minded criticism towards both work of their own and work of the others.

He or she defends the freedom of thought, research, and expression. Among the professional and lay public, above all among students, he or she spreads the moral principles of pedagogical and scientific (creative) work and goodwill of the UP Olomouc.

In science and research (creative activity) the academic worker of UP should:

- ethically connect the freedom of research (creative activity) and responsibility toward the individuals and society;
- share not only their knowledge, skills but through personal example the principles of good conduct in research (creative activity);
- respect the plurality of opinions but have the courage to support his or her opinions (scientifically proved) against the paradigm-rigid scientific (creative) community;
- transparently document the process of research (creative activity), as well as its results;
- in a solidarity and subsidiary manner work together in a team that fully respects the equality of men and women and does not discriminate against the coworkers on a ethnic, social, or economical basis;
- in a biomedical research with human participants consider carefully the benefit of an individual (principle of beneficence) against the possibility of the person's harm (principle on non maleficence), respect human dignity and rights of each and every person (principle of autonomy) as well as the ability to judge the fair distribution of risks (and benefits) among the examined persons (principle of justice).

III. Principles of pedagogical process

1. The academic worker always deals with the students based on objective, correct, demanding but also sensitive evaluation of their educational and working results, while when classifying their educational results he or she is fair and objective without any discrimination (article II).

2. He or she communicates with the students in an open and correct manner and he or she observes the collegial manner of behaviour. He or she does not underestimate or belittle the students or their work. He draws adequate consequences from possible failures, non-ethical behaviour or misconduct of students.

3. He or she helps the development of an independent and critical thinking of students, broadly supports their qualification growth and professional development, creative and publication activities, helps them to establish outside contacts, including international contacts.

4. He or she does not demand from the student's activities that are part of his own duties; he does not take for himself or herself the fruits of their work or its results. If he or she uses in his or her work also the results obtained by the students, he or she always mentions this fact (the source of the results) in the quotation, as appropriate.

5. He or she performs his or her pedagogical work at a high quality standard in education and training, he or she willingly hands over to the students his or her knowledge, skills and experience.

6. He or she continuously updates his or her knowledge and skills in his or her area of expertise, gets the students acquainted according to his or her best knowledge with the newest information and knowledge in the field, does not purposely keep to him or her self other approaches or ways of solving the problem, gets the students acquainted with the scientific information in its whole span.

IV. Principles of the research process (or other creative work)

1. An academic worker entering into the research (creative) process has to be acquainted with the international, national, sectoral or institutional ethical recommendations that shape the technical preparation of his type of research (creative) work.

2. While gaining, selecting, evaluating and keeping research data he or she follows the universal principles (article II) while respecting those of his or her discipline.

3. While preparing the research (creative) work, he or she dedicates consistently his or her time to background research of available resources connected with his or her research problem, he or she does not fall into plagiarism when working with databases and results of others, he or she does not consciously duplicate research (creative) work that was carried out elsewhere, unless it is his or her aim to verify, confirm or compare the original results.

4. He or she accepts the responsibility for preciseness and objectivity of his or her research (creative) work during its whole process that means while establishing methodology, choosing the sample, collecting and processing data, including their protection, while preparing interim or final reports, publishing or implementing of the obtained results, and while keeping on file the documents connected with research.

5. He or she continuously evaluates his or her research (creative) work or the results obtained, and also the methods that allowed to obtain them. He or she preserves criticism towards the results of his or her work, obtained knowledge and conclusions, objectively, critically but in a collegial manner approaches the results of his coworkers and students, he or she is open to discussion and to consideration of a different argumentation.

6. He or she takes care for an efficient and effective use of resources that were provided for his or her research or other creative work.

7. He or she respects the principles of teamwork, provides the results of research (creative work) to other members of the research team. He or she chooses his or her co-workers and students to participate in the research (creative work) in a manner based on a fair evaluation of their intellectual, character, creative or organizational skills without any undue discrimination (article II).

8. In a role of the leader of a research (creative) team, he or she devotes an appropriate attention to the coordination of research (creative work); he or she allocates tasks according to the maturity, competence and abilities of individual members of the team. He or she continuously builds up constructive and positive relationships with the junior research (creative) workers, undergraduate and postgraduate students entering the research (creative work) to create necessary conditions for effective transfer of information and for further successful career development of the new research (creative) workers. He or she treats the co-workers and subordinate workers fairly without any undue discrimination (article II).

9. He or she does not cover up a non-ethical behaviour of his or her colleagues or subordinates with regard to their research (creative work) and draws up thorough consequences if a non-ethical behaviour is revealed. He or she does not search for handles for obscuring his or her own ethical misconducts in research (creative work). He or she cooperates with ethics committees of his or her Faculty, UP, or of the particular discipline.

IV. A) Principles of publication of the results of research (creative work)

1. The academic worker participating in a research (creative work) in accordance with a contract conditions

has to ensure that the results of research (creative work), unless they are covered by the legally (contractually) imposed confidentiality, were disseminated among the respective scientific community and implemented as soon as possible (subject to feasibility) in the education and training, and in practice.

2. He or she does not fall into plagiarism, while quoting from others he or she would always refer to the names of original authors and sources of information, when summarizing the findings of other authors he or she expresses the original ideas in a good faith and without any intentional distortion.

3. He or she also quotes substantial works that do not confirm his or her assumptions and interpretations of results.

4. While publishing his or her results and findings, he or she sees to their completeness, possibility of verification and objective interpretation. He or she does not unnecessarily produce excess publications and does not unnecessarily fragment his or her results and findings into many publications so that he or she artificially multiplies the number of his or her publications.

5. He or she presents himself or herself as the author or co-author of the results only if he or she has obtained them or has helped to obtain them in a significant and creative manner.

6. In his or her publications he or she acknowledges in an objective manner the contributions of his or her colleagues and predecessors, while quoting, he or she always gives an accurate reference to the original source.

7. He or she does not obtain quotations of his or her own work through agreements with other authors about mutual quotations of their works. On the other hand, he or she does not omit quotations for the reasons of competition or personal prejudice.

8. If he or she discovers a significant error in his or her published data, he or she makes appropriate steps to correct the mistakes, he or she does not try to conceal or cover them up.

IV. b) Principles of expert activities of an academic worker

1. Academic worker always carries out in person the evaluation, review or other expert activity that has been assigned to him or her. He or she produces expert statements in an objective and thorough manner, and always only within the area of his or her expertise. He or she should never comply with undue outside pressures. With regard to the given expert activity, he or she gives the expert opinion with a clear point of view.

2. He or she protects the intellectual property of the authors of the evaluated manuscripts, project proposals and reports, art works, etc. He or she does not use the data contained in the evaluated materials for any other purpose than to conduct their appropriate evaluation.

3. He or she takes the necessary steps in order to clarify the data, when there is a reasonable suspicion to believe that they may have been falsified or manipulated in any other way.

4. He or she does not purposely prolong the time of evaluation in order to obtain a personal advantage or confer a disadvantage to a third person.

5. He or she refuses to carry out scientific, expert or artistic evaluations, if his or her views may get affected by a personal interest, or he or she clearly disclose such fact. He or she avoids any conscious conflicts of interests.

6. As a member of professional panels, committees or advisory boards, he or she is led in his or her decision making and voting only by his or her professional opinion, and he or she demands the same from all other participants.

VI. Specific principles for the research with human participants and with animal models

1. The research involving human participants is conducted:

a) with a direct individual benefit expected for the participating people and upon their personal data (clinical research) – article VI. a), or

b) with the personal data only.

2. If human personal data are used within the research framework, it is necessary to obtain the informed consent from all participating individuals. Concrete conditions for use of such data are provided for in the Act No. 101/2000 Coll. on the protection of personal data. Before giving their informed consent, the research participants are informed by the responsible researcher about:

01. the purpose of research, its expected duration and course;

02. the right of the participants for a later withdrawal of the consent with their participation in the research, and about the consequences of such withdrawal;

03. the significant foreseeable factors that can influence the willingness to participate in the research, such as, for example, the potential risks (of all kinds), burdens or negative effects;

04. the advantages arising from the research;

05. the level of confidentiality during the research and implementation of its results,

06. the remuneration for the participation in the research;

07. the information point set up for any questions with regard to the research and to the right of the research participants.

3. The research worker is not obliged to obtain an informed consent from the research participants only in the cases when the research does not make any harm to anyone, when it does not cause any discomfort or any other foreseeable harm. There cases considered under this provision may include:

a) concealment of some aspects of sociological and psychological research and of some other types of research (e.g. educational methods, health care) during the minimum necessary period (see 01; 04; and 06);

b) study of educational methods or of leading of the education process in a class;

c) anonymous questionnaires, natural observation and archive research, where the publication of the research findings does not represent any legal or other threat (e.g. loss of reputation, property or employment problems of the research participants).

VI. a)

In the area of biomedical research with involvement of human participants or animal models, it is also necessary to respect the international ethical standards that are related to such research.

In any case it is necessary to obtain an informed consent and an approval of the ethics committee and to respect all provisions arising from the Convention on Human Rights and Biomedicine and from the Act No. 101/2000 Coll. about protection of personal data, and from other national or international ethical regulations and recommendations – see (1) of VI. a).

The preparation of understandable and transparent information about the research in the informed consent text should include (depending on the type of research): title of the project, aims and purpose of the project, procedures that are to be used in the involved subjects, time period in which the person will be part of the project, course of the project, expected benefits for the subject, expected and possible risks and harms, expected advantages for the subject as well as for other people, volunta-

ry participation, possible remuneration offered to the subject, the way of finalizing of the project, duties of the patient, treatment and conditions of compensation, data protection. The local ethics committee or the multicentric ethics committee should approve the informed consent text.

An ethics committee, when performing an ethics review of a project involving human subjects, considers the following issues:

- justification of the project and its design,
- acceptability of the evaluation of foreseeable risks and benefits,
- completeness, adequacy and professional quality of the protocol,
- acceptability of the researcher (investigator) and his co-workers,
- the quality of information for the researcher (investigator),
- acceptability of the health care institution,
- acceptability and completeness of the written information for the research subjects,
- justification of the research to be done with people unable to give informed consent,
- methods of enrolment of the research subjects,
- guarantees of compensation or insurance in the case of death or any damage incurred as a result of participation in the project,
- type of insurance or indemnity coverage for the responsibility of investigator (researcher) with regard to any damages related to the project,
- the amount of remuneration payments or compensations to the investigator (researcher) and to the research subjects,
- anonymity and confidentiality with regard to the research subjects,
- minimal risk and minimal burden requirements (if applicable),
- special approach in the case of dependant persons.

Appendix I: Procedure for solving controversial ethical questions

Based on the respective organizational structures, it is necessary to establish an ethics committee or ethics committees at the individual faculties. The aim of those committees is to monitor observance of ethical principles and norms, and also to review individual cases. Moreover, these committees should be able – in the case of a suspicion that a non-ethical behaviour or misconduct is possibly taking place – to decide, whether it is the case, or not. The conclusions have to be communicated to all participants of the alleged problem and have to contain the proposal of solution leading to correction of any confirmed actions contrary to the principles or norms of scientific or pedagogical ethics.

From the Czech original translated by Ing. Jana Bellová.

The text was approved as the Ethics Code of the Faculty of Medicine of the Palacky University in Olomouc, Czech Republic, on December 6, 2007. Thorough commentary (in Czech) given in the paper: Ivanová K., Klos R., Bellová J.: Proces zavádění etického kodexu pro akademické pracovníky Univerzity Palackého v Olomouci, which appears in this issue of the journal at p. 3 – 5.

Scribendi recte sapere est et principium et fons.

Zdravý rozum je prameňom i počiatkom
dobrého písania.

Horatius (Ars 309)

PALLIATIVE CARE: A MODEL FOR INNOVATIVE HEALTH AND SOCIAL POLICIES

Resolution 1649 (2009)¹

Parliamentary Assembly of the Council of Europe

1. The Parliamentary Assembly notes that palliative care is a substantial and socially innovative addition to curative, highly scientific medicine, where subjective wellbeing of the patient comes after the goal of curing an illness and which involves therapy-related restrictions and sometimes massive side-effects.

2. In this connection, the Assembly builds its position on the World Health Organisation (WHO) definition: "Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual."

3. The Assembly nevertheless underlines that the innovative potential of the approach is not given sufficient emphasis in this definition, which could lead public opinion to believe that palliative care is a humanitarian luxury which we can no longer afford in the current difficult economic situation.

4. The Assembly notes that, especially in the final stages of life and in spite of the high standards and huge costs involved, contemporary medical care fails to meet the basic needs of many people (seriously ill, chronically ill, patients requiring high levels of individual care). Against the background of the increasing domination of health and social policies by economics, growing numbers of people do not have a strong enough lobby to defend their basic rights.

5. The Assembly regards palliative care as a model for innovative health and social policies, as it takes account of the changes in our perceptions of health and illness and does not assume that curing diseases is the precondition for self-determination and participation in society. Autonomy is accordingly the requirement for a subjective form of "health", which includes people deciding themselves how to deal with illness and death.

6. The Assembly notes that palliative care enables people, who have serious illnesses, are suffering pain or are in a state of great despair to exercise self-determination. The approach is not therefore just based on need but contributes directly to human, civic and participation rights being asserted right up to death.

7. The Assembly believes that there is an urgent need to extend the scope of this innovative treatment and care method. In addition to the terminally ill, palliative care should be available to the seriously ill and chronically ill and all those requiring high levels of individual care who may benefit from the approach.

8. Palliative care can be seen as an approach to an appropriate type of care developed on a practical level, which involves patient-oriented integration of medicine and care, as well as the provision of other health-related services and social resources. For instance, this includes

¹ *Assembly debate on 28 January 2009 (6th Sitting) (see Doc. 11758, report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr. Wodarg). Text adopted by the Assembly on 28 January 2009 (6th Sitting).*

the successful involvement of voluntary helpers and the possibility of including social, psychological and spiritual support if necessary. This can be more important for individual patients than medical care in the stricter sense.

9. With the above, the Assembly also draws conclusions from the debate on the subject of euthanasia, which showed that liberal constitutional states cannot leave ethical questions concerning the life and death of individuals unanswered.

10. Sticking to ethical pluralism does not ensure maximum individual freedom in ethical issues but in society it gives randomness, relativism and practical nihilism precedence over properly founded ethical positions. This results in general disorientation and ultimately in the erosion of the liberal constitutional state.

11. In this connection, the Assembly refers to the relevant recommendations on dealing with the terminally ill as set out in the European Health Committee's report (1980) on "problems related to death: care for the dying" and in its Recommendation 1418 (1999) on protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying.

12. It recognises that the limits of any medical intervention are determined by the autonomy of the individual patients insofar as they express their will not to receive curative treatment or, regardless of any medical assessment of their state of health, have done so explicitly in a living will, for instance.

13. The Assembly hopes that palliative care also offers individuals who have given up hope the prospect of dying in dignity if they are allowed to turn down curative medicine but accept pain relief and social support.

14. It therefore regards palliative care as an essential component of appropriate health care based on a humane concept of human dignity, autonomy, human rights, civic rights, patient rights and a generally acknowledged perception of solidarity and social cohesion.

15. It underlines that Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care already provides a good basis for strengthening the palliative care approach.

16. The Assembly endorses the four applications of palliative care listed in Recommendation Rec(2003)24 following the WHO definition, namely symptom control; psychological, spiritual and emotional support; support for the family; and bereavement support, and accordingly specifically recommends that member states:

- 16.1. establish a consistent and comprehensible health-policy approach to palliative care;
- 16.2. promote international co-operation between the various organisations, institutions, research institutes and other players in the palliative care movement.

17. In view of the great differences in developments in this area in the various countries in Europe, the Assembly is aware that, although rapid implementation in existing health care structures is desirable with a view to sustainable funding arrangements, the funding arrangements themselves may involve serious obstacles for such a flexible care and treatment approach.

18. It therefore believes there is a need for detailed analysis of structural obstacles and accurate analysis of needs on the basis of a minimum data set of the kind called for in the Appendix to Recommendation Rec(2003) 24 in order to achieve sustainable, effective changes in existing health systems.

19. It notes that wide-ranging discussion in society on the priorities of health care based on sensible health objectives is necessary if fundamental rights are to take pre-

cedence over further patient rights in the health system. As the protection of fundamental rights is a government task, this must not be left to pressure group politics.

20. The Assembly believes that ethics therefore has a fundamental role to play as a practical philosophy in shaping the discussion of health objectives and care priorities in society.

21. Therefore, with regard to general recommendations, the Assembly recommends that member states:

- 21.1. focus on ethics not only in application issues but as a matter of principle, as only the clarification and typological classification of fundamental positions will enable a stable consensus to be reached in society about controversial ethical issues and a fair allocation of resources;
- 21.2. seek to ensure improved rewards for non-product-related services both in health and in economic and financial policies so that social policy can draw on economic-policy and fiscal incentives and do more to counter the increasing domination of society by economics;
- 21.3. in general, seek to strengthen primary health care so as to protect patients against inappropriate medical intervention and place greater emphasis again on the methodical significance of communication between doctor and patient as the basis for rational, patient-oriented medicine;
- 21.4. given governments' capacity for influence, promote an approach to medicine in society which highlights palliative care as a key pillar of care provision to which patients are entitled.

22. Moreover, with regard to practical recommendations, the Assembly recommends that member states:

- 22.1. regard and promote effective symptom control for seriously ill patients as a key requirement for the doctor-patient relationship and patient self-determination, thereby also bringing the innovative potential of the palliative care method into the domain of curative medicine;
- 22.2. within a consistent health-policy approach for the specific strategy of improving palliative health care provision, identify practical indicators that can be used to check what progress has been made in patient care over a given period;
- 22.3. draw up annual reports so that shortcomings can be analysed as quickly as possible and dealt with appropriately;
- 22.4. react promptly, for instance through special arrangements for the funding of palliative care, if it becomes apparent that the appropriate use of painkillers is not taking place as desired or the standardisation of hospital treatment (Diagnosis - related groups - DRGs) is having a negative impact on existing structures and practices;
- 22.5. with regard to legal regulations on living wills:
 - 22.5.1. avoid creating legal arrangements which could lead to interpretation problems in practice;
 - 22.5.2. conduct a comprehensive assessment of the legal consequences, taking account of possible legal side-effects such as asset liability ("care as a financial loss").

