

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 - Summer 2011 Vol. 18 No. 1 - 2

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1
- On Including Religious Commitments in Ethical Decision Making. [O zahrnutí náboženského presvedčenia do etického rozhodovania.] <i>E. D. Pellegrino</i>	1,6
■ Pôvodné práce/Papers	2
- Antropotechnické aspirácie a súčasná medicína. [Antropotechnical Aspirations and Contemporary Medicine.] <i>Z. Sitarčíková</i>	2
- Etické problémy vybraných onkologických ochorení v období tehotenstva. [Ethical Problems of Selected Oncologic Diseases during Pregnancy.] <i>Z. Grabczak</i>	7
■ Krátke príspevky/Brief Papers	12
- Diskusia o eutanázii - stručný prehľad aktuálnej argumentácie. [Discussions on Euthanasia - A Brief Overview of Argumentation.] <i>M. Pírkryl</i>	12
■ Dokumenty/Documents	16
- WMA Resolution on Drug Prescription. [Rezolúcia WMA o preskripcii liekov.] <i>World Medical Association (WMA)</i> [<i>Svetová asociácia lekárov</i>]	16
- WMA Statement on the Relationship between Physicians and Pharmacists in Medical Therapy. [Stanovisko WMA o vzťahu lekárov a farmaceutov pri medikamentóznej liečbe.] <i>World Medical Association (WMA)</i>	17
■ Recenzie/Book Reviews	18
- A Glass Darkly: Medicine and Theology in Further Dialogue <i>J. Glasa</i>	18
- Lidské embryo v perspektíve bioetiky. <i>T. Krčméryová</i>	19
■ Pre etické komisie/For Ethics Committees	21
- Etická komisia: typy, podmienky členstva, spôsob práce a hlavné oblasti činnosti - vybrané praktické aspekty. [Ethics Committee: Types, Conditions for Membership, Methods of Work, and Main Areas of Activity - Selected Practical Issues.] <i>J. Glasa, M. Glasová, T. Krčméryová, H. Glasová</i>	22

CITÁT / QUOTATION¹

ON INCLUDING RELIGIOUS COMMITMENTS IN ETHICAL DECISION MAKING

On the physician's part, to act for the good of the patient includes attention to all of the patient's interests-spiritual, as well as medical and material. (6) To violate beliefs, whether religious or not, that are intrinsic to a patient's self identity is to violate the intrinsic dignity of the patient. It is an essential obligation of the healing relationship, therefore, that both physician and patient recognize and respect each other's religious values.

If the health professional shares the patient's beliefs, he has a serious obligation to assist the patient to make a morally authentic decision. He can help the patient identify the moral issues and suggest appropriate pastoral counseling when the patient is in spiritual doubt. This often is the only effective resource for coping with the tragic choices so common in chronically debilitating or fatal diseases. This is an obligation too often neglected even by Christian physicians and nurses.

Even when the health professional is intellectually and emotionally opposed to the patient's beliefs, there is still an obligation to recognize the patient's religious values. The physician who cannot, in good conscience, agree with the patient's beliefs in this way should withdraw from his care. This must always be done respectfully and without vindictiveness or rancor. To override the patient's beliefs by deception, to ridicule them as "irrational," or attribute them to some mental aberration is not defensible. Respect for persons means precisely that-respect for the patient as he or she is, not as the physician wants him or her to be or believe. Respect for the patient's dignity does not extend to cooperation with an immoral act.

It is equally indefensible to take advantage of the patient's vulnerability or anxiety by forcing one's own beliefs on the patient. Some Christians believe if

(continued, p. 6)

¹ Text taken from (p. 15-16): Pellegrino, E.: The Catholic Physician in an Era of Secular Bioethics. *Linacre Quarterly*, 78(1) (February 2011), p. 13-28.

ANTROPOTECHNICKÉ AŠPIRÁCIE
A SÚČASNÁ MEDICÍNA

Zuzana Sitarčíková

Katedra pedagogických štúdií, Pedagogická fakulta, Trnavská univerzita, Trnava, Slovenská republika

Vylepšená odveká túžba človeka po zlepšení

Človek sa od nepamäti usiloval o zlepšenie seba samého, svojich schopností a možností. Na zlepšenie svojej výkonnosti si dokázal zostrojiť a zostrojuje rozmanité nástroje – od klinov, sekáčov, oštepov, cez kladivo, dýku až po kalkulačku, počítač, či Microsoft Word. Svoje zrakové schopnosti zlepšuje okuliarmi, ďalekohľadom, či mikroskopom, hlasové orgány si vie zas zlepšiť mikrofónom atď. Vyratúvanie príkladov zlepšovania môže zachádzať aj do väčších všeobecností a krajností: topánky ako zlepšenie nôh, šaty ako zlepšenie pokožky, zápisník ako zlepšenie pamäte... (1), (2) Pri uvedených spôsoboch zlepšenia aktuálnych ľudských schopností však ide iba o vonkajšie (externé) využitie nástrojov, prístrojov, či vecí.

Ak by sme mali hovoriť o *zásahoch* do ľudského bytia za účelom jeho zlepšenia, mohli by sme prísť minimálne k dvom klasickým formám, a síce, mohli by sme hovoriť o medicínskej terapii a prevencii na jednej strane – a o úsilí o osobnostné pozdvihnutie, 'kultivovanie' človeka na strane druhej. Výchova a vzdelávanie *zušľachtuje* osobnosť človeka, medicínska terapia mu zas prinavracia stratenú zdravotnú rovnováhu. Prevencia zas napomáha narušeniu tejto prirodzenej zdravotnej rovnováhy predchádzať. Obe formy tak človeku pomáhajú „byť človekom“, sú morálne prijateľné a žiaduce.

S nástupom a rozvojom nových technológií, akými sú napríklad nanotechnológie, biotechnológie a neurotechnológie, vzrastá inštrumentálna moc človeka nad jeho vlastnými biologickými charakteristikami. S tým sa otvárajú ďalšie možnosti ako súčasného človeka „zlepšiť“. Ide o možnosti a úsilie so zámerom pretvoriť samotnú ľudskú prirodzenosť, ktorá sa tak odrazu stáva akýmsi materiálom na opracovanie, akými sú pre človeka ostatné súčasti prírody. Ašpirácie premodelovať, zmeniť našu ľudskú prirodzenosť, už však nemožno považovať ani za ašpirácie zušľachtujúce človeka, ani za starajúce sa o prirodzenú rovnováhu vlastnú človeku, pretože ich cieľom je umožniť mu „byť niekým iným ako človekom, ktorého poznáme dnes“.

Podľa Mainettiho, predstaviteľa latinskoamerickej bioetickej školy, sú takéto ašpirácie súčasťou novej medicíny - *medicíny želania* („medicina del deseo“) alebo *pygmaliónskej medicíny* („medicina pygmalionica“). (3) Tiež sa možno stretnúť s pojmom „antropoplastia“ (4) a v nemeckej a francúzskej jazykovej oblasti s pojmom „antropotechnika“ (5, 6), ktorý je použitý i v tomto texte. Objavenie sa potreby pomenovať tieto ašpirácie a zásahy svedčí o prekročení pôvodného záujmu a rámca tradičného *umenia liečiť*.

O pôvodnom poslaní medicíny nám môže niečo napovedať aj etymológia. „Medicína“ a „meditácia“ pochádzajú z rovnakého indoeurópskeho koreňa vyjadrujúceho „starostlivosť o rovnováhu a harmóniu citeľnú v prírode“. Etymológia „terapie“ zas súvisí s etymológiou slova „adorá-

cia“, „uctievanie“ – vyjadrujú „rešpekt k posvätnému poriadku univerza“. (7)

Možno konštatovať, že od tradičnej medicíny orientovanej na starostlivosť o prirodzenú rovnováhu človeka, na znovu nastolenie zdravého stavu, sa postupne akoby presúvame k antropotechnickému úsiliu, ktorému ide nielen o stav nadnormálny, dokonalý, či dokonca arbitrárne želiteľný, ale i k akémusi druhu „pomoci“ našej prirodzenej evolúcii. Od šľachtenia rastlín a zvierat ako cielene vedených procesov, prostredníctvom ktorých ľudia menia ich charakteristiky na svoj úžitok, sme sa odrazu ocitli pri *šľachtení* človeka. Možno drsne znejúce prirovnanie, ale ide tu naozaj o cielene procesy, prostredníctvom ktorých chcú ich zástancovia meniť viaceré podstatné charakteristiky súčasného človeka. Ale ide tu skutočne o úsilie zamerané na *prospech* ľudstva? Od podpory aktívneho utvárania a rozvoja osobnosti pozorujeme prechod k produkcii nového modelu človeka technologickými zásahmi do jeho organizmu, pretože technologické prostriedky údajne predstavujú účinnejšiu a rýchlejšiu cestu. Ale cestu kam?

Spolu s problémom „*human enhancement*“ (*vylepšovanie človeka*), ktorý prerástol za posledné roky do jednej z významných otázok súčasnej aplikovanej etiky (8, 9), nie je preto snáď ani prehnané hovoriť aj o novej „kríze medicíny“, jej identity ako profesie: Čo ešte je – a čo už nie je v kompetencii súčasnej medicíny? A kam tento vývoj smeruje?

Tradičné ciele tradičnej medicíny?

„*Medicína už není pouhým prostředkem, jímž čelíme chorobám, jako tomu bylo v klasickém pojetí; stává se cestou k rozšíření lidských možností. [...] Jde však také o posun v našem vnímání toho, co je vlastně náplní medicíny; a nadměrný posun ji může změnit v pouhý soubor neutrálních faktů a technik, které má jedinec volně k dispozici a které podléhají pouze ekonomickým omezením.*“ (10)

Otázkou prehodnotenia cieľov medicíny, vzhľadom na rozrastajúce sa možnosti jej pôsobnosti v zasahovaní do ľudského organizmu umožnené dosiahnutým pokrokom a novými technológiami, sa ešte na sklonku minulého storočia zaoberala medzinárodná pracovná skupina pozostávajúca zo zástupcov 14 krajín, vrátane Slovenska (Projekt „Ciele medicíny“ – angl. Goals of Medicine, koordinovaný svetoznámy bioetickým pracoviskom The Hastings Center (NY, USA)). Po štyroch rokoch skúmania a multilaterálnych diskusií dospela táto multidisciplinárna skupina odborníkov k nasledujúcemu záveru: medicína si má udržať svoje tradičné ciele, pretože, nakoľko stelesňujú inherentné hodnoty medicíny, pomôžu jej uchovať si vlastnú identitu a integritu, napríklad aj pri silnom sociálnom alebo politickom nátlaku na jej využitie pre rôzne anachronické alebo iné nevhodné zámery. Ako tradičné ciele medicíny boli tputo skupinou formulované (10):

- i) prevencia chorôb a poranení, podpora a udržiavanie zdravia;
- ii) úľava od bolesti a utrpenia spôsobených zdravotnými neuhmami;
- iii) starostlivosť o chorých a o ich vyliečenie, ako aj starostlivosť o tých, ktorí nemôžu byť vyliečení;
- iv) odvrátenie predčasnej smrti a zaistenie pokojného umierania.