Editorial note: Text taken from the web page of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe and may be found at the web address (accessed May 2009): <http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta09/ERES1649.htm>

MÍENIKY FILOZOFICKEJ REFLEXIE V.

STREDOVEKÁ FILOZOFIA I.

Patristika (2. – 8. st. n. l.)

● Augustín Aurelianus (354 – 430)

Obdobie duchovných otcov (patristika) nachádza svoje vyvrcholenie v osobnosti Augustína Aureliána (354 – 430). Ako sme naznačili v závere predchádzajúcej časti, v jeho osobe sa prepája láska k múdrosti (pochybnosť) s láskou k Múdrosti (viera), aby vyjadrila lásku človeka k Bohu, tzn. lásku toho, ktorý porozumel Láске.

Prirodzená potreba istoty v živote – láska k múdrosti, viedla Augustína cez mnohé teórie o živote (filozofické smery), rôznorodé obrazy o svete (utópie, náboženstvá, ideológie, svetonázory), modly a bludy (stelesnenia pravdy), až ku osobnej premene. Vnútoraná premena jeho srdca sa neprejavila iba v zásadnej zmene životného štýlu (napovrchu), ale predovšetkým v jeho zmyšľaní a chápaní diania vo svete. Cez pýchu rozumu dočasného poznania sa prostredníctvom dravej pochybnosti a zdravého údivu prepracoval k pokore srdca večného spoznávania. Rozumnosť okamihu vystriedala múdrosť večnosti.

Augustínovo „Milujem ťa!“ (príspevok k filozofii)

V osobe Augustína sa môžeme stretnúť s príkladom filozofa, ktorý hybnú silu lásky k múdrosti – pochybnosť, ukotvil vo vlastnom srdci, a nie iba vo vlastnom rozume (racionalistická filozofia). Ohraničil ju zvonku sebou samým, aby ju mohol plnšie rozvíjať zvnútra. Východiskom sa mu stalo centrum jeho vlastnej bytosti, kde rozum bol iba jedným z mnohých nástrojov poznania. Vzdal sa tak určitého presne označeného priestoru poznávania – filozofie ako vedy (dočasnosť), aby sa mohol sústrediť na poznávanie – filozofiu ako lásku (večnosť). Istotu pochybujúceho rozumu doplnil istotou viery srdca. Pevný základ logiky v srdci umožnil, aby poznanie *transcendovalo* (presiahlo) rozum do viery. Augustínovej ľudskej láske k múdrosti sa v múdrosti a láske osoby (v ňom samom - Augustínovi) otvorili dvere k poznaniu a k láske k človeku a až prostredníctvom nej k Poznaniu a k Láске (Transcendentnu, Bohu). Kľúčovým slovom, pojmom a nástrojom celej Augustínovej filozofickej reflexie je (L-)láska.

Augustín sa pokúsil túto spleť cestu priblížiť vo svojom autobiografickom spise s názvom VYZNANIA: „Daj mi sám seba, Bože môj, navráť mi seba, lebo ťa milujem, a ak ťa málo milujem, rozmnož moju lásku. Nemôžem zmerať, koľko chýba k mojej dokonalej láske, aby môj život plynul v tvojom objatí a nikdy sa od teba neodvrátil, kým sa nepohrúži do skrytosti tvojej tváre. To jediné však dobre viem, že všade mi je zle, keď som mimo teba; nech som kdekoľvek mimo seba alebo hoci aj v sebe. Všetko moje bohatstvo, keď ním nie je Boh, všetko je len úžasným nedostatkom.“ [1, str. 391] Čitateľovi sa môže zdať, že ide o akúsi celoživotnú svedčnosť talentami mimoriadne obdareného človeka. Ide však viacej o detailný popis (návod) premeny zmyšľania mladého človeka. Čitateľ je svedkom ako sa z povrchného, ale logicky uvažujúceho, prirodzene zvedavého, na detaily vnímateľného svetáckeho študenta postupne stáva hlbavý mysliteľ, filozof, teológ. Antický záujem o *kozmos* (svet ako celok; vesmír, Zem a vnútorný svet človeka spolu) sa v procese *sebaidentifikácie* (sebapoznávania) obrátil do vlastného vnútra, aby odtiaľ mohol vidieť celý svet. Vedomie vlastného ja, uvedomovanie si seba samého so všetkými dôsledkami, tzn. vedomá schopnosť myslieť, ktorá je prítomná v Augustínovej filozofii, predznamenáva Descartovu (1596 – 1650) neskoršiu verziu v podobe racionalistickej filozofie: „Myslím, teda som.“ Podľa Augustína možno zhrnúť,

že ľudské myslenie jednoznačne transcenduje do viery a nádeje. Descarta však poznávanie ľudského vedomia vedie k ešte väčšej skepse, neistote a uzavretosti pred kozmom. Cestu zo samoty individualizmu a strachu z vlastnej zodpovednosti obdobia „vlády rozumu“ nachádza až existencialista Kierkegaard (1813 – 1855), ktorý z hĺbín svojho utrápeného vnútra v údive nad ľudským údelom zvolá až v 19. storočí: „Verím, teda som.“

Augustínov objav Pravdy (príspevok k epistemológii)

Istota viery Augustína priviedla k istote o pravde, ktorú možno nájsť iba vo vnútornom svete človeka, v sebe samom [1, str. 327].

Podmienkou možnosti poznávania pravdy je pre Augustína láska k múdrosti, jej hnacia sila – pochybnosť a pokorný údiv: „Ty si bol predom mnou, ja som sa i od samého seba vzdaloval a nevedel som sa nájsť, tým skôr nevedel som nájsť ani teba.“ [1, str. 118] Poznanie celého sveta ešte nie je zárukou blaženosti: „Nešťastný človek, ktorý všetko pozná, len teba nepozná. Blažený človek, ktorý teba pozná, i keď všetko nepozná. Kto však pozná to i teba, nie je blaženejší preto, že pozná tie veci, ale preto, že teba pozná a oslavuje ťa ako Boha a ďakuje ti a nezahrabe sa do svojich myšlienok.“ [1, str. 121]

Keď Augustín hovorí o pravde vo svojom vnútri, svoj vonkajší svet (schopnosť vnímať všetko okolo seba) popisuje ako „posla správ“ [1, str. 263]. Pravda je človeku zjavená (daná) v srdci (svedomí), a to je nespokojné, kým nespočinie v Pravde (v Bohu). Všetko svoje poznanie sveta a aj Boha človek konfrontuje s pravdou svojho vnútorného sveta, a tak nadobúda istotu poznania a zmysel všetkého bytia.

Augustínov človek ako Boh (príspevok k teológii)

Podľa Augustína je človek obdarovaný vonkajším (telom) a vnútorným svetom (dušou). Je stvorený, tzn. darovaný vo svojom zrození sebe samému, aby slobodne naplnil svoje poslanie. Zmyslom života človeka je poznanie, že je povolán uskutočňovať originálnym svojším spôsobom obraz samého Boha. V človeku sa mimoriadnym spôsobom sprítomňuje Boh vo svojich troch osobách. Augustín sa vo svojom výklade knihy Genézy v súvislosti s tajomstvom božej trojedinosti zameriava na tri veci: bytie, poznanie a vôľu: „Som, poznávam a chcem. Som bytosť, ktorá poznáva a chce. Viem, že som a chcem. Chcem byť a poznávať.“ [1, str. 393] Boh – Otec zastupuje bytie, Boh – Syn predstavuje poznanie a Boh – Duch Svätý uskutočňuje vôľu.

Človek ako jediná bytosť na svete zároveň existuje, poznáva a chce. Podobným spôsobom sa dá pochopiť, že aj Boh prebýva vo svojich troch osobách ako Jediný, ako jediná bytosť. Človek celým svojím bytím Boha prijíma zároveň ako Otca, poznáva ho skrze jeho Syna Ježiša Krista a túži po jeho daroch a milostiach v Duchu Svätom. Boh tu pre človeka vždy bol, je a bude, jedinečne ho spasil v osobe Ježiša a obdarúva ho svojím Duchom. Podľa Augustína, „... v týchto troch veciach“: v bytí, poznaní, vôli, „je nerozdielny život, jeden život, jedna myseľ, jedna podstata, ako, hoci nerozdielne rozličné, predsa sú len rozličné.“ [1, str. 393], a prostredníctvom ich uskutočňovania ako trojice sa človek jedinečne pripodobňuje Bohu - Trojici.

Človek je najvyššou pozemskou duchovnou bytosťou. Neexistuje žiadna zmyslová skúsenosť bez účasti ducha. Večné pravdy sú človeku darované v Duchu Svätom - vyžarujú z Boha (teória *iluminácie*, tzn. vyžarovania).

Augustínovo „Miluj a rob, čo chceš!“ (príspevok k etike)

Augustín predpokladá, že ak človek miluje Boha, mal by byť doslova prežiarovaný láskou. Cez neho Boh „svieti“ do ďalších medziľudských vzťahov, aby sa svetlom lásky

naplnila zem. Podľa Augustína Boh miluje človeka, a preto, ak človek miluje Boha, môže nezávisle od situácie uskutočňovať svoje slobodné rozhodnutia. V láske k Bohu človek vždy slobodne vyberá dobro, a preto, ak miluje, môže robiť čokoľvek, a bude to dobré.

Láska v tomto prípade neznamená ani bezhlavé spoliehanie sa na nedokonalú vášeň, ani zneužívanie nekonečného milosrdenstva Božieho, ani zneužívanie emočnej nevyrovnanosti, ale stavia na pevných základoch náuky o Bohu [8]. Pomáha mu v tom jeho *svedomie*, kde v *dialógu* [9] s Bohom konfrontuje svoje rozhodnutia.

V 20. storočí sa v rámci typu *situáčnej etiky* vyformoval tzv. *neoaugustínsky prúd*. Situácia sa v mene lásky a pokrievaného hesla „Miluj a rob, čo chceš.“ vyhodnocovala s výlučne emočne pozitívnym nastavením postojom k problému. Láska slúžila na ospravedlnenie chýb a omylov milovanej osoby, alebo sa zamieňala s bezbrehou toleranciou. Miesto Boha tu zaujal krásny, ale nedokonalý ľudský cit, tzn. človek sám. Situácia sa prehodnocovala taká, ako sa človeku javila v danej jedinečnej chvíli, tzn. bez ohľadu na minulosť (dôsledky) a budúcnosť (následky), bez ohľadu na nedokonalosť ľudského poznania. Argumentom akéhokoľvek záveru bola „láska“ v zmysle: „Pretože ťa mám rád, bude to tak a tak...“ Je potrebné si uvedomiť, že bez dostatočnej pokory a uvedomenia si vlastných hraníc poznania by sa táto „vláda ružových okuliarov“ mohla stať dokonca zhubným nástrojom morálky v rukách etikov.

Augustínov pohľad na premenu času (príspevok k teórii o čase)

Človek je bytosť telesne pominuteľná, ale duchom povoláná k večnosti [1, str. 327].

Čas je stvorený z večnosti, a ako taký má svoj začiatok a koniec v Bohu. Pred stvorením času nebolo. [1, str. 344] Človeku bola pri stvorení daná schopnosť spomínať (minulosť), nazerať (prítomnosť), aj očakávať (budúcnosť); schopnosť poučiť sa, žiť okamih a predvídať. Život (bytie) sa odohráva v prítomnosti. V nej si človek spomína, aj očakáva. Uvedomie si svojej časovosti človeka odkazuje na večnosť, ktorou je Boh. Čas meria duch, v ktorom minulým časom je spomienka, prítomným nazeranie a budúcim očakávanie. [1, str. 342 - 343]

Augustínov Boží štát (príspevok k sociálnej filozofii)

Charakteristickým rysom filozofickej reflexie v období *patristiky* (pozri *Minirepitotórium* IV. [3]) je zameralenie všetkých svojich úvah na Boha (rané kresťanstvo [11]). *Sociálne* (priestor, kde sa uskutočňujú medziľudské vzťahy) [5, str. 2 - 23] je takto chápané ako zverené pod dohľad trojjediného milosrdného Boha (Otca), ktorý slobodnú ľudskú vôľu usmerňuje (Duch Svätý) príkladom a náukou samého Boha (Ježiša Krista). Sociálna filozofia patristiky rieši originálnym spôsobom odkaz antiky, ktorá bojovala s *mýtom a utópiou, skepticizmom a fatalizmom* (pozri *Minirepitotórium* III. [10]). Namiesto strachu z bohov a neistoty z ich nevypočítateľnosti a beznádejnosti osudu ponúka istotu Božej lásky a milosrdenstva, nádej odpustenia a výzvu k novému začiatku a vytrvalosti v dobrom.

Nádej patristiky spočíva v dôvere v Božie milosrdenstvo, prozreteľnosť a lásku Boha k človeku. Sústreďenie sa na pochopenie miesta človeka v Božom pláne s ľudským pokolením a analýza podstaty, dôvodov a zmyslu existencie človeka na zemi a vo vzťahoch otvorili priestor pre optimistickjšie videnie poslania jednotlivca nielen v pozemských organizačných, hospodárskych, ekonomických štruktúrach s ohľadom na ich Božie usmerňovanie, ale prakticky si položila otázku, či je vôbec možný súlad medzi ľudským a božím poriadkom v štáte.

Augustín významným spôsobom prispel k odpovedi na túto otázku vo svojom diele s názvom *O BOŽOM ŠTÁTE* [2]. Dielo predstavuje zaujímavý príklad skĺbenia určitej cirkevnej náuky (kresťanstva) s politickým usporiadaním vzťahov a organizačných štruktúr v štáte, a zároveň dobove nový pohľad na poslanie človeka v štáte a jeho povolanie byť dobrým občanom.

Vo svojich úvahách Augustín rozmýšľala nad dvomi usporiadaniami štátu: pozemským a božím štátom. Hľadá medzi nimi rozdiely, a rozvíja teóriu, ako by sa pozemský štát mohol stať predstupňom k božiemu štátu. Dokonca, akým spôsobom by sa dal premeniť na boží štát už tu na zemi.

Základným pretvárajúcim činiteľom vzťahov je láska. Politickou silou štátu by sa potom mohlo stať etické heslo: „Miluj a rob, čo chceš.“ Etika by sa aplikovala v *spoločenských a sociálnych vzťahoch*, pričom *intra a interpersonálne vzťahy* by uskutočňovali morálku. Prirodzený *egoizmus* (láska k sebe samému) by sa postupne pretváral na *solidaritu* (činnorodý súcit) až *altruizmus* (schopnosť obetovať sa pre druhých). *Spravodlivosť* (bezohľadné rovnaké pridelovanie) by zmäkla na *férovosť* (pridelovanie s ohľadom na okolnosti), až by ju kompletne nahradila *láska* (múdry poriadok). [5, str. 50 - 51]

Človek nie je dokonalý, ale jeho poslaním je celoživotné zdokonaľovanie seba a svojho okolia. V tom mu za určitých podmienok pomáha Boh. Slobodná vôľa je prvým krokom k zmene a vytrvalosť je nádejou na jeho dosiahnutie.

Celé dejiny ľudstva Augustín popisuje ako jedinečný dejinný proces (Boh Duch Svätý), ktorý prebieha podľa božej vôle a plánu spásy (Boha Otca). Zlom v dejinách spásy predstavuje príchod Ježiša Krista (Boha Syna) na zem a jeho zmierna obeta. V tom okamihu nastáva proces oddeľovania omilostených od zatratených, ktorí na konci dejín vytvorili boží štát. Pozemský štát združuje dobrých aj zlých zároveň, preto je jeho sociálny poriadok nedokonalý. Má však nádej na neustále zdokonaľovanie a zlepšenie. Zodpovedným poslaním občana je žiť dobrý život v láske.

Záver

V Augustínovej láske k múdrosti sa stretávame s mysliteľom s mimoriadnym dosahom. Zahŕňa kompletný zmysel a nežnosť patristiky so všetkým, čo priniesla v dejinách filozofie a jej odkaz presahuje až do dnešných čias. Vo svojich spisoch sa Augustín vyjadril ku všetkým kľúčovým otázkam vtedajšej akademickej obce; pokúsil sa o riešenie problematických útokov na učenie, ktorému uveril; zaoberal sa otázkami vzniku sveta, času, miestom človeka vo svete i v spoločnosti i vo vzťahu k Bohu. Sila a účinnosť Augustínovej filozofickej reflexie nespočíva iba v múdrosti a sile jeho osobnosti, ale stala sa zároveň odkazom nádeje na neustále zdokonaľovanie a zároveň výzvou k zmene zmýšľania v ktorejkoľvek fáze života.

Literatúra

1. Augustín: *Vyznania*. Lúč, Bratislava, 1997, 453s.
2. Augustín: *O Božom štáte I., II.* Bratislava, Lúč, 2005, 434s., 454s.
3. *Minirepitotórium pre etické komisie IV.* IN: *Medicínska etika a bioetika* 2008/3-4.
4. Augustín: *Miluj a dej, čo chceš. Úvahy hľadajúceho srdca*. Praha, Paulínky, 2002, 232s.
5. Glasová, K.: *Filozofia v praxi sociálneho pracovníka*. Bratislava, VŠ sv Alžbety, 2008, 116s.
6. Störig, H. J.: *Malé dejiny filozofie*. Praha, Zvon, 1993, 560s.
7. Kiczko, L. A kol.: *Dejiny filozofie*. Bratislava, SPN, 1993, 141s.
8. *Katechizmus katolíckej cirkvi*. Trnava, SSV, 1999, 918s.
9. Glasová, K.: *Potreba dialógu a dialogických vzťahov v etickej komisii*. IN: *Medicínska etika a bioetika* 2007/1-2, r. 14, str. 2-5.
10. *Minirepitotórium pre etické komisie III.* IN: *Medicínska etika a bioetika* 2008/1-2.
11. Michalov, J.: *Ranokresťanská filozofia*. UKF FF Kek, Nitra, 2000, 200s.
12. Lane, T.: *Dejiny kresťanského myslenia. Návrat domú*, Praha, 1996, 288s.

TERMINOLOGICKÝ SLOVNÍČEK V.

V predchádzajúcej časti sme v procese filozofickej reflexie identifikovali základné znaky vednej disciplíny – predstavili sme filozofiu ako vedu. Zároveň sme upozornili na to, ako takéto vymedzenie obsahu a rozsahu samotnú filozofiu obmedzuje: výskumníkovi aplikácia vedeckého spôsobu uvažovania síce umožňuje presne vytýčiť hranice pri poznávaní, vybrať si z nástrojov a postupov uvažovania a stanoviť si reálny cieľ výskumu, ale vyžaduje, aby svoje záverečné poznanie zbavil akejkoľvek pochybnosti. Na miesto údivu a pochybností sa stavia istota vedeckého dôkazu. Filozofia však svojím poznávaním presahuje vedu, a preto môže vedu samotnú skúmať ako jeden z mnohých svojich predmetov. Filozofická disciplína, ktorá skúma vedu, sa nazýva *filozofia vedy*.

Filozofická reflexia má základné *znaky vedeckého uvažovania* (systematickosť, verifikovateľnosť, pojmový aparát, metódy a prístupy). Filozofický systém sa zostavuje z pojmového aparátu (terminológia) použitím vybraných metód a prístupov. Pojmom *metóda* rozumieme postup, akým filozofické uvažovanie smeruje k záverom. Pojmom *prístup* rozumieme *jednotiaci princíp uvažovania* (označenie problému, definovanie pojmového aparátu, výber metód, atď.), hľadisko, z ktorého sa daná problematika nazerá.

Filozofia ponúka viaceré už stáročia využívané, ale i nové postupy pri riešení problémov. Tieto postupy zjednodušujú štruktúru uvažovania a formujú závery. Metódu možno chápať ako postup, ktorý rozumové uvažovanie vedie k výsledku – záveru. Ide o pomôcku, ktorá sa využíva v procese rozumového uvažovania na zjednodušenie jednotlivých úkonov. Filozofická metóda je špecifická tým, že ide o logický myšlienkový postup, ktorý vedie k záveru – úsudku. Na základe systematického uvažovania použitím niektorého postupu sa logicky vyvodí súd.

Veda, ktorá skúma metódy a prístupy, sa nazýva *metodológia*. *Klasické filozofické metódy* (napr. indukcia, dedukcia, implikácia, atď.) sú predmetom skúmania klasickej výrokovvej *logiky*. *Neklasické filozofické metódy* (hermeneutická, fenomenologická, dialektická, atď.) sú predmetom skúmania neklasických logík.

Mnohé metódy a prístupy využívajú najrôznejšie vedné disciplíny a často aplikujú viaceré z nich naraz v primeranej kombinácii a následnosti. Dôsledný výber jednotlivých postupov, ich kombinácia a časová následnosť sa priamo odráža v záveroch rozumového uvažovania.

V tejto časti Terminologického slovníčka uvádzame zoznam najznámejších, základných filozofických METÓD a ich stručnú charakteristiku. V nasledujúcej časti slovníčka podobným spôsobom predstavíme niektoré vybrané filozofické PRÍSTUPY.

Niektoré vybrané FILOZOFICKÉ METÓDY

V nasledujúcom zozname uvádzame stručnú charakteristiku najznámejších filozofických metód. Zoradili sme ich od jednoduchších k zložitejším.

Indukcia [postup objasňovania od jednotlivého k všeobecnému; získanie poznania celku prostredníctvom postupného vymedzenia jeho jednotlivých častí]

Dedukcia [postup objasňovania od všeobecného k jednotlivému na základe princípu účasti; na základe poznania celku postupuje ku detailnejšiemu poznaniu jeho jednotlivých častí]

Abdukcia [postup objasňovania prípadu z výsledku a podľa vybraného pravidla pri akejkoľvek tvorbe hypotéz; Rozširuje poznanie vytváraním nových ideí a umožňuje tak vznik nových vedeckých koncepcií.]

Analýza [rozbor; postup objasňovania skúmaného

problému (tézy, hypotézy) so zámerným poznávaním a objasňovaním uvažovania, ktoré viedlo k pôvodnej formulácii, s cieľom získať dostatok informácií a vymedziť novú formuláciu.]

Syntéza [súhrn; formulácia záverov (téz, prípadne hypotéz) na základe predchádzajúcej analýzy dostupných informácií.]

Komparácia [porovnávanie; všeobecná operácia myslenia, ktorá vyúsťuje do zistenia, či sú dva predmety alebo javy rovnaké (totožné), podobné alebo odlišné. Ten istý jav môže byť z istého hľadiska podobný, ale z iného hľadiska odlišný, preto si treba uvedomiť (a v komunikácii upresniť) hľadisko, z ktorého sa porovnávanie uskutočňuje.]

Implikácia [vyplývanie; postup systematického odvodzovania pravdivosti systému zo základnej vety]

Verifikácia [overovanie, či je teória pravdivá; postup, ktorého výsledkom je zistenie, že skúmaný výrok je pravdivý]

Falzifikácia [overovanie, či je teória nepravdivá; postup overovania pravdivosti výrokov, teoretických tvrdení prostredníctvom konfrontácie s poznatkami empirických vied, kedy stačí nepravdivosť jednej tézy, aby celá teória nebola pravdivá;]

Negácia [popretie pravdivosti; postup dokazovania nepravdivosti výrokov]

Tautológia [vysvetľovanie v kruhu; spôsob vysvetľovania, kedy sa to isté vysvetľuje tým istým]

Filozofický experiment [získovanie a overovanie príčinných vzťahov medzi javmi, ktoré spočíva v manipulácii s premennými v prísne kontrolovaných podmienkach; zisťuje sa účinok premenných na javy zámerne vyvolané experimentátorom. Pod premennou sa vo všeobecnosti myslí taká vlastnosť, ktorá môže nadobúdať rôzne hodnoty (kvantitatívne, kvalitatívne); zjednodušene „pokus s myšlienkami“.]

Heuristická metóda [kombinácia analýzy a syntézy, pričom analýza predstavuje rozklad problému alebo zložitého objektu skúmania na jeho najmenšie, intuitívne rozoznateľné súčasti a syntéza ho rekonštruje pomocou prísne logických operácií.]

Karteziánska skepsa [epistemologická metóda (tzn. založená na poznávaní rozumom; epistémé (gr.) poznanie) postupného deduktívneho spochybňovania, a to od všeobecných princípov, pojmov k základným princípom a pojmom.]

Metodická skepsa [dôsledná aplikácia karteziánskej skepsy vo výskume dodržaním 4 jednoduchých pravidiel: 1. Akceptuj iba tú pravdu, ktorá je nespochybiteľná. 2. Rozdeľ si každú otázku na jednoduché podotázky. 3. Začni s jednoduchším problémom a postupne prejdí ku komplexnejším riešeniam. 4. Dostatočne často zreviduj a over dosiahnuté výsledky uvažovania. (pozn. Karteziánska a metodická skepsa, založená kvázi na matematickej procedúre na získanie poznania, je typická pre racionalistický prístup k poznávaniu v *epistemológii* (vede o poznaní). Zakladateľom je Descartes (1596 – 1650)]

Hermeneutická metóda [postup vysvetľovania, výkladu textov, náuk, udalostí, faktov na základe tzv. *hermeneutického kruhu* (stredom je skúmaný jav, kružnicou rôzne uhly pohľadu). Vedľa procesu *interpretácie* (výklad významu, podstaty, príčiny, podmienok a spôsobu existencie nejakého javu), ktorý sleduje správne pochopenie textu v zmysle priradenia správnych významov lexikálnym jednotkám cudzojazyčného textu, táto metóda zahŕňa aj proces *exegézy* (textovokritickej alebo významovej interpretácie literárneho diela, ktorá na jednej strane spočíva vo faktickom historickom poučení, a na druhej v porovnaní rôznych miest spisu, ktoré môžu prispieť k poučeniu o danom mieste v texte alebo k jeho hlbšiemu porozumeniu).]

Fenomenologická metóda [postup, kde sa dôsledne aplikuje tzv. *eidetická redukcia* (myšlienková operácia, ktorej cieľom je identifikovať čistú podstatu objektov pri vylúčení všetkých empirických prvkov týchto objektov formou „uzátvorkovania“, tzn. poznávať veci tak, ako naozaj sú, a nie ako si myslíme, že sú. (Husserl 1859 - 1938)); Na rozdiel od karteziánskej skepsy, fenomenológia hľadá nejaký pevný bod objektívneho charakteru - tzn. *fenoména* (podstata veci; to, čo je predtým, ako to začneme pozorovať a vytvárať si svoj názor; pred predsudkami tvorenými skúsenosťou), na ktorom by sa mohlo ukotviť poznanie. *Fenomenologickou redukciou* rozumieme upustenie od prirodzeného postoja, v ktorom vnímame svet ako niečo, o čom môžeme vynášať pozitívne, objektívne platné sudy a čo je nám takto vopred dané ako fakt. Oproti prirodzenému postojom Husserl stavia fenomenologický postoj, prostredníctvom ktorého sa svet vníma ako svet novej skúsenosti, ako niečo poznávané. Filozofia (eidetická veda) sa líši od empirických vied založených na faktických poznatkoch tým, že skúma fenomény, tzn. esenciálnu podstatu.]

Dialektická metóda [poznáme viacero verzí: 1. postup, v ktorom sa kladením otázok ako odpovedí dospieva k pravde (antika; metóda je dnes známa pod prezývku „Sokratova metóda“); 2. postup objasňovania javov a vecí, ktorý smeroval od objasnenia tézy cez antitézu k syntéze (Hegel 1770 - 1831); 3. postup, kde všetko skúmané sa vníma v stave pohybu a zmeny a zároveň sa zohľadňujú súvislosti a vnútorná protirečivosť vecí (marxizmus).]

Diachronická metóda [postup poznávania javu v čase, so zameraním sa na jeho dejiny a dejinné premeny. Jav sa skúma a opisuje z historického hľadiska. Teoretickým základom je predpoklad, že pre vysvetlenie príčiny javu nestačí opísať súčasný, pozorovaný jav, ale treba skúmať stav pred začiatkom tohto javu, resp. stav, v ktorom skúmaný jav ešte neexistoval.]

Kenotická metóda [postup, ktorý si vyžaduje akt seba-vzdania (*kenosis*), kde dochádza k odosobneniu sa od aktuálne formovaného myslenia s cieľom prijatia obsahov, ktoré ho presahujú a ku ktorým sa toto myslenie nie je schopné samo od seba dopracovať. Pritom nejde len o obsahy získavané od druhých v dialógu, ale aj o obsahy presahujúce všetkých účastníkov dialógu a pochádzajúce z *transcendentného* (presahujúceho ľudskú skúsenostnú chápanosť) živého *tajomstva*. *Kenosis* je podmienkou možnosti princípu otvorenosti myslenia, ktorý umožňuje racionálnu objektívnu analýzu bez emocionálnych subjektívnych prvkov. V praxi tzv. *pomáhajúcich profesií* (ošetrovatelstvo, sociálna práca, atď.) sa kenotická metóda využíva pri konfrontácii s problémovými skupinami ľudí, ktorí vzbudzujú odpor (napr. páchnuci bezdomovci priamo z ulice, podnapití, alebo pod vplyvom drog). Slúži aj ako nástroj zvládania vlastnej prirodzenosti pri zabezpečovaní profesionálnej starostlivosti o človeka v jej rôznych podobách (sociálna starostlivosť; prvá pomoc; asistenčné služby a pod.)]

Konstruktívna metóda [spôsob deduktívneho budovania vedeckých teórií, ktorý spočíva v postupnom „zostrojovaní“ (myšlienkovvej projekcii) objektov, skúmaných vo formálnom systéme, ako aj tvrdení o nich.]

Metóda rozkladu významu na totožné a rozličné [postup, ktorým sa prekonáva spor; postup kultivácie stanovísk, kedy sa hľadá totožné a rozličné v zadaných sporných významových útvaroch. Kultivačný efekt metódy rozkladu spočíva v tom, že sporvedúce stránky si uvedomia, že tam, kde zastávajú spoločné významové útvary, niet medzi nimi sporu, a tam, kde zastávajú odlišné významové útvary, hovorí každý o inom, takže k sporu nedochádza.]

Hypoteticko-deduktívna metóda [postup, pri ktorom

sa určité tvdenia prijímajú ako východiskové hypotézy a overujú sa takým spôsobom, že sa z nich a z ostatných už známych poznatkov vyvodzujú závery, ktoré sa konfrontujú s dostupnými faktami.]

Štatistická metóda [postup, kde sa podľa vybraného kritéria zaznamená a zozbiera materiál, ktorý sa potom posúdi (analýzy) a vyhodnotí (syntézy) na základe princípu pravdepodobnosti. Výsledkom je štatistický súbor s určitou výpovednou hodnotou.]

Synchronická metóda [postup výberu výskumných materiálov z rôznych oblastí, ktoré sa porovnávajú bez ohľadu na čas (ich vzniku, pôsobenia, dosahu, zániku). *Komparatika* je veda, ktorá sa zaoberá zosynchronizovaním metód, postupov, udalostí, javov a pod.]

Synkretická metóda [postup zmiešania rôznorodých prvkov, smerov, myšlienok, ktorým sa zámerne docieľi ich splynutie, prekryvanie, stotožnenie, skríženie do na prvý pohľad jednotného homogénneho celku. Príkladom aplikácie tejto metódy v minulosti môže byť helenizmus, manicheizmus; a v súčasnosti napr. tzv. „komunizmus s ľudskou tvárou“;]

Synkritická metóda [postup porovnávania ľubovoľných predmetov výskumu (javov, teórií, filozofických systémov, hypotéz, atď.), pričom ich spojenie by malo ostať zachované a zároveň by nemalo dôjsť k ich porušeniu alebo zmene; synkriticizmus sa teda neusiluje o ich syntézu (spojenie) alebo toleranciu (znášanlivosť), ale skôr o ich *konkordancia* (vzájomnosť v láske).]

Literatúra

1. Otvorená filozofická encyklopédia FILIT. Dňa 5. januára 2009 dostupná z <http://ii.fmph.uniba.sk/~filit/fil/fil.html> 2. Glasová, K.: Filozofia ako nástroj. IN: Glasová, K.: Filozofia v praxi sociálneho pracovníka. Bratislava, VŠ sv Alžbety, 2008, 116s., str. 14 - 18. 3. Brugger, W.: Filozofický slovník. Praha, Naše vojsko, 1994, 640s. 4. Cryan, D., Shatil, S., Mayblin, B.: Logika. Praha, Portál, 2003, 180s.

Mgr. Katarína Glasová, PhD.
ÚMEB n. f., Bratislava

STAVBA SA SAMA ZRÚTI, AK SA PODKOPÚ ZÁKLADY¹

„Už pred niekoľkými rokmi som spozoroval, koľko nepravdy som v detstve pripúšťal ako pravdu a aké pochybné je azda všetko, čo som na tom neskôr vybudoval, a preto raz v živote musím všetko dôkladne vyvrátiť a znovu začať od najhlbších základov, ak chcem vo vedách vybudovať niečo pevné a trvalé. Zdalo sa mi to však nesmiernou úlohou, a tak som čakal na vek života, ktorý by bol natoľko zrelý, že by už po ňom nemohol nasledovať spôsobitejšie pre chápanie vied. Preto som dlho váhal, takže nakoniec by som sa bol dopustil viny, keby som čas, ktorý mi ostáva na dielo, bol strávil iba rozhodovaním. Dnešného dňa som sa teda šťastne zbavil všetkých starostí a našiel si nerušený voľný čas. Odchádzam sám do ústrania. S vážnosťou a slobodne sa budem venovať všeobecnému vyvracaniu svojich názorov.“

Pre spomenutý cieľ však nebude potrebné ukázať, že všetky moje názory sú klamné; to by som azda nikdy nedosiahol. Na zavrnutie všetkých postačí, ak v každom z nich nájdeme niečo pochybné, pretože nás už zdravý rozum presvedča, že sa tak isto treba zdržať súhlasu s tým, čo nie je celkom isté a nepochybné, ako aj s tým, čo je klamné. Teda nebudeme musieť o všetkom jednotlivito uvažovať, to by bola nekonečná práca: zaútočím hneď na samotné princípy, o ktoré sa všetko opieralo, čo som kedysi veril, pretože stavba sa sama zrúti, ak sa podkopú základy.“

¹ Descartes, R.: Prvá meditácia: O veciach, o ktorých možno pochybovať. (str. 21) IN: Descartes, R.: Meditácie. Bratislava, Chronos, 1997, 95s.

STRUČNÝ PREHLAD BIOMEDICÍNSKEJ ETIKY PRE PRACOVNÍKOV VO VEREJNOM ZDRAVOTNÍCTVE

Jozef Glasa

Ústav farmakológie a klinickej farmakológie Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave; Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f.; Bratislava, Slovenská republika

1. Úvod

Verejné zdravotníctvo (Tab. 1) v Slovenskej republike i vo svete funguje v právnom a etickom priestore, ktorý je spoločný pre všetky medicínske odbory a celý systém zdravotníctva na území daného štátu alebo spoločenstva štátov zdieľajúcich podobné alebo tie isté právne a etické princípy a hodnoty (napr. Európska únia).