Okrem toho sa spresňujú aj niektoré ďalšie dôležité skutočnosti, a síce, že cieľom medicíny nie je absolútny *prospech* jednotlivca, ktorý by znamenal ísť za hranice zdravia ako takého, a že smrť je možné iba oddialiť, nemôžeme nad ňou zvíťaziť.

Čo však potom s takými zákrokmi do ľudského organiz-

mu, akými sú napríklad hormonálna antikoncepcia, či umelé potraty, ktoré na to, aby spadali pod napĺňanie cieľov medicíny, by zrejme potrebovali definovať tehotenstvo ako chorobu. Športovec dopujúci sa steroidmi tiež nebojuje proti patológii, ale takýmto spôsobom sa usiluje zvyšovať svoju výkonnosť. Podobne možno vnímať konanie ženy, ktorá podstúpi plastickú operáciu prsníkov nie z dôvodu predchádzajúceho poškodenia rakovinou, ale len preto, aby bola „krajšou“. Iným príkladom môžu byť používatelia upokojujúcich liekov (sedatív) alebo niektorých antidepresív, ktorými neliečia svoj patologický strach alebo skutočnú depresiu, ale len tlmia svoje pocity, spojené s aktuálnymi existenčnými problémami. Môžeme pozorovať snahy o postupné ovládnutie ľudskej prokreácie a sexuality, telesnej sily a „estetického“ vzhľadu, emocionálneho stavu, inteligencie i starnutia. Toto úsilie dnes zatiaľ vrcholí úvahami o zásahoch do genetickej informácie zárodočných buniek, vytvorenia „človeka na mieru“, rôznych kyborgov, chimér, a inými nateraz fantastickými predstavami – napríklad o zabezpečení 'nesmrteľnosti' vo forme pokračujúcej netelesnej existencie „stiahnutých myslí“ ľudí vo virtuálnej realite. Sme svedkami radikálnej transformácie medicíny? Alebo chceme zachovať pre medicínu jej tradičné poslanie, v dôsledku čoho by sme mali vymedziť z oblasti jej záujmu všetky praktiky antropotechniky, ktoré svojou podstatou do nej nespádajú? Skôr, ako sa pokúsime poukázať na rozpor medzi medicínou a antropotechnikou, je však potrebné ozrejmiť, čo konkrétne sa má na mysli, keď sa hovorí o antropotechnike.

Čo je to antropotechnika?

Najprv stručná etymologická analýza. Výraz „antropotechnika“ pozostáva z dvoch sémantických koreňov, a sice „antropo(s)-“ a „technika“, pričom „antropo(s)-“, teda človek, je tu predmetom a „technika“ spôsobom zásahu do predmetu. Pojem antropotechnika (fr. anthropotechnie) sa pôvodne objavoval v projektoch eugeniky popri pojmoch akými boli antropogenika (fr. anthropogénie), megalantropia (fr. mégalanthropie) (112), avšak širšie sa neujal. Spomína sa aj v *Trésor de la Langue Française* z roku 1957, kde sa definuje ako skupina techník podporujúca biologický a kultúrny vývoj človeka, no ani v tomto význame sa nezažíval.

V ostatných rokoch sa však termín antropotechnika znova uvádza do odbornej terminológie. Značný podiel na tom má, z pohľadu slovenského pozorovateľa, súčasný nemecký filozof Peter Sloterdijk, známy svojou prednáškou týkajúcou sa problematiky genetickej selekcie ľudí v kontexte humanizmu (pod názvom *Reglen für den Menschenpark – Pravidlá pre ľudskú záhradu* (12)), ktorou 'rozčeril' hladinu eugenickej otázky a podnietil filozofickú diskusiu nielen v nemeckých kruhoch. Podľa Sloterdijka je antropotechnika („Anthropotechnik“) „filozofická a antropologická teória, na základe ktorej človek sám je podstatne produktom.“ (5) Evolúcia človeka je tak v jeho vlastných rukách – napríklad v „rukách“ biotechnológií, resp. génových technológií. Zatiaľ čo na francúzskych filozofických katedrách bolo a aj je jeho meno pravidelne skloňované a jeho knihy sa prekladajú do francúzštiny, ba aj niektorí predstavitelia francúzskej filozoficko-etickéj oblasti pojem antropotechnika používajú (napríklad Jérôme Goffette a Gilbert Hottis), na Slovensku je tento filozof i pojem antropotechnika dosiaľ málo známy. V dostupnej slovenskej filozoficky orientovanej literatúre venovali Sloterdijkovi a ním propagovanej antropotechnike (či antropotechnikám) pozornosť *Zošity Humanistov*. (13) Problematikou antropotechniky vo vzťahu k medicínske- mu využitiu nanotechnológií a nanovied sa zaoberala aj autorka tohto príspevku vo svojej dizertačnej práci. (14)

Dalším autorom, ktorý pracuje s pojmom antropotechnika je súčasný francúzsky filozof vedy Jérôme Goffette, pôsobiaci na Univerzite v Lyone. Podľa neho, antropotechnika („anthropotechnie“) je „umenie alebo technika mimo-medicínskej transformácie ľudskej bytosti zásahmi do jej tela.“ (67) Vo svojej knihe *Naissance de l'anthropotechnie (Zrodenie antropotechniky)*, s podtitulom *De la médecine au modelage de l'humain (Od medicíny k modelovaniu človeka)*, dáva Goffette antropotechniku do zreteľnej opozície voči medicíne chápanej na základe jej tradičných cieľov, ako sme ich uviedli vyššie. Túto opozíciu, či nesúlad priblížime v nasledujúcej časti nášho príspevku tak, ako ich v citovanej publikácii charakterizuje Goffette.

Rozpor medzi medicínou a antropotechnikou

Na tomto mieste sa pokúsime o stručné porovnanie medicíny a antropotechniky, pričom prizmou skúmania nám bude diagnostika, motivácia a naliehavosť konania, ako aj zdôvodniteľnosť, respektíve 'ospravedlniteľnosť' podstupovaného rizika.

Na úrovni diagnostiky je rozdiel v tom, že z hľadiska medicíny pacient prichádza za lekárom s konkrétnym zdravotným problémom, pretože predpokladá, že zdravotný problém má. Úlohou lekára je potvrdiť túto skutočnosť medicínskou diagnostikou ako identifikovaním prítomnej patológie. Lekár hľadá príčinu choroby, bolesti, pacientových príznakov, ťažkostí. V oblasti antropotechniky sa nedá hovoriť o diagnostike v pravom zmysle slova, pretože tu sa nehľadá patológia, ani príčiny ochorenia. „Pacient“ (ktorý nie je pacientom, ale skôr klientom) prichádza za „lekárom“ (ktorý nie je lekárom, ale skôr poskytovateľom služby) s požiadavkou na modifikáciu, zmenu určitej vlastnosti alebo vlastností svojho tela, jeho fungovania, či výkonnosti.

Kým v medicíne má konanie lekára, ktorým reaguje na avizované utrpenie pacienta imperatívny charakter, a vyžaduje si urýchlené, prípadne urgentné zakročenie navrhnutím najvhodnejšieho liečebného postupu, v antropotechnike sa avizuje požiadavka modifikácie, ktorá nemá imperatívny charakter. Na rozdiel od medicíny je v antropotechnike vždy možnosť nekonať, a to bez toho, aby to malo dôsledky pre zhoršenie zdravotného stavu alebo privodenie smrti. Zatiaľ čo medicína nariaďuje a prikazuje, aby odvrátila chorobu a tak slúžila životu, pričom je motivovaná 'tradičnými' medicínskymi etickými princípmi prospešnosti a neškodnosti, antropotechnika by takýto „nariaďujúci“ postup považovala za obmedzenie individuálnej slobody. Jej ústredným princípom je totiž princíp autonómie. Kým v medicíne pacient podstupuje potrebné riziko v mene vlastného zdravotného prospechu (záchrana života, prinavrátenie alebo upevnenie zdravia), v antropotechnike sa „klient“ zasahovaním do svojho tela vystavuje riziku, ktoré nie je (nutne) kompenzované prospechom pre jeho zdravie. Keďže v medicíne sa nevykonávajú zákroky, pri ktorých riziko prevyšuje zamýšľaný prospech, antropotechnika sa aj v tomto ohľade zreteľne vyčleňuje z medicínskeho rámca.

Vzhľadom na uvedené skutočnosti možno povedať, že súčasná medicína nemôže akceptovať antropotechnické zákroky, keďže sú svojou podstatou v rozpore s jej cieľmi a poslaním. Medicína sa usiluje napraviť prítomné nedostatky a poruchy, a tak človeku (pacientovi) prinavrátiť alebo upevniť zdravie (čo sa dá vyjadriť tiež ako smerovanie: *patologické* → *normálne*). Antropotechnika však chce nastoliť zmenený, modifikovaný stav (*normálne* → *modifikované*, prípadne *patologické* → *modifikované*).

Na priblíženie tohto rozdielu sa niekedy používa aj nasle-

dovné prirovnanie: kým konanie v medicíne sa podobá reštaurácii umeleckého diela, konanie v antropotechnike je skôr pretváraním daného umeleckého diela na jeho inú, novú podobu. Nemožno si však nevšimnúť dve otázky, ktoré sa v súvislosti s tým objavujú: Je každá modifikácia vylepšením? Ak podstatným pre rozlíšenie cieľov medicíny od antropotechniky je určenie hraníc toho, čo je „normálne“, inak povedané „zdravé“, tak čo je zdravie a kto je, respektíve aký je vlastne „zdravý jedinec“? Pokúsime sa postupne odpovedať na obe položené otázky.

Antropotechnika a idea vylepšovania človeka

Je možné stretnúť sa s takým chápaním vylepšovania človeka, ktoré sa stotožňuje s jeho modifikáciou. Napríklad Greely definuje vylepšovania človeka ako zmenu štruktúry a fungovania jeho tela, čo možno chápať aj ako akúkoľvek modifikáciu. (15) Takéto vymedzenie však naráža na problém, pretože si vieme predstaviť takú modifikáciu, taký zásah do štruktúry a fungovania tela, ktorý nemusí byť vylepšením.

Vezmime si ako príklad nasledujúce prípady: amputácia zdravej končatiny na želanie pacienta, podávanie látok na zastavenie rastu postihnutému dieťaťu na žiadosť rodičov, aby bolo pre nich ľahšie starať sa oň, užívanie hormonálnej antikoncepcie narušajúcej prirodzený hormonálny stav ženy atď. V týchto prípadoch možno hovoriť o tzv. *nevylepšujúcej* („un-enhancement“) modifikácii (16), teda modifikácii, ktorá nevylepšuje schopnosti človeka, ani jeho výkonnosť, ale naopak, zdá sa byť ich umenšením, či poškodením.

Môžeme tiež hovoriť o modifikáciách, zásahoch do organizmu, ktoré nemajú za cieľ vylepšovať schopnosti, či výkonnosť človeka, ale ani mu (očividne) priamo neškodia, hoci isté riziko predstavujú. Príkladom môžu byť zmeny alebo úpravy vonkajších znakov pohlavia, „estetické“ plastické operácie (napr. skrátenie nosa, zväčšenie prsníkov, pier, penisu), rozsiahle tetováže alebo „piercingy“, ako aj rôzne bizarné zásahy, ktoré sa napríklad pokúšajú dať človeku výzor určitého zvierata – napríklad jašterice (potetovaním celého tela, rozstrihnutie jazyka, plastika tváre zohľadňujúca črty jašterice...) alebo mačky (modifikácia uší, implantácia zubov mačkovej šelmy, líčne implantáty, plastika nosa a pier). „Lizardman/Lizardwoman“ alebo „Catman/Catwoman“ nie sú dnes žiadnymi fikciami: ide už o reálne osoby, ktoré takéto zmeny svojho tela podstúpili. V najbližšom pláne je vraj dosiahnutie vzhľadu delfína. Ďalší vývoj tejto pseudo-estetiky zatiaľ nevieme vôbec predvídať.

Uvedené (a im podobné) zásahy do štruktúry a fungovania ľudského tela nie je podľa nášho názoru vhodné zaradiť pod pojem „vylepšovanie človeka“. Tieto modifikácie sa niekedy označujú aj ako „inžiniering človeka“ („human engineering“) (16). Ide o antropotechnický zásah, ktorý modifikuje, modeluje človeka podľa určitého konkrétneho zámeru (napríklad podľa jeho želania, s ohľadom na módný trend a pod.).

Pojem modifikácia je širší ako pojem vylepšovanie, pričom však každé vylepšovanie predpokladá modifikáciu. Modifikácia, ako zásah do fungovania a štruktúry tela človeka, a vylepšovanie ako modifikácia, pri ktorej sa predpokladá, že výsledok prinesie danému človeku prospech. A to bez ohľadu na to, či ide o prospech reálny alebo je daný „prínos“ za prospešný len považovaný, a bez ohľadu na možné nepredvídané negatívne vedľajšie účinky, a na to, či sa prospech napokon dosiahne. Dôležité je, že sa prospech – v zmysle dosiahnutia vylepšenia, zlepšenia, zvýšenia schopnosti, výkonnosti, stavu, či kvality života človeka – zamýšľa dosiahnuť.

S ohľadom na uvedenú antropotechnickú orientáciu nor-

málne → modifikované, prípadne patologické → modifikované možno uviesť, že keď hovoríme o „vylepšovaní človeka“, tak hovoriac o užšej kategórii v rámci antropotechniky „modifikované“ nahrádzame za „vylepšené“, čím sa pohybujeme v orientácii normálne → vylepšené, resp. patologické → vylepšené.

Medicína a čo je normálne

Je zrejmé, že sa tu ocitáme pri probléme definovania, či vymedzenia hraníc toho, čo je normálne, čo je zdravé. Najprv je však potrebné objasniť, o akú normalitu tu vlastne ide. Možno medicínsku normalitu stotožniť s normalitou založenou na spoločenskej dohode, alebo sa medicínska normalita skôr identifikuje s normalitou štatistickou? Všimneme si analýzu, ktorú ponúkol Goffette (6).

Štatistická normalita, znázornená typickou Gaussovou krivkou (pre prípad normálneho rozdelenia kvantitatívnych hodnôt), zachytáva stredné hodnoty istej kvantitatívne merateľnej črty. Pritom je možné stanoviť určitý interval hodnôt, v ktorom sa nachádza napríklad 90-95% danej populácie. Označuje sa ako zóna normality. Tento štatistický prístup, ktorý sa snaží byť objektívny, je skôr prístupom biológie ako medicíny. Tá nevychádza z takýchto výpočtov, na základe ktorých by bolo 5-10% osôb v danej populácii bolo považovaných za abnormálnych. Medicína musí vychádzať z konkrétnych klinických zistení. Pre medicínu môže byť stanovená normalita aj odlišná od normality štatistickej. Vezmime si ako príklad také zriedkavé vlastnosti človeka, akými sú absolútny sluch alebo výška nad 220 cm. Obe tieto vlastnosti sa nachádzajú podľa štatistickej normy za zónou normality, podľa medicínskej sú však v zóne normality (ak vyšší vzrast daného človeka nie je dôsledkom napríklad endokrínnej poruchy, pozn. aut.), a nie v zóne patológie vyžadujúcej liečebný zásah. Štatistická normalita nie je teda vždy totožná s normalitou medicínskou.

Ďalej Goffette uvažuje o medicínskej a spoločenskej normalite. Pre spoločenskú normalitu sa používa aj označenie konformita. Normálny v tomto zmysle je človek, ktorého správanie a stav bytia je v súlade s tým, čo spoločnosť označuje za normálne. Pre niektorú spoločnosť tak v istom období môže byť nonkonformným nanizmus (nízky vzrast – pokiaľ nie je dôsledkom chorobnej, napríklad endokrínnej poruchy), albinizmus, tmavá alebo svetlá farba pokožky, vitiligo (oblasť depigmentácie kože), rozsiahly plošný hemangióm kože („oheň“) atď. Tieto stavy však nie sú v medicíne považované za patologické, považujú sa za normálne v tom zmysle, že si nevyžadujú liečebný zásah. Naopak, to, čo môže byť v zóne normality spoločenskej, môže sa v ocitnúť v medicínskej zóne patologického – napr. jesenná nádcha. Ukazuje sa, že normalita spoločenská je záležitosťou dohody (konvencie) a je historicky relatívna, zatiaľ čo medicínska normalita je viac vecou objektívnej reality.

Normalita v kontexte medicíny tak podľa Goffetteho nie je stotožniteľná ani so štatistickou, ani so spoločenskou normou. Nejde tu o záležitosť abstraktnú, ale o vec veľmi konkrétnu, pretože orientuje a nasmerováva každú medicínsku aktivitu. Normalita v medicínskom kontexte je praktickým princípom. Lekár musí vedieť, kedy má povinnosť konať (patologický stav) a kedy sa jeho aktivita neočakáva (normálny stav). Zároveň sa normalita (a teda aj patológia) v kontexte medicíny javí ako menej závislá ľubovôle a rozhodnutia konkrétneho človeka. (Osobitným problémom je normalita v psychickej – psychiatrickej oblasti.) Toto rozvažovanie o normalite a patológii by sme mohli uzavrieť konštatovaním, že oba pojmy sú pre medicínu veľmi dôležité. V istom zmysle je medicína na rozlišovaní týchto dvoch pojmov založená. Považovať pojmy normál-

neho a patologického v kontexte medicíny za nezrozumiteľné alebo nedefinovateľné by pravdepodobne znamenalo jej narušenie ako vedecko-odbornej disciplíny. Medicínu totiž charakterizuje najmä to, že diagnostikuje a lieči – t.j. snaží sa zistiť a účinne ovplyvniť chorobný, patologický stav tak, aby sa znovu nastolil stav normálny, zdravý. (6)

O probléme definovania zdravia

Ukázali sme, že v kontexte medicíny má zásadný zmysel hovoriť o normálnom a patologickom, že nejde o prázdne pojmy. Naďalej však ostáva otvorenou otázka, ako definovať to, čo je (medicínsky) normálne, a teda aj to, čo je zdravé?

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) sa zdravie definuje ako „...stav úplného fyzického, mentálneho a sociálneho blaha.“ (17) Táto definícia je rovnako všeobecne známa, ako aj neurčitá. Možno usudzovať, že na jej základe by bolo možné podporiť temer akékoľvek *vylepšovacie* zásahy, ktoré by smerovali k zvýšeniu fyzického, duševného a sociálneho blaha človeka. Veď málokto (skôr nikto) o sebe môže povedať, že je zdravý v zmysle „úplného fyzického, mentálneho a sociálneho blaha“. Táto definícia zdravia je teda nielen neurčitá, ale aj „idealistická“. Posúva horizont medicínskeho zásahu veľmi ďaleko. Možno pritom hovoriť až o „utópii dokonalého zdravia“ („l' utopie de la santé parfaite“ podľa Luciana Sfeza). (18)

Človek na zemi nežije v rajsých podmienkach, nezažíva nepretržitý stav blaženosti. Jeho život je skôr poznačený (ne)rovnováhou medzi uspokojením túžob a potrieb – a frustráciou. Cieľom medicíny nie je priniesť raj na zem, zabezpečiť blaho a vyhnúť sa utrpeniu, ale skôr utrpenie zmiernovať a podľa možnosti oddialiť smrť človeka. Hlavným nedostatkom definície SZO podľa Goffetteho je, že zamieňa úplné blaho („bien-être“) s absenciou zla, bolesti, utrpenia a choroby („mal-être“). (6)

Predpokladáme, že zdravie sa musí chápať vo vzťahu k patológii. Problém definovania zdravia je tak aj problémom definovania patologického stavu. Definovanie toho, čo je zdravé, (medicínsky) *normálne*, závisí od definovania toho, čo je patologické. (19) Patologické nadobúda svoj zmysel v medicínskom kontexte odkazovaním na utrpenie, trápenie, bolesť, sužovanie pacienta. Medicína sa ale neopiera len o subjektívny pocit utrpenia, bolesti, ale skôr o objektívne identifikovateľné anomálie. Je však potrebné poznamenať, že nie každá anomália je nevyhnutne patologická – napr. *situs viscerum inversus* (opačné rozmiestnenie orgánov v brušnej dutine). Rovnako, nie každé subjektívne utrpenie musí nevyhnutne znamenať medicínsky patologický stav – môže ísť napríklad aj o tzv. existenciálne utrpenie, spojené so strasťami života (napr. sklamanie v láske, samota v starobe, neuspokojené túžby). Absencia utrpenia, bolesti však tiež nutne neznamená stav zdravia. Nie je totiž nezvyčajné, že sa zistí patologický stav, ktorý v danom čase (ešte) nie je sprevádzaný utrpením, či bolesťou. Napr. ochorenie AIDS je vo svojich počiatkoch ticho prítomné v organizme, nespôsobuje žiadne utrpenie, ani negatívne pocity (najmä ak postihnutý o infekciu HIV/AIDS nevie). Predsa sa však tento stav označí za patologický: infekcia vírusom HIV/AIDS totiž ukrýva v sebe niečo, čo možno označiť ako hrozbu budúceho utrpenia a smrti človeka. Podobne je to aj pri iných patologických stavoch v ich včasnom, predsymptomatickom štádiu (napr. pri onkologických ochoreniach). (6)