Tab. 1 Charakteristika verejného zdravotníctva ako špecializačného odboru

Verejné zdravotníctvo* je medicínsky odbor zameraný na ochranu a zlepšovanie zdravia ľudí prostredníctvom stratégií prevencie chorôb, výskumu vplyvu prostredia a spôsobu života na zdravie ľudí, podpory zdravia a výchovy k zdraviu. Vyžaduje znalosť a aplikáciu multidisciplinárnych a interdisciplinárnych populačne podložených a orientovaných metód výskumu, výučby, služieb a praktickej realizácie rôznych vedných zdravotníckych a nezdravotníckych disciplín. Sú to: biológia, chémia, biofyzika, medicína (hygiena, epidemiológia, lekárska mikrobiológia, environmentálne zdravie, pracovné lekárstvo, sociálne lekárstvo, výchova k zdraviu, preventívne orientované časti klinických odborov), sociológia, bioštatistika, informatika, ošetrovateľstvo, ekonómia verejného sektoru, manažment, právo vo verejnom zdravotníctve. Verejné zdravotníctvo je charakterizované interdisciplinárnym prístupom, ktorý je orientovaný na telesné, duševné a environmentálne aspekty zdravia komúnit a populácie. Zameriava sa hlavne na prevenciu chorôb a úrazov v populácii za účelom zlepšenia kvality života cieľovej populácie, poskytovanie zdravotných služieb a ich kvalitu, hodnotenie zdravotných rizík a na ich kontrolu a prevenciu.

* Špecializačný študijný program pre špecializačný odbor Verejné zdravotníctvo v A kategórii – lekár (dostupné (máj 2009) na: http://www.szu.sk/priloha4.html/565290/1/priloha_4.pdf).

1ⁱEdičná poznámka: Pôvodný text vznikol na žiadosť vedenia Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave v roku 2006 ako úvodná kapitola plánovanej celoštátnej postgraduálnej učebnice verejného zdravotníctva. Nakoľko vydanie uvedenej učebnice sa neuskutočnilo, ako aj vzhľadom na opakované požiadavky na spísanie stručného prehľadu bioetickej problematiky pre pracovníkov a študujúcich v odbore verejné zdravotníctvo, rozhodli sme sa čiastočne prepracovaný a aktualizovaný text uverejniť v našom časopise v rámci rubriky venovanej prehľadom určeným pre rýchlu orientáciu v praxi. Z tohto dôvodu sme obmedzili zoznam použitej literatúry a v závere textu sme ponechali aj pôvodné príklady určené na samostatné uvažovanie.

Práca špecialistu vo verejnom zdravotníctve sa riadi tými istými právnymi a etickými princípmi, ktoré platia aj pre iné medicínske - zdravotnícke odbory a fungovanie daného zdravotníckeho systému. Od odborníka vo verejnom zdravotníctve sa dnes očakávajú aj vedomosti, ktoré presahujú tradičný rámec jeho odbornosti. Musí byť patrične vzdelaný v jej vedeckom, technickom a technologickom i etickom kompartmente. Musí poznať a predvídať sociálne dopady svojho profesionálneho konania. Potreba, aby pracovník vo verejnom zdravotníctve bol hlboko zakorenený v etike svojej disciplíny, sa nikdy neukazovala jasnejšie.

V tomto stručnom prehľade pripomenieme základné etické pojmy, princípy a normy, ktoré sú dôležité pre výkon zdravotníckych povolání a fungovanie zdravotníckeho systému, pričom na vhodných miestach poukážeme na určité špecifiká, alebo na tie etické (morálne) problémy, s ktorými sa pracovníci vo verejnom zdravotníctve vo svojej praxi častejšie stretávajú. Zároveň, kde to bude potrebné, poukážeme aj na situáciu a riešenie daného problému v podmienkach Slovenskej republiky.

2. Etika v histórii medicíny a zdravotníctva, jej význam na počiatku 21. storočia

Etika ako filozofická disciplína sa rozvíjala od úsvitu ľudskej vzdelanosti a bola stálou súčasťou intelektuálneho zápasu človeka o pochopenie seba samého, svojej identity, zmyslu, poslania a konečného určenia v rámci každého individuálneho životného príbehu i celých dejín ľudskej civilizácie. Riešenie morálnych problémov obsahujú už najstaršie zachované mýty, či najrôznejšie literárne pamiatky náboženského i sekulárneho charakteru, ako aj zlomky diel starovekých filozofov, ktorí sa usilovali osvetliť podstatu vecí, človeka i života – a najmä, hľadať odpoveď na odvekú túžbu človeka po životnom šťastí a naplnení. Etika ako veda o dobrom, šťastnom živote jednotlivca a ľudskej spoločnosti kráča dejinami ľudstva až po naše časy.

Vznik medicíny – a jej oddelenie od iných ľudských činností a úloh v spoločnosti sa najčastejšie spája s vytvorením určitého súboru mravných predpisov, ktorých poznanie a dodržiavanie sa stalo určujúcim znakom, nezameniteľnou charakteristikou nositeľov lekárskeho povolania, spolu s 'exkluzívnym' súhrnom dobovo podmieneného poznania a praktických skúseností a zručností, ktoré umožňovali „zasväteným“ rozpoznať, a niekedy aj liečiť choroby a zranenia svojich súčasníkov. Etika sa preto právom považuje za konštitutívnu (základnú, určujúcu) súčasť medicíny a zdravotnej starostlivosti – a je aj v súčasnosti zásadným predpokladom pre uznanie práva na výkon lekárskeho (zdravotníckeho) povolania ako výrazu dôvery spoločnosti v požadované odborné a mravné kvality lekára (zdravotníka) („odborná a etická spôsobilosť“).

Rozvoj medicínskej etiky je spojený s menami slávnych predstaviteľov lekárskeho povolania od staroveku až po súčasnosť. Od starobylej prísahy lekára, pripisovanej starogréckemu „otcovi medicíny“ – Hippokratovi (460 – 377 pred n. l.), zlomkov babylonského zákonníka Chammurapiho (1792 – 1750 pred n. l.), textov dotýkajúcich sa lekárskej etiky v dielach Galena (129 – 199), Avicenu (980 – 1037), Mosesa Maimonidesa (1135/8 – 1204), Paracelsa (1493 – 1541), Ambroisa Parého (1510 – 1590), Thomasa Percivala (1740 – 1804), a mnohých iných – dostávajú sa k súčasnému lekárske etickým kódexom a etickým smerniciam pre rozličné oblasti dnešnej medicíny. Medzi najvýznamnejšie z nich patria dokumenty vydávané Svetovou asociáciou lekárov (angl. *World Medical Association* – WMA), Svetovou zdravotníckou organizáciou (angl. *World Health Organization* – WHO), Radou Európy, Európskou komisiou, ako aj inými významnými medzinárodnými organizáciami a inštitúciami

mi (napr. *CIOMS, UNESCO, Public Health Leadership Society - PHLs*) (Tab. 2).

Tab. 2 Významné kódexy a smernice biomedicínskej etiky (výber)

Medzinárodné

- Hippokratova prisaha (5 stor. pred n.l.)
- Ženevská deklarácia (WMA, 1948, 1994, 2006) moderná verzia Hippokratovej prisahy
- Medzinárodný kódex lekárskej etiky (WMA, 1949, 1983, 2006)
- Helsinská deklarácia - Etické smernice pre lekárov vykonávajúcich biomedicínsky výskum (WMA, 1964, ..., 2008)
- Medzinárodné smernice pre etické posudzovanie epidemiologických štúdií (*CIOMS; 1991*) Medzinárodné etické smernice pre biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov (*CIOMS, WHO; 1982, 1993, 2002*)
- Všeobecná deklarácia o ľudskom genóme a ľudských právach (*UNESCO, 1997*)
- Medzinárodný dohovor o ľudských právach a biomedicíne (*Rada Európy, Oviedo 1997*) a dodatkové protokoly (o zákaze klonovania človeka (1998), o transplantáciách (2003), o biomedicínskom výskume (2005), o genetických testoch na zdravotné účely (2008))
- Etický kódex verejného zdravotníctva (*Public Health Leadership Society (PHLS), 2002*)

Slovenská republika

- Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory (1992, 1993, 1996, 1998)
- Etický kódex sestry (Príloha č. 1 k zákonu č. 311/2002 Z. z.)
- Etický kódex zdravotníckeho pracovníka (2004; Príloha č. 4 zákona č. 578/2004 Z. z.)

Vysvetlenie skratiek pozri v texte.

Význam etických problémov v medicíne a zdravotníctve počiatku 21. storočia má narastajúci trend. Súvisí s rýchlym, až revolučným napredovaním biomedicínskych vied a prienikom najmodernejších biologických a informačných technológií a prístrojovej techniky nevidaného výkonu a možností až priamo k lôžku pacienta. V situácii exponenciálne narastajúcej efektívnosti moderných diagnostických a liečebných metód, s príchodom analýzy a možností ovplyvňovania celulárnych, molekulárnych, ba postupne i genetických mechanizmov chorôb, ktoré však sú neraz spojené s dosiaľ nepredstaviteľnými zdravotnými a sociálnymi rizikami - prichádzajú na rad aj otázky o oprávnenosti aplikácie týchto nových poznatkov a postupov u človeka. A tiež o ich dostupnosti a spravodlivom využití - vzhľadom na výrazné sociálne nerovnosti súčasných ľudských spoločností a objektívne obmedzené zdroje na potrebnú resp. 'základnú' zdravotnú starostlivosť. Riešenie týchto problémov je sťažené chýbaním jednotnej mravnej platformy, ktorá by umožňovala konsenzuálny (súhlasný) postup a prijatie spoločného riešenia v celoeurópskom, prípadne v globálnom kontexte (napr. neschopnosť členských štátov OSN dohodnúť sa o jednotnom postupe v otázke ľudského klonovania (debata 2002-2004)).

3. Základné pojmy a princípy biomedicínskej etiky

Morálka (mravnosť) - možno definovať ako súhrn postojov a názorov daného človeka, určitej ľudskej skupiny, prípadne celej spoločnosti na morálnu (mravnú) hodnotu konkrétneho ľudského konania (správania), t.j. na to, či dané konanie alebo správanie je morálne dobré -

alebo zlé, prípadne morálne správne, či nesprávne. Niekedy hovoríme o *morálnom* (mravnom) *vedomí*.

Morálka v danej spoločnosti alebo ľudskej skupine (rodina, firma, etnická, či národnostná skupina, národ, štát) významne ovplyvňuje konanie (správanie) jednotlivcov i skupín. Mechanizmus, ktorým sa v danej spoločnosti, či skupine 'vynucuje' morálne dobré (správne, žiaduce) konanie alebo správanie je morálne (mravné) uznanie alebo morálne odsúdenie.

Schopnosť jednotlivého človeka rozlišovať a vnútorne hodnotiť morálnu hodnotu svojich skutkov sa nazýva *svedomie*. Konanie v súlade so svedomím je predpokladom morálnej integrity daného človeka. Život v súlade s vlastným svedomím sa odpradáva (hoci vychádzajúc z rôznych a filozofických predpokladov) považoval za jednu z podmienok šťastného života.

Etika je filozofická disciplína, ktorá systematicky študuje morálnu (mravnú) stránku ľudského konania. Ide o „teóriu morálky“. Usiluje sa definovať *etické pojmy* (kategórie), hľadať medzi nimi logické súvislosti (*etické princípy, normy*) a umožniť systematické etické hodnotenie ľudského konania a správania (*etické teórie*) a jeho prípadné usmernenie na základe logicky formulovaných a usporiadaných dôvodov (*argumentov*).

Od etiky je potrebné odlišiť **etiketu**, t.j. súhrn zaužívaných pravidiel formálneho správania a konania v určitom prostredí, napr. lekárska etiketa.

Zameraním etickej analýzy na problémy určitej oblasti ľudskej činnosti sa v rámci etiky rozvinuli rozličné tzv. **aplikované etiky**. Pre oblasť medicíny a zdravotníctva majú význam najmä *medicínska etika* (etické problémy medicíny), *etika zdravotníctva* (etické aspekty rôznych zdravotníckych systémov), vrátane etiky verejného zdravotníctva, *etika zdravotníckych profesií* - napr. lekárska etika, etika ošetrovateľstva, etika farmaceuta a pod., a tiež analýza etických problémov jednotlivých medicínskych resp. zdravotníckych disciplín (napr. etika vo vnútornom lekárstve, gynekológii a pôrodnictve, chirurgii, etické problémy v gastroenterológii a pod.).

Ako **bioetika** (biomedicínska etika) sa zvyčajne označuje etická analýza a snaha o riešenie najnovších etických problémov, ktoré prináša aktuálny vedecký a technologický pokrok biologických a medicínskych vied a možné aplikácie jeho výsledkov u človeka. Niekedy sa sem zahŕňa i etická problematika životného prostredia (*environmentálna etika*), alebo aj všetky etické problémy vo vzťahu človeka a živej prírody („etika života“). V tomto širšom chápaní bioetika v sebe obsahuje aj všetky vyššie spomínané špecializované oblasti etickej analýzy problémov v medicíne, zdravotnej starostlivosti a biomedicínskom výskume. Bioetika je charakteristická zahrnutím najrozličnejších vedeckých disciplín, ba i 'laikov' (t.j. osôb bez formálneho vzdelania v danej oblasti) do dialógu o konkrétnom etickom probléme (*interdisciplinárny prístup*).

Od svojho vzniku v USA v 60-ych rokoch 20. storočia si bioetika celosvetovo vydobyla významné postavenie a dala vznik veľkému počtu inštitúcií, ktoré možno považovať za centrá jej rozvíjania i aplikácie. Ide napr. o bioetické ústavy a centrá v univerzitnom prostredí a o etické komisie, ktoré vznikli v zdravotníckych zariadeniach a výskumných inštitúciách (*inštitucionalizácia bioetiky*). V európskom kontexte bioetika nadviazala na bohaté tradície filozofickej etiky a morálnej teológie. Inštitúcie bioetiky významným spôsobom zasahujú do spoločenského diskurzu o nových bioetických problémoch, čo má v konečnom dôsledku významný vplyv na obsah legislatívnych noriem, ktoré upravujú tieto nové oblasti (napr. problém klonovania, genetického výskumu a terapie, bunkovej liečby, biobáň, asistovanej reprodukcie človeka atď.). Na Slovensku sa bioetika intenzívnejšie začala rozvíjať v rámci politických a kultúrnych zmien, ktoré u nás nastúpili po tzv. Nežnej revolúcii (november 1989).

Novším pojmom je **klinická bioetika**, ktorá sa zameriava na riešenie konkrétnych etických problémov klinickej praxe. Ide predovšetkým o situácie, pri ktorých rozhodovanie lekára, tímu zdravotníckych pracovníkov, ale i pacienta a jeho príbuzných je v danej situácii zásadne podmienené hodnotovými (etickými) hľadiskami, t.j. uvažované konanie (napr. vykonanie určitého medicínsky oprávneného (indikovaného) diagnostického alebo liečebného výkonu je niektorými zo zúčastnených osôb považované za morálne (eticky) nesprávne (zlé, neprípustné), kým inými za mravne odôvodnené (dobré, žiaduce) – napr. vykonanie amputácie, umelého potratu; podanie transfúzie krvi u dieťaťa z rodiny hlásiacej sa k náboženskej spoločnosti Svedkov Jehovových a pod.).

V priebehu dejín sa vo filozofii vypracovalo mnoho etických systémov. Jednotlivé **etické teórie**, prípadne odlišné modely etického uvažovania (etickej analýzy) zvyčajne vychádzajú z odlišných základných predpokladov a nezriedka vo svojich záveroch dospievajú k odlišným, niekedy až protichodným stanoviskám (**etický pluralizmus**).

Situácia, v ktorej stoja proti sebe dve (alebo viaceré) možnosti protichodného konania – a pre ktoré sa súčasne ponúkajú zdanlivo rovnako oprávnené, ale protichodné etické (morálne) argumenty, sa nazýva **etická (morálna) dilema**.

Kľúčovým hľadiskom, východiskom konkrétnej etickej analýzy je pohľad daného filozofického systému na človeka – na definovanie jeho podstaty, poslania a konečného určenia (*antropológia*). Odlišné **antropologické chápanie** (napr. človek ako púhy živočích verzus človek ako telesno-duchovná bytosť s transcendentálnym rozmerom a určením) zásadne podmieňuje odlišnosti vo východiskách, argumentácii, aj v záveroch etickej analýzy. Nevýhodou takéhoto 'demokratického' prístupu k riešeniu etických problémov – a chýbanie spoločného antropologického základu pre prácu humanitných vied, sú veľké ťažkosti pri dosiahnutí riešenia daného etického problému v konkrétnej, názorovo nehomogénnej, pluralitnej spoločnosti.

Túto situáciu sa snaží riešiť napr. *diskurzívna etika* (Jürgen Habermas, nar. 1929), ktorá stavia na spravodlivom, vyváženom dialógu všetkých názorových pozícií. Predpokladá možnosť a usiluje sa o dosiahnutie **konsenzu**, t.j. súhlasu všetkých zúčastnených stránok diskurzu, ktoré sa zároveň predkladá ako ideál riešenia etického problému vo všeobecnosti.

V praxi však častejšou situáciou býva úsilie o dosiahnutie **kompromisu**, t.j. spoločného stanoviska, ku ktorému sa dospelo tak, že všetky zúčastnené strany do istej miery modifikovali svoje pôvodné pozície.

Zvyčajne najmenej hodnotné z hľadiska riešenia daného etického problému je rozhodnutie získané pomocou **hlasovania**, nakoľko tu hrozí najväčšie riziko 'prehlasovania' – a teda odmietnutia eticky hodnotnejšieho názoru (ktorý v danej skupine hlasujúcich osôb práve nemá dostatočnú 'číselnú' podporu). Uvedené problémy sa priamo dotýkajú práce *etických komisií*, ktoré sa zriaďujú na pomoc pri riešení etických problémov klinickej praxe a na posudzovanie etickej (aj vedeckej) akceptovateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu (vrátane protokolov klinického skúšania liečiv).

4. Aktuálne modely etického uvažovania

V stručnosti spomenieme najaktuálnejšie **modely etického uvažovania**, ktorých poznanie je nevyhnutné pre porozumenie argumentácie v etických debatách súčasnosti. V nich sa totiž nezriedka „celkom logicky“ argumentuje v prospech úplne protichodných etických stanovísk (v detailoch odkazujeme na príslušnú odbornú literatúru).