Možno konštatovať, že súčasná medicína nemá vo svojej náplni a cieľoch vykonávanie takých zásahov, ktorých výsledkom by malo byť dosiahnutie „nad-normálneho“ či „vylepšeného“ stavu. Prevažujúce chápanie zdravia a choroby, ako sme ich tu v stručnosti priblížili, vedie medicínu

nu k boju proti chorobám a iným narušeniam zdravia (napr. úrazy, poškodenia fyzikálnymi a chemickými činidlami a i.). Toto úsilie medicíny nezahŕňa iba liečbu patologických stavov, ale aj preventívnu a paliatívnu starostlivosť, ktorá im má predchádzať, resp. poskytnúť úľavu chorému človeku aj vtedy, keď vyliečenie/uzdravenie alebo odvrátenie nevyhnutnej smrti už nie je možné. Toto úsilie nie je bojom za ideálny stav dokonalého (fyzického, duševného a sociálneho) blaha, ktorý rozoznávame v snahách antropotechniky. Súčasná medicína, zdá sa, zatiaľ stále pristupuje k človeku ako k bytosti, pre ktorú je prirodzené trpieť, starnúť a zomrieť.

Záver

Naše zamyslenie nad súčasnými antropotechnickými aspiráciami, ktoré sa objavujú na širokom pomedzí dnešnej medicíny a zdravotnej starostlivosti, sa pokúsime uzavrieť poukázaním na výzvy, ktoré tieto aspirácie predstavujú pre (bio)etiku. Aktuálna diskusia sa posúva z kritického bodu, ktorým bolo stanovenie hranice medzi vylepšovaním a terapiou, k úvahám a širšej spoločenskej debате o biologických, etických, kultúrnych, ba aj politických rozmeroch a dôsledkoch uvažovaných antropotechnických zásahov. Ďalej sa akcentuje aj v súvislosti s vývojom a aplikáciou tzv. konvergujúcich technológií (spoločná aplikácia bio-, nano- a informačných technológií).

Antropotechnika a jej aspirácie už dnes kladú pred rozmyšľajúceho človeka množstvo morálnych, respektíve etických otázok. Ide aj o to, aké (etické) princípy a normy by mali dnes a v budúcnosti usmerňovať aplikácie nových technológií a technických výdobytkov tak v prípade konkrétneho človeka – jednotlivca, ako aj v rozmere daných ľudských spoločenských, ba celého ľudstva. Akým spôsobom, na základe čoho, a kým by sa mali stanovili hranice, ktoré by sa (nikdy?) nemali prekročiť. Za akých podmienok by aplikácia postupov zahŕňaných dnes do oblasti antropotechniky mohla byť v súlade s pradávnou ľudskou snahou o harmonický rozvoj človeka, jeho osobnosti, smerujúci k schopnosti „žiť dobrý ľudský život“, či k schopnosti odpovedať na jeho osobné povolanie dávať v každej situácii zo seba vždy to najlepšie? Pochopiteľne, ak sa ešte stále chce usilovať o ideál ľudského života a šťastia spočívajúci na charaktere a cnostiach, a nielen na kvantitatívnych parametroch fyzickej, psychickej alebo „sociálnej“ – pracovnej, komerčnej a konzumnej – výkonnosti.

Literatúra

1. LIN, P., ALLHOFF, F.: Nanoethics and Human Enhancement: A critical Evaluation on Recent Arguments. In: *Nanotechnology perception*, roč. 2, 2006, č. 1, s. 47-52.
2. BOSTROM, N.: Human Enhancement Ethics: The State of the Debate. In: BOSTROM, N., SAVULESCU, J. (eds): *Human Enhancement*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
3. MAINETTI, J.A.: Quo vadis homo?: la poshumanidad. In: *Revista Colombiana de Bioética*, 2007, č. 1, s. 11 - 32.
4. TRIANA, J. E.: La medicina entre la necesidad y el deseo. Dignidad humana, cuerpo y tecnología. In: *Revista Colombiana de Bioética*, 2009, č. 2, s. 15 - 51.
5. SLOTERDIJK, P.: *La domestication de l'Être*. Paris: Mille et une nuits, 2000.
6. GOFFETTE, J.: *Naissance de l'anthropotechnie: De la médecine au modelage de l'humain*. Paris: VRIN, 2007, 187 s.
7. HOTTOIS, G.: *Dignité et diversité des hommes*. Paris: Vrin, 2009, 198 s.
8. GORDIJN, B., CHADWICK, R. (Eds.): *Medical enhancement and Post-humanity*. Springer, 2008.
9. BOSTROM, N., SAVULESCU, J. (Eds.): *Human Enhancement*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
10. Cieľ medicíny. Hľadání nových priorit. Závereční zpráva mezinárodního multicentrického výzkumního projektu. In: *Med. Etika Bioet.*, 4, 1997, č. 1, s. 3-19.
11. CAROL, A.: *Histoire de l'eugénisme en France*. Paris: Seuil, 1995.
12. SLOTERDIJK, P.: *Règles pour le parc humain*. Paris: Mille et une nuits, 2000, 62 s.
13. *Zošity humanistov*, č. 14. Dostupné [online] na: www.zosity-humanistov.sk
14. SITARČÍKOVÁ, Z.: *Etické aspekty nanomedicíny. Kritika antropotechnických a transhumanistických aspirácií*. Doktorská dizertačná práca, Katedra filozofie Filozofickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku, Ružomberok, 2010, 160 s.
15. GREELY, H.: Regulating Human Biological Enhancements: Questionable Justifications and International Complications. In: *Santa Clara Journal of International Law*, 2006, č. 4, s.

87-110. 16. ALLHOLF, F., LIN, P., MOOR, J., WECKERT, J.: *Ethics of Human Enhancement: 25 Questions & Answers*. Prepared for US NSF. [online]. 2009 [cit. 2010-02-02]. Dostupné na: www.humanenhance.com 17. World Health Organisation (WHO): *Constitution de l' Organisation Mondiale de la Santé*. Genève, 1973. 18. SFEZ, L.: *La santé parfaite: Critique d' une nouvelle utopie*. Paris: Seuil, 1995. 19. CANGUILHEM, G.: *Le normal et le pathologique*. Paris: Press Universitaires de France, 2005.

Sitarčíková, Z.: Antropotechnické ašpirácie a súčasná medicína. [Antropotechnical Aspirations and Contemporary Medicine.] *Med. Etika Bioet.*, 18, 2011, No. 1 – 2, p. 2 – 6.

Abstrakt

Medzi ciele medicíny, starajúcej sa o zdravie človeka, sa čoraz častejšie a s väčšou intenzitou vtierajú aj ciele dosiaľ medicíne cudzie, ktoré nazývame ciele *antropotechnické*. Ich primárnym zámerom je súčasného človeka modelovať, meniť. Pojem *antropotechnika* nie je zatiaľ všeobecne prijatý, no mnohé postupy, ktoré dnes možno do tejto oblasti zahrnúť, akými sú napríklad používanie anabolických steroidov a iných foriem fyzického a psychického dopingu; psycho-farmaká životného štýlu a iné lieky ovplyvňujúcich psychické funkcie; hormonálna antikoncepcia; kozmetická plastická chirurgia; eugenické umelé potraty; umelé oplodnenie, asistovaná reprodukcia a náhradné materstvo; predimplantačná a prenatálna diagnostika s eugenickými cieľmi; eugenické génové manipulácie; využitie informačných technológií, nanotechnológií a metód bioinžinierstva; 'inteligentné' implantovateľné prístroje a zdravotné pomôcky; regeneratívna medicína a klonovanie človeka, sú už dnes predmetom odborných etických diskusií. Aplikácia takýchto postupov u človeka je až dosiaľ začlenená do širokej oblasti biomedicíny, ktorá im poskytuje ťažko sponchybniteľný, relatívne dôveryhodný rámec. V tomto príspevku sa ponúka kritický pohľad na prebiehajúci zápas o vymedzenie relevantných hraníc medzi súčasnou medicínou a antropotechnikou. Zámerom je preskúmať narastajúci protiklad medzi eticky prijateľnými medicínskymi aktivitami a eticky problematickými antropotechnickými postupmi a metódami, a to aj z perspektívy odlišných východísk a cieľov, ktoré sledujú.

Kľúčové slová: antropotechnika, vylepšovanie človeka, eugenika, ciele medicíny, biomedicína, normalita, zdravie.

Abstract

The set of traditional goals of medicine that takes care about human health is ever more often intruded by the goals that have so far been mostly extraneous to it, namely the goals being referred to as *antropotechnical*. The primary aim of those activities is to model or modify the contemporary humans. The term *antropotechnics* is not yet generally accepted, but many procedures or activities that may be related to this field – such as, for example, the use of anabolic steroids and other forms of physical or mental doping; lifestyle psychopharmaca and other medicaments influencing the human mental functions; hormonal contraception; cosmetic plastic surgery; eugenic abortion; in vitro fertilization and other forms of human assisted reproduction, surrogate motherhood; preimplantation and prenatal diagnostics with eugenic goals; eugenic gene manipulations; certain uses of information technologies, nanotechnologies and methods of bioengineering; 'intelligent' implanted instruments and health aids; regenerative medicine and human cloning –

are nowadays already the subjects of professional ethical debate. Application of such procedures in man has been so far wedged into the broad area of biomedicine, which has provided to those a hardly contested, relatively trustworthy setting. In this paper, a critical view is offered upon the ongoing struggle to outline the relevant borders between the contemporary medicine and antropotechnics. The aim is to explore an increasing contradiction between the ethically acceptable medical activities on one hand, and ethically dubious antropotechnical procedures and methods on the other. This is also done from the perspective of differences in their respective points of departure and goals pursued.

Key words: antropotechnics, human enhancement, eugenics, goals of medicine, biomedicine, normality, health.