Medzi najznámejšie a stále aktuálne modely etického

uvažovania patrí **deontologický model**, ktorý pri etickom hodnotení daného konania zdôrazňuje hľadisko povinnosti. („Čo je v tejto situácii povinnosťou lekára, zdravotníka – v prvom rade voči pacientovi, ale aj voči kolegom, príbuzným pacienta, voči sebe samému, či voči spoločnosti ako celku?“) V histórii medicíny sa vypracovali viaceré súhrny etických požiadaviek vo vzťahu k výkonu zdravotníckych povolání, najmä povolania lekára a sestry (*deontologické kódexy*, príklady sú uvedené v Tab. 2). Deontologický model zvyčajne zdôrazňuje etickú (mravnú) hodnotu skutkov ako takých: dobrý (eticky akceptovateľný) je len taký skutok, také konanie, ktorého cieľ i prostriedky na jeho dosiahnutie sú dobré (správne) (napr. získanie orgánu na transplantáciu zákonným spôsobom).

Utilitaristický model, niekedy v priamom protiklade voči predchádzajúcemu, zdôrazňuje pri etickom hodnotení konania etickú hodnotu jeho dôsledkov (tzv. *konzekvencializmus*), resp. jeho účelu (lat. *utilitas* – *užitočnosť*). Požiadavkou utilitarizmu je dosiahnutie „maximálneho súhrnu dobra pre maximálny počet osôb“ (tzv. *utilitaristický kalkúl*). Tento model sa veľmi často uplatňuje napr. pri posudzovaní opatrení verejnej zdravotnej politiky (napr. prijímanie alebo zamietnutie určitého zdravotníckeho programu, napr. plošného očkovania novorodencov proti vírusu hepatitídy B). Nevýhodou, resp. slabou stránkou tohto modelu je, že nezriedka zanedbáva hľadisko jednotlivca a niekedy môže viesť až k morálnemu relativizmu („účel svätí prostriedky“), t.j. k situácii, kedy sú akoby správne akékoľvek morálne stanoviská a závery, resp. jedinou morálnou normou je subjektívne hodnotenie daného jednotlivca (tzv. *morálny subjektivismus*).

Model vychádzajúci z tzv. **etiky cnosti** si všima vplyv daného konania na človeka, ktorý sa preň rozhoduje. („Akým človekom – lepším (cnostnejším), či horším – budem po vykonaní toho, či onoho skutku?“ Napr. malou krádežou sa stávam viac zlodejom, kým pestovaním 'cnosti spravodlivosti' sa stávam spravodlivejším človekom.) Model predpokladá, že cnostný život človeka je predpokladom individuálne (i kolektívne) šťastnejšieho, naplneného života, než je tomu v opačnom prípade. Do istej miery podobný je **personalistický model** (lat. *persona* – *osoba*), ktorý si všima vplyv daného skutku, či konania na individuálny rozvoj danej osoby, a to v súlade s jej životným cieľom a poslaním. („Budem po vykonaní tohto skutku viac (rozvinutejšou, zrelšou) osobou; viac sám sebou; viac tým, ktorým (ktorou) mám byť – alebo nie?“)

Pomerne populárnym modelom sa od 60 až 70-ych rokov 20. storočia stal model vychádzajúci z **etiky ľudských práv** (*právo* – nárok alebo záujem takého významu, že si vyžaduje uznanie a naplnenie zo strany spoločnosti; uznanie daného práva si vyžaduje prevzatie konkrétnej povinnosti na naplnenie; ak v prípade deklarovaného práva nie je definovaná zodpovedajúca povinnosť, takéto právo je prázdne, resp. chýba jeho skutočný zmysel). Tento model zohral významnú úlohu aj pri presadzovaní demokratických zmien po II. svetovej vojne a pri rozpade totalitných režimov 20. storočia. Jeho vyjadrením sú predovšetkým *Medzinárodná deklarácia ľudských práv a občianskych slobôd* (OSN, 1948) a *Európsky dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd* (Rada Európy, 1950). Základom akýchkoľvek práv človeka je **princíp rešpektovania ľudskej osoby a jej dôstojnosti**, ktorá je daná samotnou príslušnosťou ľudského jedinca k ľudskému rodu, t.j. skutočnosťou, že je človekom. Nakoľko „všetci ľudia sa rodia rovní vo svojej dôstojnosti a právach“, je zásadnou úlohou ľudskej spoločnosti i štátu zabezpečiť plné rešpektovanie a napĺňanie tzv. *prírodných ľudských práv* (bližšie pozri text deklarácie).

V oblasti medicíny a zdravotníctva sa tento prístup uplatnil pri formulovaní a presadzovaní **práv pacientov** (vyjadrené napr. v *Lisabonskej deklarácii práv pacientov*

Svetovej asociácie lekárov (WMA; 1981, 1995) a v *Deklarácii práv pacientov v Európe* vypracovanej Európskou úradovňou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO; 1994). V Slovenskej republike (SR) sa v nadväznosti na uvedené dokumenty vypracovala a prijala *Charta práv pacientov v SR* (2001). Práva pacientov boli formulované aj v slovenskej zdravotníckej legislatíve (novšie najmä zákon č. 277/1994 Z. z., nahradený zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (§ 11)).

Model tzv. **prípadovej analýzy** porovnáva aktuálne riešený etický problém s postupom a výsledkom riešenia podobného prípadu (tzv. *precedens*) v minulosti.

Jedným z najpopulárnejších prístupov etického uvažovania sa od 80-tych rokov 20. storočia stal princípalizmus (Childress a Beauchamp; 1984, 2008). Usiluje sa o etické hodnotenie daného prípadu pomocou 4 tzv. prima facie princípov (t.j. princípov, ktoré sú spoločné a zrejme všetkým účastníkom etického diskurzu bez potreby zvláštneho dokazovania). Ide o princíp dobročinnosti (beneficiencie), neškodnosti (non-maleficiencie), autonómie (svojbytnosti) a spravodlivosti. K záveru etického hodnotenia dospievame na základe zisťovania súladu alebo nesúladu daného konania s jednotlivými princípmi. Problémom tohoto prístupu je obsahová stránka jednotlivých princípov (otázka čo je v danom prípade dobré, neškodiace, podporujúce autonómiu pacienta, spravodlivé), ktorú autori pôvodne definovali ako "prevažujúci étos danej spoločnosti". V európskom kontexte sa k spomínaným princípom zvyčajne pridávajú aj princíp solidarity, subsidiarity, transparentnosti a opatrnosti (Tab. 3).

Tab. 3 Základné princípy biomedicínskej etiky (európsky pohľad)

Princíp	Požiadavka
dobročinnosti (beneficiencie)	robiť to, čo je dobré (prospešné)
neškodnosti (non-maleficiencie)	nerobiť to, čo iného poškodzuje
autonómie	Rešpektovať schopnosť a možnosť človeka rozhodovať o všetkom, čo sa ho týka
spravodlivosti	konať v súlade so spravodlivosťou, bez nespravodlivej diskriminácie
solidarity	dať zo spoločných dobier primeraný podiel tým, ktorí ich (najviac) potrebujú
subsidiarity	umožniť, aby sa daný problém riešil na čo najnižšej úrovni organizácie (vyššia úroveň organizácie iba dopĺňa to, čo nie je možné vyriešiť na nižšom stupni)
transparentnosti	rozhodovacie procesy vo verejných veciach urobiť verejne známymi a verejne kontrolovateľnými
opatrnosti	v prípade neprimeranej neistoty alebo rizika sa zdržať zamýšľaného konania

5. Etika a právo

Právo predstavuje systém predpisov (ústava, zákony a nadväzujúce podzákonné predpisy a nariadenia) regulujúcich správanie fyzických a právnických osôb v danej spoločnosti. V demokratickej spoločnosti zásadné právne predpisy (ústava a zákony) schvaľuje parlament. Ich dodržiavanie je vynucované a kontrolované štátnou mocou (štátne inštitúcie, polícia, súdy). Určitý právny systém je súčasne aj vyjadrením prevládajúceho „étosu danej spoločnosti“, t.j. početne alebo vplyvom prevládajúceho systému mravných názorov a postojov k veciam

verejného záujmu, upravovaných ústavou a zákonmi daného štátu.

Etika v porovnaní s právom nedisponuje mocenským aparátom, ktorý by priamo vynucoval dodržiavanie určitých etických princípov v praxi. Jej vplyv sa však môže prejaviť v oblasti morálky (mravnosti), ktorá môže isté etické princípy a normy prijať do svojho obsahu. **Morálne vedomie** danej spoločnosti potom mechanizmom *morálneho odsúdenia* alebo *morálneho prijatia* do istej miery vynucuje také konanie alebo správanie, ktoré je považované za morálne dobré (správne, žiaduce). Táto regulácia správania v danej spoločnosti sa považuje za jemnejšiu, „mäkšiu“, ale súčasne pokrýva podstatne širšiu oblasť ľudského konania a správania, než aká môže byť upravená samotnými právnymi predpismi.

Vzťah morálky (etiky) a práva v danej spoločnosti je teda pomerne tesný. V niektorých prípadoch sa môžu právo a etika dostať aj do závažného rozporu. Ide predovšetkým o prípad *nespravodlivých zákonov*, t.j. zákoných predpisov, ktoré sú v rozpore s dôstojnosťou človeka, ľudskými právami a základnými etickými princípmi a normami.

V situácii morálneho (etického) pluralizmu však nezriedka nie je jasné, ktoré etické princípy a normy by sa v danom prípade mali uplatniť, resp. ktorým by bolo potrebné dať prednosť, ak sa dostávajú do vzájomného rozporu. Určitým východiskom sa javí uplatňovanie tzv. **prirodzeného mravného zákona**, t.j. morálnych (etických) pravidiel, ktoré zodpovedajú ľudskej podstate a prirodzenosti a smerujú k zabezpečeniu čo najplnšieho rozvoja človeka, ľudskej osoby i celej spoločnosti a jej jednotlivých skupín.

Rozsiahla **zdravotnícka legislatíva** prijatá v SR v roku 2004 v súvislosti so závažnou reformou zdravotníckeho (najmä zákony č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti a č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti) upravila novým spôsobom mnohé vzťahy a problémy zdravotníckeho systému, z ktorých viaceré majú aj závažný etický aspekt.

Okrem iných problémových okruhov tu spomeňme aspoň nasledovné:

a) zákon č. 576/2004 o zdravotnej starostlivosti: práva pacientov (§ 11), biomedicínsky výskum (§ 26 - 34), etické komisie (§ 5), informovaný súhlas (§ 6), transplantácie orgánov a tkanív (§ 35 - 38);

b) zákon č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti: povinnosti zdravotníckeho pracovníka (§ 80), podmienky pre výkon zdravotníckeho povolania (§ 27 - 38, 39, 42), etický kódex zdravotníckeho pracovníka (Príloha č. 4).

V roku 2006 bola prijatá aj špeciálna zákonná úprava pre oblasť verejného zdravotníctva (zákon č. 126/2006 o verejnom zdravotníctve).

6. Vzťah medzi lekárom, zdravotníckym pracovníkom a pacientom

Vzťah lekára a pacienta, ako sa vyvinul počas stáročnej histórie medicíny prechádza v našich časoch niektorými podstatnými zmenami. V minulosti bol tento vzťah charakterizovaný predovšetkým zásadnou osobnou zodpovednosťou a lojalitou lekára voči konkrétnemu pacientovi - a tiež hlbokou dôverou pacienta voči lekárovi spojenou s presvedčením, že lekár vždy bude pokračovať a rozhodovať sa v jeho najlepšom záujme. Lekár, na základe svojich schopností a vedomostí, bol oprávnený a povinný rozhodovať prakticky o všetkom, čo sa týkalo samotnej diagnostiky alebo liečby daného pacienta. Od pacienta sa očakával skôr pasívny postoj. Tento typ vzťahu lekára a pacienta predstavoval tzv. **paternalistický model** (lekár v úlohe dobrého, starostlivého rodiča, pacient v úlohe dieťaťa).

S rozvojom modernej medicíny a spolu so zmenou

niektorých charakteristík modernej zdravotnej starostlivosti, vrátane ošetrovateľstva (napr. tímový spôsob práce, vstup prístrojovej techniky a medicínskych technológií do priestoru bezprostredného kontaktu medzi lekárom, zdravotníkom a pacientom; vzrast nákladov na zdravotnú starostlivosť a čoraz častejšie situácie neľahkého rozhodovania zdravotníckych pracovníkov o pridelení alebo odopretí nedostatkových diagnostických alebo liečebných prostriedkov danému pacientovi a i.), ako aj so všeobecným vzrastom vzdelanostnej úrovne, dostupnosťou špeciálnych informácií (napr. prostredníctvom internetu) a celkovým trendom zdôrazňovania **individuálnych práv** a záujmov v súčasnej (post)modernej spoločnosti – dochádza k významnej **emancipácii pacienta** vo vzťahu k lekárom a zdravotníckym pracovníkom, vzraste jeho **autonómie**. Súčasne, do istej miery, prichádza aj k jeho zneisteniu: k strate tej miery dôvery pacienta voči lekárovi, ktorá bola pre ich vzťah v minulosti celkom samozrejma. Pozitíva **partnerského modelu** vzťahu lekára a pacienta sú nesporné – a celkom iste lepšie zodpovedajú ľudskej dôstojnosti oboch zúčastnených. Na druhej strane, táto pomerne nová úroveň spolupráce lekára a pacienta, kedy sa pacient viac podieľa na rozhodovaní o svojej vlastnej diagnostike a liečbe (princíp autonómie), kládne na oboch zúčastnených i väčšie nároky.

Prejavuje sa to i vo zvýraznení požiadavky získať **informovaný súhlas** pacienta s poskytnutím príslušnej zdravotnej starostlivosti (či už určitého diagnostického výkonu alebo konkrétneho liečebného postupu, vrátane farmakoterapie). Požiadavka čo najplnšej informovanosti pacienta (vrátane požiadavky na také sprostredkovanie potrebnej informácie, ktoré je pacient schopný vzhľadom na svoje rozumové schopnosti i aktuálny zdravotný stav pochopiť a na tomto základe sa racionálne rozhodnúť) prináša so sebou opäť aj staro-nový **problém pravdy**, resp. pravdivoravnosti lekára, najmä pri informovaní pacienta o nepriaznivej diagnóze resp. prognóze jeho choroby.

V minulosti sa lekár skôr mohol pri svojom rozhodovaní oprieť o uplatnenie tzv. *terapeutického privilégia*, ktoré v zmysle rešpektovania princípu *non-maleficencie* (nikdy neškodí pacientovi) lekárovi umožňovalo, resp. od lekára vyžadovalo zatajenie pravdy o nepriaznivej diagnóze alebo prognóze. Nepriaznivá informácia, ako sa myslelo, najmä pri veľmi obmedzených liečebných možnostiach medicíny minulých storočí, by mohla pre pacienta predstavovať neúnosnú záťaž, ba i riziko poškodenia, a to najmä pre stratu nádeje v aspoň dočasne priaznivejši priebeh choroby, ako aj pre zníženie mobilizácie psychických (prípadne i fyzických) síl pacienta, podmienujúcich azda úspešnejší boj s daným ochorením. Tento prístup však v súčasnej dobe ustupuje úsiliu o čo najplnšie a **pravdivé informovanie** pacienta o možnostiach a plánovanom priebehu liečby – s cieľom získania a udržania si jeho dôvery (napr. aj pri objavení sa závažných nežiaducich účinkov nevyhnutnej liečby s nádejnou prognózou), a tým zlepšenia vyhliadok na celkový úspech poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Platné zákonné predpisy v SR vyžadujú tzv. *úplné poučenie pacienta* pred všetkými závažnejšími diagnostickými, preventívnymi alebo liečebnými výkonmi. Lekár je však v každom prípade povinný voliť vhodný spôsob poučenia a jeho rozsah tak, aby boli primerané danému psychickému stavu pacienta, prípadne rešpektovať výslovné právo pacienta, ak si podrobnú informáciu o svojom zdravotnom stave nepraje („právo nebyť informovaný“) (tzv. *vhodné poučenie pacienta*). Získanie informovaného súhlasu pacienta je základnou podmienkou aj pre jeho prípadné zaradenie do klinického sledovania v rámci biomedicínskeho výskumu (vrátane klinického skúšania liečiv).

Pri zdôrazňovaní práv pacienta sa dnes nezriedka zabúda pripomenúť **právo lekára** (zdravotníka) za určitých okolností odmietnuť poskytnutie pacientom vyžadovanej

zdravotnej starostlivosti. Ide najmä o situácie, kedy žiadaný diagnostický alebo liečebný výkon nie je pre pacienta potrebný, alebo by pre neho predstavoval neprimerané riziko. Lekár má tiež právo odmietnuť výkon, ktorý je v rozpore s jeho svedomím (*výhrada svedomia*). To však neplatí, ak ide o neodkladný lekárskeho výkon, potrebný na záchranu života alebo odvrátenie závažného poškodenia zdravia.

Vzťah **pracovníkov vo verejnom zdravotníctve** k osobám, ktorých zdravie (a nezriedka aj ich život a jeho kvalitu) priamo, či nepriamo ovplyvňujú svojimi rozhodnutiami a svojou prácou, nie je zvyčajne priamy, ale sprostredkovaný (napr. pomocou výnosu, nálezu, rozhodnutia, konkrétneho programu – jeho plánovania, realizácie a vyhodnotenia, informačného materiálu apod.). Táto skutočnosť by mohla niekedy viesť k tzv. neosobnému prístupu a rozhodovaniu, ktoré menej berie do úvahy jednotlivca, daný konkrétny ľudský osud.

Dilema medzi *utilitaristickým kalkulom* (viď vyššie), ktorý sa usiluje o maximalizáciu dobra pre čo najväčší počet osôb, a *deontologickým* prístupom, zdôrazňujúcim povinnosť voči každému človeku, bude s pracovníkom vo verejnom zdravotníctve neustále. Aj keď azda nikdy nebude môcť prijímať tzv. ideálne rozhodnutia, musí urobiť všetko, čo je v jeho silách, aby si zachoval svoju osobnú odbornú i morálnu integritu. Niekedy výsledkom jeho snáh bude „iba“ vedomie, že v danej situácii „konal a rozhodoval sa podľa svojho najlepšieho vedomia a svedomia“, a to napriek rôznym tlakom a záujmom, ktorým mohol byť vystavený.

7. Profesionalita a kolegiálnosť

Vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi z etického hľadiska upravujú predovšetkým **deontologické kódexy**, ktoré pre jednotlivé profesie vydávajú príslušné profesijné organizácie (komory) zdravotníckych pracovníkov (príklady v **Tab. 2**). Príklad princípov etického kódexu pre oblasť verejného zdravotníctva, ako boli spracované na pôde severoamerickej *Public Health Leadership Society (PHLS)* v rokoch 2001/2002 uvádzame v **Tab. 4**.

Skutočná, *správna kolegiálnosť* sa prejavuje vo vzájomnej úcte a odbornej spolupráci. U lekárov, najčastejšie v rámci vyžiadania resp. poskytnutia odborného konzília alebo konzultácie. Za neetické sa považujú postupy zamerané na vlastnú reklamu, preberanie či odlákavanie pacientov (alebo klientov) od kolegov, či iné neprípustné konkurenčné správanie.

Závažnou etickou požiadavkou je kolegiálna ochota odovzdávať nadobudnuté odborné poznatky a skúsenosti mladším kolegom v rámci ich špecializačnej prípravy a výcviku. Na druhej strane by bolo žiaduce, a to práve v dnešnej dobe, viac pestovať úctu lekárov a zdravotníckych pracovníkov voči svojim učiteľom (ako to žiadala už *Hippokratova prísaha*), ako aj všestranne dobré, kolegiálne vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi. Zaiste by to prispelo k obnoveniu spoločenskej úcty a vážnosti zdravotníckych povolání, ktorá je v súčasnosti naďalej na nízkej úrovni.

Falošná kolegiálnosť, ktorá toleruje alebo za každú cenu zakrýva neprofesionálne, neetické správanie kolegu, prípadne ním zavinený, či tvrdošijne uplatňovaný chybný postup, či rozhodnutie, hroziace poškodením zdravia alebo inými dôsledkami, je neetická a neprípustná. Bola by v rozpore s povinnosťou zdravotníckeho pracovníka voči pacientovi – klientovi, jeho povinnosťami voči kolegom, ba celému 'zdravotníckemu stavu' (dbať na patričnú odbornú úroveň výkonu zdravotníckeho povolania).

8. Etické komisie v Slovenskej republike

Etické komisie sú nezávislé, multidisciplinárne skupiny odborníkov a osôb bez medicínskej alebo vedeckej

kvalifikácie (tzv. laikov), ustanovené za účelom riešenia etických problémov, ktoré vznikajú v medicínskej (ošetrovateľskej) praxi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (*komisie pre klinickú bio/etiku*) a tiež pri plánovaní a realizácii projektov biomedicínskeho výskumu (vrátane klinického skúšania liečiv a zdravotníckych pomôcok) (*etické komisie pre (biomedicínsky) výskum*).

Etické komisie sa môžu a majú vyjadrovať z etického hľadiska aj k rozhodnutiam a postupom zdravotnej politiky na jednotlivých úrovniach jej tvorby, realizácie a riadenia (inštitúcia, región, štát).

Podľa v súčasnosti platnej legislatívy (zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti) existujú v SR tieto etické komisie:

a) **Etická komisia** Ministerstva zdravotníctva SR (predtým „Centrálne etická komisia“, ustanovená v roku 1990; od počiatku i v súčasnosti má postavenie a plní úlohy tzv. „národnej etickej komisie“). Medzi jej hlavné úlohy patrí: poskytovanie konzultácií ministerstvu, ako aj iným ústredným štátnym orgánom vo veciach biomedicínskej etiky, vypracovávanie zásadných stanovísk k bioetickým problémom celospoločenského dosahu, pripomienkovanie legislatívnych návrhov a vybraných koncepčných textov zdravotnej politiky, konzultačná činnosť a metodické vedenie práce miestnych a regionálnych etických komisií, medzinárodná spolupráca a reprezentácia SR v problematike biomedicínskej etiky v príslušných európskych alebo globálnych grémiách a i.

b) **Regionálne etické komisie**, zriadené na úrovni vyšších územných celkov (VÚC). Ich úlohou je riešenie závažnejších etických problémov vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a odbornometodické usmerňovanie práce miestnych etických komisií na území VÚC. V oblasti biomedicínskeho výskumu sem spadá predovšetkým posudzovanie výskumných projektov a klinického skúšania realizovaného v zariadeniach ambulantnej starostlivosti na území VÚC, ako aj projektov multicentrického biomedicínskeho výskumu (a klinického skúšania).

c) **Miestne etické komisie** zriaďujú riaditelia zdravotníckych zariadení na riešenie etických problémov vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a na posudzovanie etickej (a vedeckej) prijateľnosti výskumných projektov a klinického skúšania realizovaného v danom zdravotníckom zariadení (a následné monitorovanie priebehu schválených výskumných projektov, či klinického skúšania). Hlavným poslaním etických komisií pre biomedicínsky výskum je ochrana dôstojnosti, integrity, práv a oprávnených záujmov osôb, ktoré sa daného projektu, či klinického skúšania zúčastňujú (či už pacientov alebo zdravých dobrovoľníkov). Tieto komisie dohliadajú aj na rešpektovanie etických princípov uplatňujúcich sa pri príprave a realizácii, ba i pri vyhodnocovaní a publikovaní výsledkov výskumu (vrátane prevencie neetickej správy – napr. vzniku vedeckého podvodu, a dodržiavania princípov Správnej vedeckej praxe).

Požiadavky na etické komisie, ktoré posudzujú protokoly klinického skúšania liečiv podľa zásad *Správnej klinickej praxe*, upravujú aj príslušné ustanovenia zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch – a na ne nadväzujúce predpisy (napr. vyhláška č. 239/2004 Z. z. o požiadavkách na klinické skúšanie a správnu klinickú prax).

Pracovník vo verejnom zdravotníctve sa s problematikou etických komisií môže stretnúť v rôznych prípadoch – napr. ako člen etickej komisie môže sa priamo podieľať na jej činnosti; ako riadiaci pracovník zdravotníckeho zariadenia, prípadne riadiaci pracovník na vyšších/iných článkoch riadenia sa môže obrátiť na etickú komisiu so žiadosťou o stanovisko ku konkrétnemu problému zdravotnej politiky, prípadne o pomoc pri riešení konkrétneho prípadu so zložitou etickou medicínskou problematikou, alebo pri ťažkostiach v komunikácii a pri rozporoch

v názoroch na etické aspekty problému medzi jednotlivými zúčastnenými stranami; ako zodpovedný riešiteľ môže etickej komisii prezentovať svoj výskumný projekt; ako zodpovedný skúšajúci – expert môže sa zúčastniť prezentácie protokolu klinického skúšania pred etickou komisiou svojho zdravotníckeho zariadenia, a i.

9. Etika výskumu vo verejnom zdravotníctve

Biomedicínsky výskum možno charakterizovať ako vysoko odbornú a cieľavedomú činnosť zameranú na získanie nových biologických a medicínskych poznatkov, s cieľom ich využitia na ochranu, prinavrátenie, prípadne zlepšenie zdravia človeka (ako jednotlivca i ako člena určitej populačnej skupiny). Vykonávanie biomedicínskeho výskumu je zásadnou podmienkou pokroku v medicíne a má v konečnom dôsledku umožniť zlepšenie a zefektívnenie zdravotnej starostlivosti.

Okrem etických princípov platných pre oblasť výskumu vo všeobecnosti (*etika výskumu, etika výskumného pracovníka*), platia pre biomedicínsky výskum aj ďalšie závažné etické požiadavky, ktoré súvisia s ochranou dôstojnosti, života, zdravia, integrity, práv a oprávnených záujmov ľudských osôb (*subjektov výskumu*), ktoré sa daného výskumu zúčastňujú. Keďže pred uskutočnením daného výskumu vopred nepoznáme všetky okolnosti a ovplyvňujúce faktory daného skúmaného javu (napr. všetky vlastnosti nového liečiva) (tzv. *princíp neurčitosti*), je každá účasť vo výskume spojená s určitou mierou **rizika**. Zásadnou etickou požiadavkou je, aby miera tohto rizika, ako aj miera záťaže a podstupovaného nepohodlia, bola pre subjekt výskumu prijateľná (zvyčajne „minimálna“).

Okrem toho je pred zaradením subjektu do daného výskumného sledovania nevyhnutné získať od neho slobodný a plne kvalifikovaný **informovaný súhlas**. U osôb, ktoré nie sú schopné takýto súhlas poskytnúť (napr. deti, maloleté osoby, osoby so zníženou alebo chýbajúcou spôsobilosťou na právne úkony, osoby v závislom postavení, osoby zbavené slobody a pod.), je účasť na výskume možná len za prísne definovaných dodatočných podmienok, ktoré ďalej zvyšujú mieru ich ochrany pred možným zneužitím alebo poškodením ich oprávnených záujmov.

Výskum vo verejnom zdravotníctve je špeciálnym prípadom biomedicínskeho výskumu. Je potrebné ho odlíšiť od iných činností vykonávaných v rámci odboru verejného zdravotníctva, čo niekedy nie je ľahké (podrobnejšie pozri napr. v publikácii Hodge J.G., 2006/7). Okrem etických noriem platných pre biomedicínsky výskum vo všeobecnosti, uplatňujú sa pri zvažovaní etickej akceptovateľnosti výskumných projektov v oblasti verejného zdravotníctva aj etické princípy, ktoré vyjadrujú rešpektovanie dôstojnosti, zdravia, integrity, identity a oprávnených záujmov dotknutých skupín obyvateľstva (niekedy pomerne početných, inokedy etnicky, rasovo alebo ináč determinovaných). Etickú analýzu v týchto prípadoch je nezriedka potrebné rozšíriť aj na zvažovanie dôsledkov daného výskumu pre budúce generácie. Okrem zabránenia fyzického alebo iného poškodenia (minimalizácia rizika – uplatnenie *princípu opatrnosti* (angl. *precautionary principle*)), závažnými bývajú otázky o možných sociálnych dopadoch výsledkov výskumu (napr. nebezpečenstvo stigmatizácie, marginalizácie alebo diskriminácie určitých osôb alebo skupín obyvateľstva).

Neblahé skúsenosti ľudstva s hrubým porušovaním etiky pri realizácii biomedicínskeho „výskumu“, a to zvlášť počas II. svetovej vojny, viedli k vypracovaniu medzinárodných **eticých kódexov** pre túto oblasť. Jedným z prvých „povojnových“ textov bol *Norimberský kódex* (1947). Vypracovali ho pri príležitosti procesu s nacistickými vojnovými zločincami, ktorých odsúdili za „zločiny proti ľudskosti“.

V súčasnosti najvýznamnejším, medzinárodne rešpektovaným kódexom etiky biomedicínskeho výskumu je **Helsinská deklarácia** Svetovej asociácie lekárov (WMA), prijatá v roku 1964 v Helsinkách a odvtedy opakovane dopĺňaná a revidovaná (posledne v Soule v roku 2008). Názov deklarácie dobre vyjadruje jej obsah – *“Etické smernice pre lekárov vykonávajúcich biomedicínsky výskum”*. Z celého radu ďalších etických kódexov pre oblasť biomedicínskeho výskumu spomeňme ešte aspoň *“Etické smernice pre vykonávanie biomedicínskeho výskumu s účasťou ľudských subjektov”*, ktoré v roku 1982 za širokej medzinárodnej účasti a po rozsiahlej diskusii vypracovala *Medzinárodná asociácia organizácií medicínskeho výskumu (CIOMS)*. Dosiaľ posledná revízia týchto pomerne podrobných etických smerníc, ktorá opäť odráža výsledky širokej medzinárodnej diskusie, je z roku 2002. Pre oblasť epidemiologických výskumov tá istá organizácia vypracovala *„Medzinárodné smernice pre etické hodnotenie epidemiologických štúdií“* (1991).

Právne podmienky pre vykonávanie biomedicínskeho výskumu, ktoré – ako sme už uviedli, do istej miery odrážajú prevládajúce etické postoje spoločnosti k danej problematike, upravujú príslušné zákonné predpisy. V SR ide najmä o ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (najmä § 5, 6, 26 – 34) a nadväzujúce vykonávacie predpisy. Oblasť klinického skúšania liečiv upravujú aj príslušné ustanovenia zákona č. 140/1998 Z. z. o lieku (najmä §15 – 18a).

10. Etika a ekonomika zdravotnej starostlivosti

Rastúce požiadavky na disponibilné zdroje pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a ich objektívne obmedzený mobilizovateľný objem priniesli v priebehu druhej polovice 20. storočia nové etické problémy súvisiace s pridelovaním finančných a iných prostriedkov pre zdravotnú starostlivosť – a to tak na úrovni celého zdravotníckeho systému (alebo zdravotníckeho zariadenia): etické problémy **makroalokácie** prostriedkov, ako aj pri zohľadňovaní ekonomického hľadiska pri rozhodovaní o ordonovaní diagnostického alebo liečebného postupu u konkrétneho pacienta: problém **mikroalokácie**.

I keď lekári a zdravotnícki pracovníci neraz poukazujú na to, že úroveň makroalokačných rozhodnutí je mimo rámca ich **etickej zodpovednosti** („tá je skôr v rukách politikov: vlády a parlamentu“) – a zároveň tvrdia, že rozhodnutia o mikroalokácii by v dennej praxi vlastne nikdy nemali prichádzať do úvahy (t.j. že pacient by mal vždy, za každých okolností dostať to, čo mu podľa čisto medicínskych kritérií patrí, resp. mal by dostať to najlepšie – „podľa súčasných poznatkov vedy“), je spomenutá etická problematika dennou realitou. Ak si v tejto situácii zdravotnícky pracovník chce pri výkone svojho povolania zachovať **morálnu (eticnú) integritu**, vrátane nenarušenej, spravodlivej lojality voči svojim pacientom - klientom, musí sa s týmito problémami aktívne zaoberať a primeraným spôsobom sa s nimi vo svojej praxi vyrovnáť, či každodenne znova vyrovnávať.

Určitou pomocou v tomto úsilí je stanovenie resp. vypracovanie **štandardných postupov**, ktoré majú napomôcť pri rozhodovaní o konkrétnom postupe v danom prípade (a tiež u jednotlivého pacienta – klienta). Sú veľmi dôležité aj pri dosahovaní, audite, či kontrole (inšpekcií) náležitej kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ich praktickým vyjadrením, ktoré v lepšom prípade je aj vyjadrením širšieho odborného a „spoločenského“ konsenzu (keď sa na ich vypracovaní podieľajú všetky zainteresované strany – napr. odborná spoločnosť, zdravotné poisťovne, ministerstvo alebo príslušný úrad), sú tzv. odporúčané diagnostické a liečebné postupy (angl. *guidelines*).

Príkladom takejto iniciatívy v oblasti racionálnej farmakoterapie sú v SR už od roku 1997 *Metodické listy racionálnej farmakoterapie*. Sú pripravované vopred určeným postupom za účasti odbornej verejnosti, reprezentovanej príslušnou odbornou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti (je garantom odbornosti pre danú oblasť medicínskeho poznania – daný medicínsky odbor), ďalej za účasti predstaviteľov Ministerstva zdravotníctva (najmä odbor liekovej politiky) a zdravotných poisťovní. Výsledný produkt predstavuje konsenzný materiál, ktorý, aj keď nemá priamu právnu záväznosť, predsa všeobecnou akceptáciou zo strany odbornej verejnosti – poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj zo strany zdravotných poisťovní – platiteľov zdravotnej starostlivosti, a s podporou zdravotníckych riadiacich zložiek (Ministerstvo zdravotníctva, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou – ÚDZS) významným spôsobom určuje rozsah a kvalitu racionálnej farmakoterapie v konkrétnej oblasti.

Uvedené etické aspekty sú ešte vypuklejšie pri zabezpečení zdravotnej starostlivosti o osoby z tzv. **zraniteľných skupín** obyvateľstva. Najčastejšie ide o osoby sociálne alebo ekonomicky znevýhodnené alebo ohrozené (napr. azylanti, bezdomovci, nezamestnaní, príslušníci niektorých etnických skupín, zanedbaní, osamelo žijúci starší ľudia).

Závažné etické otázky vznikajú aj ohľadom zabezpečenia zdravotnej starostlivosti o osoby, ktoré si svojim rizikovým správaním alebo nezdravým životným štýlom priamo alebo nepriamo **poškodzujú svoje zdravie** (napr. fajčiari, používatelia omamných drog, alkoholici, sexuálne promiskuitné osoby; ľudia obézni, odmietajúci fyzický pohyb, nedodržiavajúci zásady správnej životosprávy, stravovania; pacienti nedodržiavajúci liečebný režim a diétu, neužívajúci odporúčané lieky apod.). Ide o jeden z najzávažnejších problémov etiky verejného zdravotníctva. Použitie prostriedkov a zdravotníckych kapacít zabezpečovaných z objektívne obmedzených verejných zdrojov (z tzv. „solidárneho balíka zdravotníckych služieb“) je v týchto prípadoch z etického hľadiska pomerne ťažko zdôvodniteľné. Odporuje napríklad etickému princípu spravodlivosti. Jednou z línií etickej argumentácie je poukázanie na zdravotné a sociálne škody, ktoré by pre danú spoločnosť vyplývali z nečinnosti (t.j. neposkytnutia pomoci, neriešenia daného individuálneho, resp. verejného – zdravotníckeho problému). Inou líniou argumentácie je pripomenutie neodňateľnej ľudskej dôstojnosti každého človeka – i človeka prijímajúceho chybné rozhodnutia vo svojom živote a človeka podstupujúceho rizikové konanie a správanie. Podrobnejšia analýza problému presahuje rámec tohto textu.