Korešpondencia/Correspondence to: Mgr. Zuzana Sitarčíková, PhD., Katedra pedagogických štúdií, Pedagogická fakulta, Trnavská univerzita, Priemyselná 4, 918 43 Trnava, e-mail: zuzanasitarcikova@gmail.com

(continued from p. 1)

the patient is a non-believer or a "fallen away" believer that theirs is an obligation to convert him. It is one thing for the physician to assist the patient to find meaning or succor by giving witness to gospel truths in one's own behavior. It is quite a different thing to force one's own beliefs upon the patient.

Finally, there is an obligation to take religious commitment into account if one professes to practice "wholistic" medicine. Unfortunately, many who most vigorously champion the inclusion of psycho-social dimensions in "wholistic" care specifically exclude the spiritual and religious dimension. This would be a peculiar form of "wholism" since it is impossible to separate the spiritual from the personal and psycho-social elements in a patient's life. If the full dimensions of personhood are to be respected, then the spiritual dimensions cannot be ignored, even by the non-believing physician.

Healing, which means "making whole again," often requires restoring the patient's self-identity fractured by illness. This will mean helping the patient to cope, in his or her own way, with the spiritual confrontation with personal finitude that any serious illness presents. Taking account of religious commitments, therefore, is as essential as technical competence in achieving the end of medicine—a right and good healing action for a particular person. (7) Indeed, it is part of the definition of medical competence. This does not mean that the physician can replace the priest, minister, or rabbi. Rather, it does mean being sensitive to the fact that a serious illness is as much a spiritual as it is a medical crisis.

Edmund D. Pellegrino

References: (6) E. D. Pellegrino and D. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care* (New York: Oxford University Press, 1988). (7) E. Pellegrino, "Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness," *Journal of Medicine and Philosophy*, 4 (1979): 32-56.

ETICKÉ PROBLÉMY VYBRANÝCH ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ V OBDOBÍ TEHOTENSTVA

Zuzana Grabczak

Ústav zdravotníckej etiky, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity; Ústav medicínskej etiky a bioetiky n.f.; Bratislava, Slovenská republika

I. Úvod

Súčasná medicína má k dispozícii stále účinnejšie prostriedky a metódy slúžiace na záchranu života a prinavrátanie zdravia človeka, ako aj na zlepšovanie kvality života a predchádzanie mnohým chorobám a poškodeniam zdravia (prevencia). Na druhej strane je zrejme, že aktuálne možnosti medicíny sú stále vo svojej účinnosti (i dostupnosti) ohraničené.

K medicínsky i eticky náročným situáciám prichádza pomerne často aj v období tehotenstva. Ich závažnosť ďalej accentuje skutočnosť, že medicína tu bojuje o záchranu života alebo zdravia minimálne dvoch pacientov: matky aj dieťaťa (pri viacpočetnom tehotenstve i viacerých pacientov). Nádorové ochorenia matky sa v období tehotenstva vyskytujú pomerne zriedkavo. Problematika je však medicínsky a eticky závažná, nakoľko nezriedka vedie až k dramatickým situáciám, kedy proti sebe stoja zdravie, alebo dokonca život tehotnej matky a jej nenarodeného dieťaťa. V situácii zložitej etickej dilemy sa tak ocitá nielen lekár (pôrodník-gynekológ) a zdravotnícky personál, ale aj samotná tehotná žena a jej príbuzní a blízki, prípadne iné osoby, vrátane „profesionálov“ (napr. psychológ, duchovný, sociálny pracovník a i.), na ktoré sa môže so svojím problémom obrátiť so žiadosťou o radu, podporu a pomoc. [1] Problém môže byť aj predmetom rokovania etickej komisie, pokiaľ táto v danom zdravotníckom zariadení funguje.

V tomto príspevku sa pokúsime do istej miery priblížiť hĺbku spomínaných etických dilem aspoň u niektorých vybraných medicínskych situácií, ktoré znamenajú objavenie sa zhubného nádorového ochorenia u ženy v priebehu tehotenstva. Po stručnom predstavení aktuálneho medicínskeho pohľadu sa v druhej časti práce budeme venovať ich etickému hodnoteniu.

II. Vybrané medicínske aspekty

1. Typy nádorových ochorení v tehotenstve

Aj počas tehotenstva sa u ženy môžu vyskytnúť nádory vonkajších a vnútorných pohlavných orgánov – najmä nádory krčka a tela maternice, nádory z endometria, nádory vaječníka, vajčíkovodu a karcinóm prsníka. Zvláštnu oblasť predstavujú nádorové bujnenia pochádzajúce z tkanív zárodka a plodu (najmä z trofoblastu).

Počas tehotenstva sa však u tehotnej môžu objaviť aj nádory iných orgánových systémov, prípadne ide o nádorové bujnenia, prítomné už pred koncepciou, ktoré sa počas tehotenstva diagnostikovali. Týmto prípadom sa v našom príspevku podrobnejšie venovať nebudeme, i keď princípy ich etického hodnotenia sú podobné.

Nádory krčka maternice

Medzi chorými s nádorom krčka maternice predstavujú tehotné ženy 1-4%. Preto je veľmi potrebné, aby sa už počas prvej návštevy u gynekológa odobrala vzorka na cyto-

logické vyšetrenie (PAP test) [2], ak žena nemala toto vyšetrenie urobené posledný rok v rámci preventívnej prehliadky. Pri zistení dysplastických zmien alebo preinvasívnych štádií rakoviny tehotenstvo väčšinou môže pokračovať bez ich liečby. Potrebné je však sledovanie matky a kontrolné cytologické vyšetrenie eventuálne priamo konizácia krčka maternice ihneď po šestonedeli. Pri zistení invazívnych foriem rakoviny sa postupuje podľa závažnosti nálezu (klinická a morfológická klasifikácia). Ak sa zistí menej závažný nález (stupeň IA) prichádza do úvahy možnosť vykonania amputácie krčka maternice, najmä u ženy, ktorej záleží na pokračovaní tehotenstva [3]. K radikálnej liečbe sa pristupuje pri potvrdení prítomnosti závažnejších stupňov klasifikácie nádoru (IB a vyššie). V I. trimestri sa liečba zvyčajne začína rádiologickou liečbou – teleterapiou, v dôsledku ktorej zvyčajne prichádza k úmrtiu plodu. Následne sa vykoná kyretáž a ordinuje sa brachyterapia. [4] V II. a III. trimestri sa najskôr vykoná cisársky rez a až po ňom radikálna hysterektómia a lymfadenektómia panvových uzlín. Potom nasleduje rádioterapia. V pokročilom štádiu tehotenstva (koniec II. trimestra) zvyčajne možno liečbu o niečo odložiť, a to do času, keď je už dieťa životaschopné. [5, 6] V odbornej literatúre sa však stretáme aj s odlišnými názormi, ktoré v rôznej miere berú do úvahy požiadavku záchranu života a zdravia nenarodeného dieťaťa, ako aj časovú hranicu pre indikáciu hysterektómie (24. verus 28. týždeň). [7, 8]

Nádory tela maternice a rakovina endometria

V prípade myómov tela maternice priebeh gravidity závisí od ich veľkosti, lokalizácie a počtu. Ich zistenie nie je indikáciou na umelé ukončenie tehotenstva, ani na hysterektómiu. Otvoreným problémom ostáva liečba myómov pri pôrode cisárskym rezom (odstrániť nádor alebo jeho odstránenie odložiť na neskôr, nakoľko hrozí závažné krvácanie). [9, 10]

Rakovina maternice sa lieči kompletnou hysterektómiou, pričom v indikovaných prípadoch k chirurgickej terapii treba pridať aj rádioterapiu a/alebo chemoterapiu. Podobne sa postupuje aj pri liečbe rakoviny endometria, ktorá sa však v období gravidity vyskytuje veľmi zriedkavo. [11]

Nádory vaječníkov [12]

Možnou komplikáciou zhubných aj nezhubných nádorov vaječníka v období tehotenstva je ich skrútenie alebo prasknutie (náhla brušná príhoda), môžu prekážať aj pri pôrode (nutnosť cisárskeho rezu). Samotné tehotenstvo priebeh rakoviny vaječníka podstatne neovplyvňuje. Jeho pokračovanie môže byť kompromisným riešením pri rozhodovaní sa pre následnú operáciu u pooperačnú liečbu.

V prípade zistení menej pokročilého nálezu (st. IA) je niekedy možné vykonať jednostrannú salpingooforektómiu (radikálnejšia liečba nezlepšuje prognózu), čo má význam pre zachovanie fertility. Pri závažnejších štádiách choroby sa vykonáva aj hysterektómia. Zároveň sa aj v tomto prípade musí prediskutovať s chorou, najmä s ohľadom na aktuálnu prognózu choroby, existujúce možnosti liečby, ako aj na zrelosť plodu.

Najrozšírenejšou skupinou nádorov vaječníka v období tehotenstva sú germinálne nádory (zo zárodočných buniek). [13] V prípade nádorov zistených v I. alebo II. trimestri lekári aj tehotná žena pred ťažkým rozhodnutím, ktoré sa týka nasledovných možností postupu: 1) ukončenie tehotenstva s následnou chemoterapiou; 2) pokračovanie v tehotenstve a začatie chemoterapie pri živom plode; 3) pokračovanie tehotenstva a odloženie chemoterapie do momentu, keď dieťa bude schopné života mimo lona matky. [14] Najproblematickejšia sa ukazuje tretia možnosť, pretože tieto tumory rastú veľmi rýchlo. Otáz-

kou je aj začatie chemoterapie počas gravidity, a to vzhľadom na možnosť teratogénneho poškodenia plodu. [15] Treba poznamenať, že z hľadiska matky tu ide o „vitálnu indikáciu“ liečby, pričom nežiaduci teratogénny účinok podávaných liekov sa nemusí vždy prejaviť.

Nádory z trofoblastu

Nádorové ochorenia trofoblastu sa môžu vyskytnúť počas gravidity i mimo nej. Existuje celý rad odlišných foriem týchto nádorov s rozdielnymi biologickými charakteristikami a rozličnou odpoveďou na existujúce liečebné modalities (napr. triedenie Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) rozlišuje nasledujúce formy gestačnej trofoblastovej choroby (GTCH): hydatidózna mola (kompletná alebo parciálna), invazívna mola, choriokarcinóm, trofoblastový nádor placentárneho lôžka (PSTT), epitelioidný trofoblastový nádor, zmiešané lézie a neklasifikované trofoblastové lézie). [16] Pri liečbe benígnych foriem sa vykonáva evakuácia dutiny maternice vákuumexhausciou s následnou revíziou kompletnosti výkonu šetrnou kyretážou. V prípade histologického potvrdenia, že ide o malígnu formu ochorenia, nasleduje chemoterapia, ktorá sa podľa potreby kombinuje s chirurgickou liečbou alebo rádioterapiou. Priebeh ochorenia a jeho prognózu nie je možné vopred spoľahlivo predpokladať, nevyhnutný je individuálny prístup a starostlivé sledovanie pacientiek. V prípade vyliečenia sa otehotnenie po benígnych formách GTCH odporúča až po jednom roku, v prípade malígnych foriem po dvoch rokoch od ukončenia liečby.