11. Niektoré aktuálne bioetické problémy

V súčasnej medicíne a zdravotníctve sú naďalej prítomné **„večné morálne (eticke) otázky“**, s ktorými zápasili generácie lekárov a „zdravotníkov“ v priebehu minulých stáročí, či tisícročí. Ide najmä o také problémy v práci lekára (zdravotníka), ako sú vzťah lekára/zdravotníka a pacienta/klienta, problém pravdy a dôvery v ich vzájomnej komunikácii, otázka dôveryhodnosti lekára/ zdravotníka (napr. dodržanie mlčanlivosti), primárna zodpovednosť a lojalita lekára/ zdravotníka voči pacientovi, výkon zdravotníckeho povolania *lege artis*, kolegiálne vzťahy medzi zdravotníkmi, vzťah medzi učiteľom a žiakom pri výchove a výcviku nových generácií zdravotníckych pracovníkov, rozvíjanie odbornej úrovne zdravotníckeho povolania a napomáhanie pokroku medicíny, vrátane ochrany pred zneužitím ľudskej dôvery pôsobením nekvalifikovaných osôb, citlivosť zdravotníka/lekára na zdravotno-sociálne problémy svojho okolia a doby (ochota a otvorenosť voči všetkým, ktorí potrebujú pomoc, bez

ohľadu na ich majetok, spoločenské postavenie, rasu, náboženstvo, atď.), postoj zdravotníka/lekára k rešpektovaniu a ochrane ľudského života od jeho počatia po prirodzenú smrť, problém sprevádzania a odbornej starostlivosti o ťažko, či nevyliciteľne chorého a zomierajúceho pacienta, tíšenie bolesti a zmiernovanie utrpenia chorých vhodnou symptomatickou alebo paliatívnou liečbou a podobne.

Neobyčajný pokrok modernej medicíny a zdravotníctva však v našej dobe prináša i mnohé **nové etické problémy**, ktoré súvisia s dosiaľ netušenými možnosťami nových diagnostických a liečebných metód (a ich rizikami), bezprecedentným prínosom nových prístrojov, *biotechnológií* a *nanotechnológií*, bunkovej a molekulárnej biológie a genetiky; významnou komercializáciou súčasnej medicíny a zdravotníctva s dosiahnutím „ekonomického stropu“ pre zabezpečenie dostupnosti neustále vyvíjaných a ponúkaných diagnostických a liečebných možností; ako aj s prehlbujúcim sa *morálnym (etickým) pluralizmom* (post)modernej spoločnosti a chýbaním spoločného antropologického a morálneho základu pre uspokojivé riešenie týchto problémov.

Pracovník vo verejnom zdravotníctve sa zvyčajne priamo nestretáva s typickými etickými problémami nahromadenými **na začiatku ľudského života** (napr. problém morálneho statusu ľudského zárodka a plodu; asistovaná reprodukcia človeka; génové manipulácie; selekcia ľudských zárodkov a plodov; starostlivosť o predčasne narodeného, prípadne o ťažko poškodeného novorodenca; a i.). Už v súčasnosti sa však stretáva s niektorými etickými problémami z oblasti *klinickej genetiky* (napr. problém genetickej predispozície alebo determinovanosti niektorých závažných chorôb, ich skriningu, depistáže, prípadne problém starostlivosti o osoby s vysokým, geneticky podmieneným rizikom – a súvisiace problémy informovaného súhlasu, informovania „tretích osôb“ (napr. pokrvných príbuzných alebo uvažovaného manželského partnera pacienta, či nositeľa danej genetickej črty); rešpektovanie „práva pacienta nebyť informovaný“ a i.). S očakávaným príchodom nových možností *génovej* alebo *bunkovej liečby* a ich uplatnením sa bude početnosť i závažnosť etických problémov z tohto okruhu naďalej zvyšovať (napr. problém bezpečnosti a dostupnosti génovej liečby, využitie somatických kmeňových buniek; otázka zákazu, či povolenia použitia kmeňových buniek z ľudských embryí, spojeného s problémom nenávratnej deštrukcie živého ľudského zárodka, či s riadeným počatím človeka – vytvorením ľudského embrya na „terapeutické“ alebo výskumné účely, alebo dokonca s (tzv. „terapeutickým“) klonovaním človeka). Uvedené problémy totiž budú v čoraz väčšej miere nielen predmetom nových, čoraz komplikovanejších legislatívnych úprav, ale – v ich rámci – aj predmetom opatrení a postupov zdravotnej politiky na jednotlivých úrovniach jej tvorby, realizácie a riadenia.

Pestrá paleta etických problémov súvisí so zabezpečením zdravotnej starostlivosti, vrátane programov verejného zdravotníctva v celom **priebehu ľudského života**. V našich podmienkach napr. narastá problém zabezpečenia primeranej, vedecky zdôvodnenej – a súčasne i ekonomicky dostupnej prevencie, diagnostiky, liečby a rehabilitácie zoči-voči narastajúcim tlakom na „ekonomizáciu“ medicíny a celej zdravotnej starostlivosti.

Pri objektívne obmedzených zdrojoch, ktoré možno v danej spoločnosti prideliť na zdravotnú starostlivosť (úroveň *makroalokácie*), je snaha o **zníženie nákladov** na zdravotnú starostlivosť a o ich čo najefektívnejšie využitie legitímna – a eticky plne oprávnená. Opúšťanie vedecky nezdôvodnených, zastaraných, či neúčinných liečebných postupov môže uvoľniť zdroje na zabezpečenie efektívnejšej a bezpečnejšej liečby v duchu požiadaviek **medicíny založenej na dôkazoch** (angl. *Evidence-based Medicine – EBM*). V tomto smere má zásadný význam a vysokú etickú hodnotu aj otázka štandardizácie a inová-

cie diagnostických a liečebných postupov, ich náležitéj ekonomickej analýzy (oblasť *ekonomiky zdravotníctva a farmako-ekonomiky*), spojená s vypracovaním a implementáciou odborných odporúčaní (angl. *guidelines*) na národnej, prípadne na medzinárodnej úrovni (viď vyššie).

Zároveň s postupujúcou technizáciou celej medicíny a zdravotníctva, s rastúcimi diagnostickými i liečebnými možnosťami, intenzívnou „computerizáciou“ a hroziacou dehumanizáciou a depersonalizáciou, zdravotnícky pracovník nesmie stratiť zo zreteľa samotného **pacienta**, jeho individualitu, dôstojnosť, oprávnené záujmy; rešpekt voči právam, identite, integrite a skutočnému dobru „celého človeka“, ktorý sa zveril do jeho starostlivosti. Tieto etické aspekty je potrebné rešpektovať aj pri tvorbe, uskutočňovaní a riadení verejných zdravotníckych programov a iných aktivít na poli verejného zdravotníctva.

Iným etickým problémom je objektívne narastajúca potreba starostlivosti o vekove **starších pacientov**, prípadne o pacientov s **chronickými, nevyliciteľnými** (ale neraz pomerne dobre liečiteľnými), alebo **malígnymi chorobami** (niekedy dokonca neprípustne označovaných ako „neperspektívni pacienti“). V mnohých z týchto prípadov dnešná medicína a zdravotníctvo nemôže poskytnúť vyliečenie (angl. *cure*), vždy sa však musí usilovať o poskytnutie primeranej odbornej starostlivosti (angl. *care*). Nikdy nesmie u pacienta rezignovať, alebo ho v jeho (zhoršujúcej sa) chorobe opustiť. Patričné zvládnutie symptomatickej, prípadne paliatívnej liečby nielen „pridáva život k rokom“ dlhodobo chorého pacienta, ale je aj zásadnou etickou požiadavkou. To zvláštnym spôsobom platí aj u početných pacientov s tzv. *funkčnými poruchami* (nezriedka spojenými s nie príliš „sympatickou“ psychopatologickou symptomatológiou a správaním – napr. klinický obraz somatizovanej neurózy), ktorí neraz kladú veľké nároky na trpezlivosť, čas i etickú „výbavu“ zdravotníkov. Tieto skutočnosti a potreby je nevyhnutné zvážiť aj pri tvorbe a uskutočňovaní príslušnej zdravotnej politiky, resp. „politik“.

Zdravotnícky pracovník sa dnes, azda častejšie než kedysi, stretáva aj s etickými otázkami, ktoré prichádzajú na **konci ľudského života**. V mnohých prípadoch symptomatickej alebo paliatívnej liečby, prípadne *lege artis* starostlivosti o „terminálneho“, či umierajúceho pacienta (vrátane ošetrovateľskej starostlivosti), je už jediným dôvodom na poskytovanie takejto starostlivosti „iba“ jej etické oprávnenie (dnes nezriedka čeliace argumentácii o ekonomickej nevýhodnosti, či dokonca neúnosnosti potrebnej starostlivosti pre spoločnosť, prípadne niektoré jej záujmové skupiny...).

Odmietanie i tzv. dobrovoľnej **eutanázie** [1] (úmyselné usmrtenie pacienta lekárom na žiadosť 'mentálne kompetentného' pacienta) a lekárskej pomoci pri samovražde [2] neznamená rozhodnutie o aplikácii alebo pokračovaní tzv. **úpornej liečby** („liečebného“ postupu, ktorý pacientovi neprináša nijaký prospech, ale skôr predlžuje proces umierania, ktorý sa už začal, alebo zvyšuje, či predlžuje utrpenie pacienta, prípadne mu spôsobuje neprimeranú fyzickú alebo psychickú záťaž alebo zmrzačenie), ktorá sa i dnes, podobne ako za *Hippokratových* čias, považuje za neetickú (za „zlú medicínu“). Naopak, aj dnešný lekár alebo iný zdravotnícky pracovník musí byť schopný akceptovať **skutočnosť smrti** (svojej vlastnej, i smrti svojho pacienta) – a to skôr ako zavŕšenia a prirodzenej súčasti ľudského života, než ako iba nezmyselnej „prehry“ medicíny, danej dnes dostupnou úrovňou medicínskeho poznania a technologických možností. Mravná integrita zdravotníckeho pracovníka i formát jeho osobnosti sa prejavujú v schopnosti a ochote sprevádzať pacienta (a nezriedka aj jeho príbuzných, či známych) na tomto neľahkom, ale zákonite prichádzajúcom úseku životnej cesty.

Úcta k zosnulému pacientovi má „ísť až za hrob“. Pre-

javuje sa napr. aj v ochrane dôverných informácií o pacientovi, získaných počas jeho života a choroby; rešpektovaním jeho za života prejavenej vôle o nakladaní s jeho telom (napr. vyjadrený nesúhlas s darovaním orgánov a tkanív; nesúhlas s pitvou); ako aj primeranou úctou voči mŕtvemu ľudskému telu, „ktorého pokoj nesmie byť rušený bez závažnej príčiny“ (napr. medicínske dôvody patologicko – anatomickej pitvy).

12. Etický kódex verejného zdravotníctva

Na záver týchto úvah o aktuálnych etických problémoch súčasnej medicíny a zdravotníctva a ich dopadu na oblasť moderného verejného zdravotníctva a zdravotnej i zdravotníckej politiky uvidíme, ako príklad takéhoto uvažovania uskutočneného priamo v prostredí verejného zdravotníctva, návrh medzinárodného etického kódexu, ktorý vznikol v roku 2001 na pôde organizácií verejného zdravotníctva so sídlom v USA (*Public Health Leadership Society (PHLS)* a *American Public Health Association (APHA)*). Tvorcovia kódexu, podľa ich vlastného vyjadrenia, ho pripravili ako otvorený materiál a ponúkli na verejnú diskusiu a pripomienkovanie na najbližšie roky až desaťročia. Preklad hlavných princípov uvedeného kódexu uvádzame v **Tab. 4** na str. 21.

Záverom

Myšlienka, že etické problémy, vynárajúce sa na širokom poli súčasného verejného zdravotníctva, si vyžadujú kontinuálnu pozornosť a odbornú etickú, ale predovšetkým osobnú morálnu reflexiu (uvažovanie) by mohla byť inšpirujúcim uzavretím tohto stručného prehľadu.

Poznámky

[1] Okrem tzv. **dobrovoľnej** eutanázie, ako ju definujeme v texte, rozoznávame aj tzv. **nedobrovoľnú** eutanáziu – vykoná sa bez žiadosti pacienta, a tzv. **násilnú** eutanáziu – vykoná sa napriek vyjadrenej vôli pacienta. Údaje klasickej *Remelinckovej správy* o eutanázii v Holandsku z roku 1991 dokumentujú výskyt všetkých spomínaných typov eutanázie, pričom dobrovoľný typ (podľa uvedenej prísnejšej definície) predstavoval 2300 a nedobrovoľný niečo viac než 1000 pacientov ročne z celkového počtu cca 118.000 všetkých úmrtí v Holandsku v danom roku. Násilný typ je zriedkavý (odhad niekoľko desiatok pacientov ročne). Počet prípadov lekárom asistovanej samovraždy bol 400. Ak sa však berie do úvahy širšia definícia – „úmyselného ukončenia alebo nezačatia život zachraňujúcej liečby, či už na žiadosť alebo bez žiadosti pacienta, vrátane podania letálnej dávky morfia s úmyslom, alebo „čiastočným úmyslom“ ukončiť život pacienta“, dosahuje počet pacientov, ktorí v Holandsku umreli v roku 1991 za uvedených okolností až 23.350 (až 20%) zomrelých osôb. Zisťovanie sa opakovalo v roku 1995 a 2001, pričom získané údaje boli podobné, resp. vyššie (v podrobnostiach odkazujeme na príslušnú odbornú literatúru).

Často uvádzané rozlišovanie medzi tzv. **aktívnou eutanáziou** (smrť pacienta je výsledkom konkrétneho činu lekára – napr. podanie smrtiaceho lieku) a **pasívnou eutanáziou** (smrť pacienta je výsledkom úmyselného neposkytnutia život zachraňujúcej starostlivosti alebo nevykonania život zachraňujúceho výkonu) a pasívnou eutanáziou sa v odborných diskusiách dnes už zväčša opúšťa, a to najmä vzhľadom ich pojmovú nevymedzenosť (t.j. z etického (i právneho) hľadiska ide v podstate o to isté). V oboch prípadoch je totiž smrť pacienta dôsledkom slobodného a úmyselného rozhodnutia lekára – a nie, ako v prípade nezačatia alebo upustenia od úpornej liečby, dôsledkom „prirodzeného priebehu choroby“, ktorý lekár (i pacient) v danom prípade akceptuje ako nevyhnutný.

Tab. 4 Etický kódex verejného zdravotníctva

Princípy etiky verejného zdravotníctva¹

1. Verejné zdravotníctvo sa musí zaoberať predovšetkým základnými príčinami chorôb a podmienkami pre zdravie, pričom sa má usilovať o prevenciu negatívnych vplyvov na zdravie.
2. Verejné zdravotníctvo má dosahovať zdravie spoločnosti spôsobom, ktorý rešpektuje práva jednotlivých členov tejto spoločnosti.
3. Opatrenia, programy a priority verejného zdravotníctva sa majú vytvárať a hodnotiť spôsobom, ktorý umožňuje účasť členov danej spoločnosti.
4. Verejné zdravotníctvo sa má zasadzovať a pracovať na tom, aby sa mohli uplatniť aj znevýhodnení členovia spoločnosti, usilujúc sa zabezpečiť, aby základné zdroje a podmienky potrebné pre zdravie boli dostupné pre všetkých.
5. Verejné zdravotníctvo má vyhľadávať informácie potrebné na implementáciu efektívnych opatrení a programov, ktoré chránia a posilňujú zdravie.
6. Inštitúcie verejného zdravotníctva majú poskytovať spoločenstvám informácie, ktoré získali a ktoré sú potrebné na rozhodovanie o daných opatreniach a programoch a majú získať súhlas toho-ktorého spoločenstva na ich implementáciu.
7. Inštitúcie verejného zdravotníctva musia konať bez zbytočného odkladu podľa informácií, ktoré získali, a na základe prostriedkov a mandátu, ktoré dostali zo strany verejnosti.
8. Programy a opatrenia verejného zdravotníctva majú zahŕňať takú škálu rôznych prístupov, ktorá anticipuje a rešpektuje odlišné hodnoty, presvedčenia a kultúry prítomné v danej spoločnosti.
9. Programy a opatrenia verejného zdravotníctva sa majú implementovať spôsobom, ktorý čo najviac podporuje fyzické a sociálne prostredie.
10. Inštitúcie verejného zdravotníctva musia chrániť dôverné informácie, ktorých zverejnenie by mohlo poškodiť jednotlivca alebo spoločenstvo. Výnimky musia byť odôvodnené na základe vysokej miery pravdepodobnosti závažného poškodenia jednotlivca alebo druhých.
11. Inštitúcie verejného zdravotníctva musia zabezpečiť profesionálnu kompetenciu svojich zamestnancov.
12. Inštitúcie verejného zdravotníctva a ich zamestnanci majú vstupovať do spolupráce s inými odborníkmi a inštitúciami spôsobom, ktorý buduje dôveru verejnosti a efektívnosť danej inštitúcie.

¹Podľa anglického originálu – *Public Health Leadership Society (PHLS): Principles of the Ethical Practice of Public Health*. (2002). Preklad autor.

[2] *Deontologický kódex zdravotníckeho pracovníka* (Príloha č. 4 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti) v časti *Zdravotnícky pracovník a výkon jeho povolania* ods. (5) uvádza: „Eutanázia a lekárom asistovaná samovražda sa nepripúšťa.“ Podobné bolo aj znenie príslušného ustanovenia pôvodného *Deontologického kódexu Slovenskej lekárskej komory*.

Otázky na uvažovanie

1. Aké morálne vlastnosti by mal mať pracovník vo verejnom zdravotníctve?

2. Ako by ste riešili konflikt medzi zdravotným záujmom jednotlivca (napr. poskytnutie – úhrada náročnej, život zachraňujúcej operácie srdca u mladého človeka) a zdravotným záujmom spoločnosti (napr. zakúpenie očkovacej látky proti „vtácej chrípke“ v rovnakej hodnote – t.j. napríklad na zaočkovanie cca 500 osôb)?

3. Zmenilo by sa Vaše rozhodnutie a argumentácia v predchádzajúcom prípade, pokiaľ by ste sa rozhodovali v situácii postupujúcej epidémie „vtáčej chrípky“ s vysokou smrtnosťou? Pokiaľ by potenciálne operovaný bol Váš príbuzný (rodič, dieťa)? Priateľ/ka?

4. Váš výskum by pomocou anonymného vyšetrovania vzoriek krvi odhalil výrazne zvýšený výskyt infekcie HIV medzi obyvateľmi jednej obce v blízkom okolí Bratislavy. Temer každý druhý obyvateľ je infikovaný, pravdepodobný prenos nákazy bol pri hromadnom očkovaní obyvateľov pred cca 10 rokmi. Zatiaľ u nikoho sa neobjavil AIDS. Aké etické problémy vyplývajú z tejto informácie? Ako by ste s touto informáciou naložili? Koho a ako by ste informovali?

5. Na obežnú dráhu okolo Zeme sa vrátila medziplanetárna kozmická loď. Počas letu sa medzi členmi posádky (87 osôb) zistila doposiaľ neznáma, pravdepodobne infekčná choroba s ťažkým a progresívnym priebehom. Diagnostika ani liečba nie je známa. Desiat členov posádky už zomrelo, u pätnástich sa prejavujú rôzne príznaky choroby. Ostatní členovia posádky sú zatiaľ bez príznakov infekcie. Kvôli technickej poruche zariadení na udržiavanie umelej atmosféry musí loď najneskôr do 64 hodín pristáť, inak všetci na palube zahynú. Riaditeľ vesmírnej agentúry má rozhodnúť o povolení pristátia na neznámy planetárny povrch. Aké etické otázky mu táto situácia kladie? Aké etické otázky kladie kapitánovi kozmickej lode?

J. Glasa: Stručný prehľad biomedicínskej etiky pre pracovníkov vo verejnom zdravotníctve. [Overview of Biomedical Ethics for Public Health Professionals.] Med. Etika Bioet., 16, 2009, No. 1-2, 17 – 27.

Abstrakt

V stručnom prehľade biomedicínskej etiky určenom pre potreby pracovníkov vo verejnom zdravotníctve, ako aj pre odborníkov iných profesií, ktorých práca má priamy alebo nepriamy dopad na oblasť verejného zdravia a verejného zdravotníctva, sa uvádzajú základné etické princípy a normy, dôležité pre výkon zdravotníckych povolání a fungovanie zdravotníckeho systému. Pritom sa na vhodných miestach poukazuje na špecifiká verejného zdravotníctva a na etické (morálne) problémy, s ktorými sa pracovníci vo verejnom zdravotníctve vo svojej praxi stretávajú. Zároveň sa informuje o aktuálnych riešeniach niektorých etických problémov v podmienkach Slovenskej republiky. Práca špecialistu vo verejnom zdravotníctve sa riadi rovnakými právnymi a etickými princípmi, aké platia aj pre iné medicínske a zdravotnícke odbory a fungovanie daného zdravotníckeho systému. Pritom sa od neho dnes právom očakávajú aj vedomosti, ktoré presahujú tradičný rámec jeho odbornosti. Musí byť patrične vzdelaný v jej vedeckom, technickom – technologickom aj etickom kompartmente. Musí byť schopným pracovať interdisciplinárnym spôsobom a vedieť predvídať verejnozdravotné a sociálne dopady svojho profesionálneho konania a prijatých odborných rozhodnutí. Potreba, aby pracovník vo verejnom zdravotníctve bol hlboko zakorenený v etike svojej disciplíny, sa nikdy neukazovala jasnejšie.

Kľúčové slová: etika vo verejnom zdravotníctve, profesijná etika, etické uvažovanie a rozlišovanie, zdravotná politika, rozhodovanie, etické komisie, pridelovanie prostriedkov

Abstract

The textbook-like text devoted to the public health professionals, as well as to other professionals whose work has an impact upon the area of public health and health policy, aims to provide an overview of basic ethical principles and norms important for the health professions' practice and functioning of health care. At the

same time, ethical issues of public health and health policies and ethical (moral) problems that are faced more often by the public health professionals are briefly discussed. Information is also given about solutions of some bioethical problems in the Slovak Republic. The work of a public health professional should be governed by the same legal and ethical principles that are valid for the work of other health care professionals and functioning of the health care system. However, nowadays, the knowledge required from him/her goes far beyond the traditional realm of his/her discipline. He/she is to be well educated in its interconnected scientific, technical, technological, legal and ethical compartments. Public health professional has to be able to work in an interdisciplinary manner and foresee the public health and social impacts of his/her professional activities and decisions. The need for the public health professional to be deeply rooted in the ethical foundations of his/her discipline has never been so obvious.

Key words: ethics in public health, ethics of professions, ethical reasoning, making ethical distinctions, health policies, decision-making, ethics committees, allocation of resources

Adresa autora: Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD., Ústav farmakológie a klinickej farmakológie SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

Vybraná bibliografia

1. Ashley BM, deBlois JK, O'Rourke KD. Health Care Ethics: A Catholic Theological Analysis. 5. vyd., Georgetown University Press, Washington, D.C. (USA), 2006, 352 s., ISBN: 9781589011168.
2. Bradley, P., Burls, A.: Ethics in Public and Community Health. 1. vyd., Routledge, London – New York, 2000, 208 s., ISBN: 0-415-22054-8 (hbk).
3. Faggioni, M. P.: Život v našich rukách. Manuál teologickej bioetiky. (z talianskeho originálu preložil M. Koleják) Spíšská Kapitula, 2007, 331 s., ISBN 978-80-89170-25-8.
4. Fisher, E., Jones, J., Von Schomberg, R. (Eds.): Implementing the Precautionary Principle. Perspectives and Prospects. Edward Elgar Publ. Ltd./Inc., Cheltenham – Northampton, 2006, 336 s., ISBN 1-84542-702-5.
5. Gastmans, Ch., Dierckx, K., Nys, H., Schotmans, P. (Eds.): New Pathways for European Bioethics. Intersentia, Antwerpen – Oxford, 2007, 224 s. (pbk), ISBN 90-5095-670-X.
6. Glasa, J., Šoltés, L. (Eds.): Ošetrovateľská etika I. Osveta, Martin, 1998, 212 s., ISBN 80-217-0594-9.
7. Glasa, J., Glasová, M.: Ľudské práva v zdravotnej starostlivosti. [Hu-man rights in health care.] Med. Etika Bioet., 6, 1999, č. 3 – 4, s. 6 – 10.
8. Glasa, J.: Praktický prístup k riešeniu etických problémov v ošetrovateľskej praxi. Med. Etika Bioet., 7, 2000, č. 3 – 4, s. 6 – 13.
9. Glasa, J. (Ed.): Ethics Committees in Central & Eastern Europe. Council of Europe – Charis – IMEB Fdn., Bratislava, 2000, 266 s., ISBN 80-88743-40-0.
10. Glasa, J. (Ed.): Ethics of Human Genetics: Challenges of the (Post)Genomic Era. Council of Europe – Charis – IMEB Fdn., Bratislava, 2002, 228 s., ISBN 80-88743-51-6.
11. Glasa J.: Právne predpisy pre oblasť etiky biomedicínskeho výskumu v Slovenskej republike. (aj anglická verzia) Európska komisia – kancelária pre oficiálne publikácie ES, Luxemburg, 2 x 30 s., 2003/4, ISBN 92-894-8092-0.
12. Glasa, J.: Biomedical Research. In: Pegoraro, R., Putoto, G., Wray, E. (Eds.): Hospital Based Bioethics. A European Perspective. Piccin, Padova, 2007, 178 s., ISBN 978-88-299-1841-6, s. 153 – 175.
13. Glasa, J., Dačok, J., Glasová, K.: Zur Diskussion der biomedizinischen Ethik in der Slowakischen Republik (1990 – 2007). Zeitschrift für medizinische Ethik. 53. Jahrgang (ročník), 2007, Heft 4, ISSN 0944-7652, s. 343-356.
14. Haškovcová H.: Lékařská etika. Galén, Praha, 2. vyd., 1997, 199 s., ISBN 80-85824-54-X.
15. Haškovcová H.: Thanatologie. Galén, Praha, 2. vyd., 2007, 244 s., ISBN 978-80-7262-471-3.
16. Hodge J. G.: Distinguishing Public Health Practice and Human Subjects Research. A White Paper for the University of Virginia Institute for Practical Ethics and Public Life. Public Health Leadership Society (PHLS): 2006/7, 13 s., dostupné na internetovej adrese (kontrolované – máj 2009): <http://nphl.org/CMSUploads/White%20Paper%20on%20Practice%20and%20Research%20Hodge-61603.pdf>
17. Childress J. F., Beauchamp T. L.: Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York, 1. vyd. 1984, 6. vyd. 2008, 432 s., ISBN13: 9780195335705.
18. Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W.: Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 6. vyd., McGraw-Hill Professional, New York, 2006, 227 s., ISBN 0071441999.
19. Longauer F., Palašček J. a kol.: Vybrané kapitoly pre seminár z lekárskej etiky. UPJŠ Košice, 2003, 92 s., ISBN 80-89138-05-5.
20. Munzarová, M.: Lékařský výzkum a etika. Grada, Praha, 2005, 120 strán, ISBN 80-247-0924-4.
21. Munzarová, M.: Zdravotnícká etika od A do Z. Grada, Praha, 2005, 153 strán, ISBN 80-247-1024-2.
22. Munzarová, M.: Euthanasie, nebo paliativní péče? Grada, Praha, 2005, 108 strán, ISBN 80-247-1025-0.
23. Pegoraro, R., Putoto, G., Wray, E. (Eds.): Hospital Based Bioethics. A European Perspective. Piccin, Padova, 2007, 178 s., ISBN 978-88-299-1841-6.
24. Public Health Leadership Society (PHLS): Principles of the Ethical Practice of Public Health. 2002, 14 s., dostupné na internetovej adrese (kontrolované – máj 2009): <http://phls.org/CMSUploads/Principles-of-the-Ethical-Practice-of-PH-Version-2.2-68496.pdf>
25. Slipko T.: Hranice života. Dilemy súčasnej bioetiky. Dobrá kniha, Trnava, 1998, 400 s., ISBN 80-7141-185-X.
26. Steinkamp N., Gordijn B.: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. W. Kluwer, Mníchov, 2003, 314 s., ISBN 3-472-05258-9.
27. Steinkamp, N., Gordijn, B., Borovecki, A., Gefenas, E., Glasa, J., Guerrier, M., Meulenbers, T., Rózyńska J., Slowther, A.: Regulation of Healthcare Ethics Committees in Europe. Med. Health Care Philos., Dec. 2007, 10, č. 4, ISSN: 1386-7423, s. 461 – 475.
28. Svatošová M.: Hospice a umění doprovázet. Hospic A. České, Červený Kostelec: Ecce Homo, 1995.
29. Šoltés, L. a kol.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Skriptá LF UK, Bratislava, 1994, 104 s.
30. Thomas J.: Skills for the Ethical Practice of Public Health. Public Health Leadership Society (PHLS): 2004, 10 s., dostupné na internetovej adrese (kontrolované – máj 2009): <http://phls.org/CMSUploads/Skills-for-the-Ethical-Practice-of-Public-Health-68547.pdf>
31. US President's Council on Bioethics – collection of commissioned essays: Human Dignity and Bioethics, March 2008, Washington (USA), 555 s., ISBN – nemá, dostupné na internetovej adrese (kontrolované – máj 2009): www.bioethics.gov

o verejnom zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Národná rada Slovenskej republiky sa uzniesla na tomto zákone:

Čl. I

**PRVÁ ČASŤ
ZÁKLADNÉ USTANOVENIA**

§ 1

Predmet úpravy

Tento zákon ustanovuje

- a) organizáciu a výkon verejného zdravotníctva,
- b) podmienky ochrany verejného zdravia a charakteristiky determinantov zdravia,
- c) opatrenia orgánov štátnej správy v oblasti verejného zdravotníctva (ďalej len „orgán verejného zdravotníctva“) pri mimoriadnych udalostiach,
- d) podmienky prevencie ochorení u ľudí,
- e) práva a povinnosti fyzických osôb a právnických osôb pri ochrane verejného zdravia,
- f) výkon štátneho zdravotného dozoru,
- g) sankcie za porušenie povinností na úseku verejného zdravotníctva.

§ 2

Základné pojmy

Na účely tohto zákona

- a) verejné zdravotníctvo je systém zameraný na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia,
- b) zdravie je stav telesnej a duševnej pohody; je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a determinantmi zdravia,
- c) verejné zdravie je úroveň zdravia spoločnosti, ktorá zodpovedá úrovni poskytovanej zdravotnej starostlivosti a ekonomickej úrovni spoločnosti,
- d) determinanty zdravia sú faktory určujúce zdravie, ktorými sú prostredie, genetické faktory, zdravotná starostlivosť a spôsob života,
- e) prostredie tvoria fyzikálne, chemické, biologické, ekonomické a iné faktory životného prostredia a pracovného prostredia, ktoré majú vzťah k verejnému zdraviu,

- f) spôsob života je správanie človeka, ktorého základom je vzájomné pôsobenie životných podmienok, osobnostných vlastností, sociálnych faktorov a ekonomických faktorov,
- g) hodnotenie dopadov na verejné zdravie je súbor nástrojov, ktorých cieľom je posúdiť priame a nepriame vplyvy ľudskej aktivity na verejné zdravie,
- h) epidémia je nahromadenie ochorení vyvolaných v pomerne krátkom čase na ohraničenom mieste tým istým pôvodcom nákazy,
- i) pandémie je rozsiahla epidémia s neurčitým časovým ohraničením a miestnym ohraničením,
- j) karanténne opatrenia sú protiepidemické opatrenia zamedzujúce kontakt osoby podozrivej z ochorenia alebo z nákazy s inými osobami; karanténne opatrenia sú karanténa, zdravotný dozor a lekársky dohľad,
- k) epidemiologicky závažná činnosť je taká pracovná činnosť, ktorou možno pri zanedbaní postupov správnej praxe spôsobiť vznik alebo šírenie prenosného ochorenia,
- l) ionizujúcim žiarením je žiarenie prenášajúce energiu vo forme častíc alebo elektromagnetických vln s vlnovou dĺžkou do 100 nm alebo frekvenciou nad 3.1015 Hz, ktoré má schopnosť priamo alebo nepriamo utvárať ióny,
- m) nakladanie s inštitucionálnymi rádioaktívnymi odpadmi
- 1) je zber, preprava, triedenie, skladovanie a spracovanie inštitucionálnych rádioaktívnych odpadov,
- n) systém rýchleho varovania je súhrn opatrení chrániacich verejné zdravie v prípade ohrozenia,
- o) prevádzkový poriadok je súhrn opatrení na ochranu zdravia zamestnanca a na ochranu verejného zdravia v zariadení, v ktorom existuje riziko poškodenia zdravia.

Zbierka zákonov č. 126/2006, Čiastka 52, s. 860.

Poznámka: Celý text zákona je dostupný na internetovej stránke www.zbierka.sk.

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. Medzinárodný, dvojazyčný, vedecko-odborný časopis pre otázky medicínskej etiky a bioetiky. Je určený najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti v Slovenskej republike a v zahraničí, zvlášť členom etických komisií. Má za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií a dialóg na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prináša informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, významné materiály a dokumenty, kurz pre členov etických komisií, listy redakcii a recenzie. Pôvodné vedecké a odborné práce publikované v časopise sú recenzované a musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám. Založený v roku 1994 Nadáciou Ústav medicínskej etiky a bioetiky. Počas prvých rokov existencie tvorba časopisu nadväzovala na vedecko-odborné aktivity Ústavu medicínskej etiky a bioetiky, spoločného pracoviska Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (IVZ) a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave.

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. International, bilingual, scientific - professional journal for medical ethics and bioethics. It is devoted to the broadest medical and health care professional public in the Slovak Republic and abroad. Journal pays special attention to the informational and educational needs of ethics committees' members. It aims to foster international exchange of information and dialogue in the field of medical ethics and bioethics. The journal publishes information on actual activities and events in the field of medical ethics and bioethics, original papers, review articles, important materials and documents, continuous course for ethics committees' members, letters to the editor and book reviews. Original research and review papers published in the journal are peer-reviewed and they must abide to the usual international standards. The journal was founded in 1994 by the Institute of Medical Ethics and Bioethics Foundation. During the early years of its existence, editing of the journal was related to the scientific and professional activities of the Institute of Medical Ethics and Bioethics, the joint centre of the Institute for Postgraduate Education of Health Care Professionals (IPEHCP) and the Faculty of Medicine of the Comenius University (FM CU) in Bratislava.

■ Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Výkonná redaktorka/Executive Editor: K. Glasová ■ Redakčná rada/Editorial Board: J. Dačok, R. Frydrieh, M. Glasová, K. Glasová, T. Krčméryová, J. Labus¹, J. Matulník, J. Palaščák, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: M. Babál¹, A. Bajan, I. Duriš, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčméry ml., M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, M. Makai, E. Mathéová, M. Mojzešová, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský, J. Trizuljaková ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, NY), H. Glasová (London), L. Gormally (London), T. Hope (Oxford), H. Klaus (Washington, DC), S. Leone (Palermo), T. Lajkep (Brno - Brussels), M. Munzarová (Brno), R. H. Nicholson (London), J. Payne (Prague), D. Sacchini (Rome), A. Slabý (Prague), A. Spagnolo (Rome), J. Šimek (Prague), K. Šípr (Brno), H. Watt (London) ■ Adresa redakcie: Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f., Vysoká 32, 811 06 Bratislava 1 ■ E-mail: jozef.glasa@szu.sk ■ Tel./fax: (00421-2) 5912.0004 ■ Registrované MK SR pod číslom 964/94. ■ Published by Charis a. s. Publishing House, Ipefská 3, 821 07 Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f. ■ © Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f., Bratislava, Slovak Republic.

Reklama

Advertisement