V prípade koincidencie normálneho tehotenstva a hydatidóznej moly väčšinou prichádza k „spontánnemu“ potratu, približne vo štvrtine prípadov sa však narodí zdravé dieťa. Následnú chemoterapiu si vyžaduje asi pätina pacientiek, zvyčajne s dobrým výsledkom. [17]

Karcinóm prsníka

Ide o nádor, ktorého vývoj a progresia závisia od hladiny pohlavných hormónov. Jeho priebeh počas tehotenstva a dojčenia je iný, ako v čase mimo gravidity. Voľba liečebného postupu prináša viaceré etické dilemy. Najčastejšie ide o nasledovné praktické otázky: Je nutné ukončiť tehotenstvo napriek nezrelosti plodu? Je možné liečbu na určitý čas odložiť, napr. do času životaschopnosti plodu? Môže nádor metastazovať do plodu? Má uvažovaný postup liečby negatívny vplyv na plod? Zhoršuje gravidita naozaj prognózu tohto ochorenia? Nájst v danom prípade odpoveď na tieto otázky nie je jednoduché – ale je to zároveň nevyhnutné. Lekár so svojimi spolupracovníkmi (dnes je skôr pravidlom tímový prístup a spolupráca) – v dialógu s pacientkou a s osobami, ktoré si pacientka prípadne do tohto dialógu praje zapojiť (manžel, rodičia a pod.) – totiž musí dospieť ku konkrétnemu rozhodnutiu o ďalšom liečebnom postupe. Rozhodnutie sa opiera o dostupné odborné poznatky (v zmysle požiadaviek *Medicíny založenej na dôkazoch* – angl. *Evidence-Based Medicine*) a doterajšie skúsenosti lekára, zdravotníckeho tímu i daného pracoviska. [18] I tak však nezriedka etické dilemy ostávajú ďalej otvorené a vyžadujú si osobitné riešenie (viď nižšie). [19, 20]

Dôležitou skutočnosťou je aj pozorovanie, že malígne nádory prsníka u gravidných pacientiek pomerne rýchlo metastazujú. Na druhej strane, len veľmi zriedkavo prichádza k ich metastazovaniu do plodu. [21] Boli popísané pôrody zdravých detí aj u žien s rýchlou progresiou nádorovej choroby.

2. Vybrané liečebné modalities

Chirurgická liečba

Chirurgický zákrok umožňuje radikálne odstránenie ale-

bo zmenšenie nádoru (to vytvára lepšie podmienky pre účinnosť následnej chemoterapie alebo rádioterapie). Problémom je ohrozenie tehotnej ženy i plodu z titulu záťažou predstavovanej samotným zákrokom, nutnou anestéziou a ďalšou sprievodnou liečbou, ako aj ohrozenie alebo usmrtenie plodu pri zákrokoch na pohlavných orgánoch tehotnej ženy.

Chemoterapia

Medikamentózna liečba zhubného nádorového bujnenia využíva liečivá, ktoré sú svojou povahou zvyčajne tkanivové alebo bunkové jedy. Pôsobia na bunky a tkanivá organizmu liečenej tehotnej ženy a prítomného ľudského zárodka alebo plodu v závislosti od svojich farmakodynamických a farmakokinetických vlastností. Veľmi často, ba skoro vždy, ide o embryotoxické a teratogénne pôsobiace látky, ktoré vyvolajú intrauterinnú smrť plodu, potrat, prípadne – pokiaľ plod prežije – závažné vrodené postihnutia podľa konkrétnych vlastností toho – ktorého lieku. Napriek týmto všeobecne platným poznatkom je potrebné uviesť, že vznik teratogénneho pôsobenia závisí okrem vlastností samotného liečiva aj od mnohých iných faktorov – a vznik poškodenia plodu nemusí vždy nastať. Dokonca, pri viacerých dlhšie používaných liekoch sa miera rizika teratogénneho poškodenia u narodených detí ukázala podstatne menšia, než by sa očakávalo. Ide tu o veľmi špeciálnu oblasť klinicko-farmakologických poznatkov. Konkrétna situácia si vždy vyžaduje konzultáciu príslušného odborníka (klinický onkológ, klinický farmakológ).

Novú skupinu protinádorových liečiv v súčasnosti predstavujú tzv. biologické lieky. Tieto sú vzhľadom na vysoko špecifický mechanizmus svojho účinku nielen účinnéjšie, ale môžu niekedy predstavovať aj bezpečnejšiu alternatívu liečby tak pre matku, ako aj pre plod. Keďže ide o nové liečivá, klinické skúsenosti o ich bezpečnosti sa v súčasnosti iba zbierajú – a tieto lieky sa z uvedených dôvodov pre použitie v tehotenstve zvyčajne neodporúčajú.

Rádioterapia

Rôzne druhy ionizujúceho žiarenia (röntgenové, gama, alfa) sa využívajú nielen pri diagnostike nádorových ochorení, ale aj pri ich liečbe. Súčasný prístroje umožňujú selektívnejšie ožiarenie nádorom postihnutých častí tela, s relatívnym šetrením zdravých orgánov a tkanív. Napriek tomu je vždy potrebné zvážiť očakávaný prospech liečby vo vzťahu k očakávateľným rizikám pre tehotnú ženu a pre plod. Z hľadiska matky prichádzajú do úvahy celkové i lokálne nežiaduce účinky žiarenia, spojené s poškodeniami ožiarených tkanív. Z hľadiska plodu môže ísť o riziko vyvolania potratu, vznik vývojových chýb i o narušenie budúcej fertility. [22]

Liečba bolesti

V liečbe bolesti v gravidite majú popri účelnej farmakoterapii miesto aj všetky ostatné adjuvantné modalities (napr. vhodná fyzikálna liečba, psychoterapia). Pri výbere vhodného lieku je potrebné správne zhodnotiť očakávaný terapeutický prínos (účinnosť tlmenia bolesti, celkový stav a medicínsky kontext u danej pacientky) vo vzťahu k rizikám pre tehotnú ženu a pre plod. V posledných týždňoch pred pôrodom sa napríklad neodporúča podávanie nesteroidných antiflogistík – antireumatík (napr. kyselina acetylsalicylová), nakoľko tieto liečivá interferujú s procesom fyziologického uzavretia *ductus arteriosus* po pôrode.

III. Etické hodnotenie

Etické hodnotenie uvažovaných diagnostických a liečebných postupov v situácii dokázanej prítomnosti nádoro-

vej choroby u tehotnej ženy predstavuje nielen eticko-teoretický, ale aj významný praktický problém. Jeho výsledkom má byť odporúčanie rozhodnúť sa pre určitý navrhovaný postup – alebo sa takéhoto postupu, z etických dôvodov, zdržať. V situácii súčasných pluralitných, sekularizovaných spoločností je toto rozhodovanie sťažené aj chýbaním jednotnej morálnej (etickej) platformy, ktorá by predstavovala spoločne zdieľané východisko a morálnu (etickú) „garanciu“ konkrétneho prijateľného rozhodnutia. [23, 24] Pluralita mravných (etických) názorov sa dnes neprejavuje len v rámci daného zdravotníckeho tímu, ktorý má zodpovednosť za poskytovanú zdravotnú starostlivosť, ale nezriedka sa vyskytne aj v blízkom okolí samotnej pacientky. Názory príbuzných a známych môžu byť niekedy dokonca aj v príkrom rozpore s jej vlastnými názormi a uvažovaním.

Ústrednou postavou v procese etického hodnotenia je pochopiteľne samotná pacientka – tehotná žena, nastávajúca matka. Na jednej strane sa už dnes správne vyžaduje jej čo najplnšie informované zapojenie do rozhodovacieho procesu, na druhej strane niekedy vidíme situácie, kedy sa na ženu v tejto situácii akoby presúva väčšia časť zodpovednosti: „má sa predovšetkým sama rozhodnúť...“ Tu treba poznamenať, že situácia závažného ohrozenia jej života a zdravia, ako aj života a zdravia jej nenarodeného dieťaťa je pre tehotnú ženu spojená s veľkou emočnou záťažou, stresom. Situácia je ešte ťažšia, ak tehotná nenachádza dostatočné pochopenie vo svojom okolí, u svojich najbližších (manžel, príbuzní, iné blízke osoby), ba niekedy dokonca ani u zdravotníckych pracovníkov, ktorí jej poskytujú zdravotnú starostlivosť. Preto je potrebné zdôrazniť, že tehotná potrebuje v tomto období mimoriadne pochopenie a podporu, ktorú jej má poskytnúť na prvom mieste príslušný lekár a celý zdravotnícky tím.

Významnou zložkou tejto podpory je poskytnutie dôkladnej, pravdivej a žene dobre zrozumiteľnej informácie o jej zdravotnom stave, jeho prognóze a o existujúcich praktických možnostiach medicínskeho a ošetrovateľského postupu, ktoré v danom prípade prichádzajú do úvahy. [25] Pritom je potrebné brať do úvahy skúsenosti, názory, záujmy a osobné presvedčenie tehotnej – a pomôcť jej spoznať a prijať také rozhodnutie, ktoré bude v danej situácii pre ňu čo najoptimálnejšie. Môže to však niekedy byť aj také rozhodnutie, ktoré bude v rozpore s „čisto medicínskym“ pohľadom – napríklad, že tehotná dá prednosť životu a zdraviu svojho dieťaťa pred svojím vlastným životom a zdravím. Pochopiteľne, k takémuto (hrdinskému) rozhodnutiu tehotnú ženu nemôže nikto nútiť. Na druhej strane, pokiaľ je toto rozhodnutie možné považovať za primerane zrele a pevné, tehotná má právo, aby sa pri poskytovaní ďalšej zdravotnej starostlivosti plne rešpektovalo. Najčastejšie sa toto rozhodnutie vyjadruje formou poskytnutia informovaného súhlasu (alebo nesúhlasu) tehotnej ženy s konkrétnym postupom alebo postupmi uvažovanej zdravotnej starostlivosti (operáciou, chemoterapiou a pod.). [26]

Kľúčovým rozporom, zásadnou etickou dilemou v situácii nádorovej choroby v tehotenstve je konflikt medzi záujmom zachrániť život a zdravie tehotnej ženy a týmto istým záujmom v prípade života a zdravia nenarodeného dieťaťa – či už sa nachádza vo vývojom štádiu zárodka alebo plodu.

Táto dilema sa v súčasnosti nezriedka rieši zdôrazňovaním rešpektovania „priority matky“, pričom záujem nenarodeného dieťaťa sa považuje za podstatne menej významný, sekundárny, či dokonca zanedbateľný. Súvisí to aj s otázkou právneho a „morálneho“ statusu, ktorý ľudskému zárodku a plodu pred narodením priznávajú jednotlivé filozofické/etické a právne/legislatívne systémy.

Podľa pomerne často uplatňovanej pozície *gradualizmu*

sa miera ochrany spomínaného záujmu – a tiež miera rešpektovania života a zdravia nenarodeného dieťaťa (plodu) riadia dosiahnutým stupňom jeho vývoja, pričom jednou z navrhovaných „hraníc“ je hranica jeho životaschopnosti (viability), čiže schopnosti samostatného života dieťaťa (i keď za predpokladu príslušnej opatery a zdravotnej starostlivosti) po opustení matrice (predčasným pôrodom alebo cisárskym rezom). Pozícia gradualizmu je problematická aj preto, že nie je schopná dostatočne zdôvodniť a spresniť umiestnenie spomínanej „hranice“, ktoré je prakticky vždy výsledkom „dohody“ zúčastnených strán (nachádzajúcich sa nezriedka v zreteľnom konflikte záujmov) – a tým aj možným predmetom rôznych manipulácií a zneužitia. Navyše, táto pozícia mlčky alebo výslovne predpokladá existenciu určitej diskontinuity vo vývoji ľudského zárodka a plodu, ktorá dosiaľ nebola empiricky potvrdená, ani dostatočne filozoficky zdôvodnená. Ide o to, že pred určitým (?) bodom v časovom slede udalostí vývoja ľudského zárodka a plodu mu údajne neprislúchajú ľudská dôstojnosť a práva (vrátane práva na život), ktoré mu však už možno priznať po prekročení tejto „hranice“.

V súčasnosti sa z mnohých strán spochybňuje aj téza, že „život, ktorý sa chýli ku koncu nemá menšiu hodnotu ako život, ktorý sa začína. [...] Smrť určitým spôsobom pripomína narodeniny: sú to dva kritické a bolestné momenty prechodu, ktoré vedú k bohatšiemu životu než bol ten doterajší“ [27], a to najmä s poukazom na jej zdôrazňované náboženské zakorenenie a zdôvodnenie. Takéto spochybňovanie však považujeme za filozofického a etického hľadiska nielen za pochybné, ale aj za opovážlivo nebezpečné: o dôsledkoch rozlišovania ľudských bytostí a „ľudských“ životov podľa ich dôstojnosti alebo „hodnoty“ (dokonca „ceny“) prinášajú hrôzyplné svedectvo dejiny minulého, dvadsiateho storočia [28] (niektoré udalosti, ktorých svedkami sme už boli i v našom, dvadsiatom prvom storočí, však svojou bezohľadnosťou za zločinmi proti ľudskosti páchanými v predchádzajúcich storočiach vôbec nezaostávajú). Dôsledkom takejto morálnej (a v niektorých krajinách už i právnej) neistoty sú v súčasnosti aj aktuálne úvahy o prijateľnosti eutanázie a asistovanej samovraždy (a to navyše a predovšetkým v kontexte zdravotnej starostlivosti).

V situácii konkrétnej medicínskej a etickej dilemy, aké predstavuje nádorové ochorenie u tehotnej ženy, musí však vždy byť hlavným záujmom i motívom úsilia lekára i všetkých zúčastnených strán poctivá a dôsledná snaha o záchranu života a zdravia oboch (prípadne viacerých) pacientov – tehotnej ženy i nenarodeného dieťaťa (plodu) (princíp prospešnosti – beneficencie).

V prípade objektívne nevyhnutnej voľby medzi najmenej dvoma odlišnými alebo protikladnými možnosťami môže pri hľadaní prijateľného, mravne (eticky) akceptovateľného riešenia pomôcť aj uvažovanie v zmysle uplatnenia tzv. *princípu dvojitého účinku*. Ide v stručnosti o to, že konanie, ktoré je samo o sebe dobré (alebo indiferentné), a ktorého prvotným cieľom a náplňou je dosiahnutie dobrého výsledku (napr. záchrana života tehotnej ženy), má aj negatívny účinok (napr. poškodenie zdravia alebo smrť ľudského zárodka alebo plodu), pričom posledný zo spomínaných účinkov je nezamýšľaným dôsledkom tohto konania. Negatívny účinok ďalej nemôže byť prostriedkom na dosiahnutie dobrého efektu a medzi jedným a druhým (efektom) musí existovať primeraný pomer (adekvatná proporcia). Za takýchto podmienok sa dané konanie môže považovať za mravne/eticky prípustné. Neplatí to však vtedy, ak uvedené podmienky nie sú splnené (napr. keď sa pre záchranu života alebo zdravia ženy pristúpi k priamemu usmrteniu ľudského zárodka alebo plodu). [29]

Pri rozhodnutí o začatí liečby zhubného nádorového ochorenia matky v období tehotenstva sa pochopiteľne

mnoho pozornosti venuje otázke určenia času, kedy je eticky prípustné takúto liečbu (ktorej dôsledkom môže byť závažné poškodenie zdravia alebo aj smrť daného zárodku alebo plodu) začať – alebo nezačať, resp. odložiť. V tejto súvislosti sa zvyčajne uvádza už spomínaná hranica extrauterinnej viability plodu. Tá je však pochopiteľne stanovená v rôznych krajinách a v rôznych technických podmienkach zdravotnej starostlivosti rôzne. V kontexte rozhodovania o začatí liečby nádorovej choroby u tehotnej ženy sa najčastejšie, podľa rôznych kritérií, hovorí o hranici 24. alebo 28. týždňa tehotenstva. V tejto súvislosti sa ale vynára celý rad praktických i etických otázok – napr.: Kto určuje túto časovú hranicu a na základe akých kritérií? Je vôbec možné nebrať ohľad na dieťa žijúce v lone matky a odporúčať, že do 24. alebo 28. týždňa gravidity je možné konať tak, akoby tam vôbec nebolo? Berú sa pri tom do úvahy len technické a personálne možnosti konkrétnej nemocnice, alebo aj vlastné presvedčenie lekára/zdravotníckeho tímu? Posudzuje sa zrelosť dieťaťa zvlášť v každom prípade, alebo sa koná len na základe štatistických údajov? Tieto otázky sa v súčasnosti pokúšajú riešiť aj tzv. *odporúčané medicínske postupy* (angl. *guidelines*), ktoré sa snažia definovať štandardný postup v daných medicínskych a zdravotnícko-technických podmienkach (napr. dostupnosť intenzívnej postnatálnej starostlivosti pre predčasne narodené dieťa). Pri vypracovaní štandardných postupov je však vždy potrebné rešpektovať nielen technické/technologické medicínske aspekty, ale aj relevantné etické princípy, ktoré prichádzajú do úvahy pre informovanie eticky akceptovateľných rozhodnutí.

Niet pochybnosti o tom, že rozhodnutie o začatí alebo dočasnom odložení liečby nádorovej choroby u tehotnej ženy je veľmi ťažké. Niektorí autori podotýkajú, že treba mať pri tom na zreteli citové, náboženské, spoločenské aj morálne potreby matky a jej rodiny. [30]

Okrem už spomínaných základných kritérií, ktoré sa usilujú zaistiť rešpektovanie života a zdravia oboch pacientov (tehotnej ženy i nenarodeného dieťaťa), viaceré praktické kritériá možno objaviť aj v samotných medicínskych charakteristikách a okolnostiach daného konkrétneho prípadu – napr. zistené štádium a invazivita samotného nádorového ochorenia, štádium tehotnosti a aktuálna zrelosť plodu, očakávateľné priaznivé a nežiaduce účinky uvažovanej liečby na matku a na plod atď. Tieto nezriedka napomôžu ďalej usmerniť úsilie lekára, zdravotníkov, tehotnej ženy a prípadných ďalších zúčastnených osôb o nájdanie medicínsky i eticky prijateľného riešenia.

Napríklad, ak sa potvrdí u tehotnej ženy závažné štádium vysoko invazívneho nádorového postihnutia tehotnej matrice, medicínsky i eticky prijateľným riešením môže byť radikálny chirurgický zákrok (napr. vykonanie hysterektómie tehotnej matrice). Uvažovanie v zmysle aplikácie princípu dvojitého účinku v tejto situácii ukazuje, že usmrtenie plodu nie je zamýšľaným, ani priamo realizovaným cieľom tohto zákroku: jeho cieľom je odstránenie nádorom zmenenej tehotnej matrice, ktorá priamo ohrozuje život tehotnej ženy. Záchrana nenarodeného dieťaťa v tomto prípade nie je (medicínsky) možná. V prípade zistenia menej pokročilého štádia menej invazívneho typu nádorovej choroby v neskoršom štádiu tehotenstva môže byť riešením dočasné odloženie radikálnej liečby (napr. hysterektómie alebo radiačnej terapie) do času dosiahnutia extrauterinnej viability plodu, alebo aj začatie nevyhnutnej chemoterapie matky s vedomím možného (ale nechceného) poškodenia zdravia alebo aj (nechceného) usmrtienia plodu.

Je užitočné zdôrazniť, že pri takomto uvažovaní nejde o výber z dvoch cieľ – „menšieho“ (smrť alebo poškodenie dieťaťa) a „väčšieho“ (smrť alebo ťažké poškodenie zdravia tehotnej ženy), ale o výber v princípe dobrého postupu (priamo zameraného na zabezpečenie významného dob-

ra – záchranu života a zdravia tehotnej ženy), i keď spojeného s predvídateľnými ale nechcenými negatívnymi následkami pre plod. Nejde ani o postup, ktorý by chcel zachrániť život ženy za cenu priameho usmrtienia nenarodeného dieťaťa. Ako sme už vyššie uviedli, ani jeden z oboch životov nemožno z etického hľadiska považovať za cennejší, než druhý.

Morálne hodnotenie postupov liečby pri nádoroch z trofoblastu je osobitne náročné. Ide nezriedka o nádory s vysokým stupňom malignity a rýchlym priebehom ochorenia, preto je väčšinou na mieste včasná a radikálna chirurgická liečba (hysterektómia). Ďalšie etické otázky vyvoláva tzv. šetriaca liečba, ktorá spočíva v odstránení obsahu matrice (vákuumextrakcia, kyretáž), pričom sa táto ponechá za účelom zachovania fertility. Morálne hodnotenie tohto postupu závisí aj od toho, či je v tomto prípade prítomný živý plod, alebo nie. Ak sa preukáže, že živý plod nie je prítomný, alebo že obsahom matrice je iba samotný nádor (napr. parciálna alebo úplná mola), šetriaci postup je eticky plne odôvodnený. Ak je prítomný plod živý (hoci aj v dôsledku lokálneho rastu nádoru poškodený), jeho priame usmrtenie „šetriacim postupom“ je eticky problematické. [31]

Pri etickom hodnotení liečebných postupov – chemoterapie alebo rádioterapie, zvažovaných v liečbe nádorovej choroby u tehotnej ženy, je vždy potrebné hodnotiť tak medicínsky prínos (princíp prospešnosti – beneficencie), ako aj predvídateľné riziko nežiaducich účinkov danej liečby (princíp neškodnosti – non-maleficiencie). Toto hodnotenie je však potrebné urobiť tak z hľadiska tehotnej ženy, ako aj z hľadiska ohrozenia života a zdravia jej dieťaťa (plodu). Obe liečebné modalities sa vzhľadom na možnosť teratogénneho poškodenia plodu môžu u tehotnej použiť „len v prípade, ak sa nachádza v ohrození života a iné lieky (postupy liečby) sú menej účinné“. [32]

Iným problémom, ktorý súvisí s danou problematikou, je tíšenie nádorom spôsobenej bolesti. Etické hodnotenie v týchto prípadoch sa nelíši od hodnotenia použitia liekov tíšiacich bolesť pri nádorovej chorobe iného pôvodu alebo lokalizácie. [33] V zhrnutí možno povedať, že zmierňovanie bolesti za účelom zmenšenia utrpenia chorého je chvályhodné, aj keď v dôsledku toho dochádza k ohrozeniu vedomia a je spojené s určitým rizikom skrátenia života. V takom prípade sa totiž nechce smrť, ani sa o ňu neusiluje, len sa pripúšťa ako nežiaduci účinok liečby, ktorú nemožno nahradiť inými prostriedkami. [34]

Záverom by sme chceli zdôrazniť, že etická problematika nádorových ochorení, ktoré sa vyskytnú počas tehotenstva, je svojím rozsahom širšia a náplňou bohatšia ako dovoľuje uviesť stručný prehľad, ktorý sme sa pokúsili zhrnúť v tomto príspevku. Mnohé etické otázky sa aj v súčasnosti ďalej vyvíjajú, prípadne dostávajú do celkom iného svetla s príchodom nových možností presnejšej diagnostiky a cielej liečby týchto závažných ochorení – možností, ktoré prináša so sebou neustály pokrok biomedicínskych vied a technológií. I napriek tomuto optimistickému hodnoteniu ostane skutočnosť etickej dilemy záchranu života a zdravia tehotnej ženy verzus záchranu života a zdravia jej nenarodeného dieťaťa prítomná v každodennej medicínskej a zdravotníckej praxi ešte pomerne dlhý čas. Prímerané, eticky akceptovateľné riešenie takejto a iných závažných dilem vyžaduje zo strany lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov nielen patričnú medicínsku a zdravotnícku erudíciu, poznanie príslušných etických princípov a noriem, ale aj schopnosť kompetentne vstupovať do etického dialógu so všetkými zúčastnenými stranami – predovšetkým s tehotnou ženou a jej najbližšími. Uznanie neodňateľnej dôstojnosti každej ľudskej osoby, nezávisle od toho, či sa jej život práve začína, pokračuje a rozvíja, alebo či sa chýli ku koncu, môže vytvoriť pre takýto dialóg zmysluplné a všetkými akceptovateľné prostredie.

Poznámky a literatúra

1. Porov. Jan Paweł II.: Chorzy na raka wołają o pomoc. (Przemówienie do uczestników Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Ginekologicznej, 30. 09. 1999.) *L'Osservatore Romano*, Wydanie polskie, 21, 2000, č. 2, s. 43. 2. Porov. Kállay, J.: Karcinóm kŕčka maternice. In: Kaušitz, J., Altaner Č. et al. (Eds.): *Onkológia*. Bratislava, 2003, s. 436. 3. Porov. Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym. In: Słomko, Z. (Ed.): *Medycyna perinatálna*. Supplement. Warszawa, 1994, s. 284; Przebieg ciąży po całkowitym wycięciu szyjki macicy drogą pochwową z powodu raka szyjki macicy we wczesnym stopniu zaawansowania. Komentarz. *Ginekologia i Położnictwo*, 2, 2000, č. 1, zv. 3, s. 23. 4. V praxi sa uplatňuje aj taký postup, že sa v I. trimestri žene najskôr navrhnú ukončenie gravidity (interrupcia) a hneď následne radikálna onkogynekologická operácia v prípade, že stav je operabilný, alebo rádioterapia v prípade inoperability. 5. Porov. Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, 1994, s. 285; Pisarski, T.: Wczesna ciąża u kobiet z rakiem szyjki macicy i guzami jajnika. *Ginekologia Praktyczna*, 6, 1998, č. 3, s. 21. 0. chemoterapii porov. Li, J., Wang, L. J., Zhang, B. Z., Peng, Y. P., Lin, Z. Q.: Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel plus platinum for invasive cervical cancer in pregnancy: two case report and literature review. *Arch Gynecol Obstet.*, 2011, Jun 21 [Epub ahead of print]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21691768>. 6. Porov. Duggan, B. et al.: Cervical cancer in pregnancy: reporting on planned delay in therapy. *Obstetrics and Gynecology*, 82, 1993, s. 598-602; Sorosky, J. I. et al.: Stage I squamous cell carcinoma in pregnancy: Planned delay in therapy awaiting fetal maturity. *Gynecologic Oncology*, 59, 1995, s. 207-210. 7. Porov. Z. Europejského egzaminu w Bratysławie: Świadectwo Dojrzałości w Ginekologii i Położnictwie. *Ginekologia Praktyczna*, 3, 1995, č. 2, s. 45. Osoby, ktoré urobili túto skúšku (a aby ju urobili, bolo okrem iného potrebné uviesť ako odpoveď indikáciu radikálnej hysterektómie do 28. týždňa gravidity), sa stali členmi Európskej asociácie gynekológov a pôrodníkov, ktorá túto skúšku organizovala. 8. Porov. Welfel J. et al.: Operacje wspóltwarzyszace cięciu cesarskiemu. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*. Supplement, 12, s. 243-244. Časovú hranicu 24. týždňa tehotenstva akceptuje aj uznávaný poľský gynekológ a pôrodník Zbigniew Słomko, podľa ktorého treba v stupni IB a IIA vykonať radikálnu hysterektómiu do 24. týždňa. Po uplynutí tohto času treba spolu s tehotnou matkou rozhodnúť o ďalšom postupe liečby. Porov. Słomko Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, s. 285. 9. Porov. Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, s. 297; Welfel, J. et al.: Operacje wspóltwarzyszace cięciu cesarskiemu, s. 243. 10. Welfel, J. et al.: Operacje wspóltwarzyszace cięciu cesarskiemu, s. 243. 11. Porov. Nowotwory żeńskich narządów płciowych. In: Gumulka, W. S., Rewerski, W. (Eds.): *Encyklopedia Zdrowia*. Vol. 2., Warszawa, 1992, s. 1953-1954; Boyd, M. E.: *Praktyczna chirurgia ginekologiczna. Zasady postępowania*. (preklad J. Matuzkiewicz-Rowińska) Warszawa, 1995, s. 47-51; Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, s. 290. 12. Porov. Kállay, J., Hefpianska, L., Špánik, S.: Karcinóm vaječníka. In: Kaušitz, J., Altaner Č. et al. (Eds.): *Onkológia*. Bratislava, 2003, s. 449; Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, s. 290; Welfel, J. et al.: Operacje wspóltwarzyszace cięciu cesarskiemu, s. 243; Nowotwory żeńskich narządów płciowych, 1992, s. 1957-1959. 13. Sú to nádory, ktoré vznikajú zo zárodočných buniek a existuje niekoľko ich druhov. Bližšiu klasifikáciu porov. Kállay, J., Hefpianska, L., Špánik, S.: Karcinóm vaječníka, 2003, s. 449. 14. Porov. Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, s. 293. 15. Porov. tamtiež. 16. Viac na túto tému porov. Korbef, M.: Gestačná trofoblastová choroba. In: Kaušitz, J., Altaner Č. et al. (Eds.): *Onkológia*. Bratislava, 2003, s. 459-464. 17. Porov. Agarwal, R., Seckl, M.: Ciężowa choroba trofoblastyczna. *Ginekologia i Położnictwo*, 1, 1999, č. 2, vol. 2 s. 5-12. 18. Prakticky okamžité po zistení je indikovaná chirurgická liečba. Po histologickom vyhodnotení nádoru a uzlín, ako aj (a dnes najmä) exprese estrogénových receptorov v tkanive nádoru sa určí, aké je riziko pokračovania tehotenstva a podľa toho sa odporúča postup – okamžité ukončenie tehotenstva alebo jeho odklad do štádia relatívnej zrelosti plodu. 19. Porov. Bruszewski, P., Słomko Z.: Rak sutka w okresie okołoporodowym – współczesny dylemat. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 12, 1994, s. 157-171. 20. Porov. tamtiež, s. 163. 21. Porov. Słomko, Z. et al.: Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym, s. 288; Voulgaris, E., Pentheroudakis, G., Pavlidis N.: Cancer and pregnancy: A comprehensive review. *Surg. Oncol.*, 2011, July 4. [Epub ahead of print] – dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21733678>. 22. Porov. tamtiež, s. 298. Pre zaujímavosť možno uviesť, že ožiarenie dávkou 2 Gy (200 rad) v predimplantačnom období spôsobí smrť embrya a jeho následný potrat, pričom pri ožiarení menšou dávkou môže prísť k jeho nesprávnemu uhniezdzeniu a včasnému potratu. V dôsledku toho môže prísť aj k ektopickej gravidite, nesprávnej funkcii placenty alebo predčasnému pôrodu. Ožiarenie matky v období organogenézy môže spôsobiť ťažké vývojové chyby orgánov plodu, pričom rastie aj riziko úmrtia dieťaťa krátko po pôrode. Nenávratné zmeny v dôsledku ionizujúceho žiarenia sa môžu vyskytnúť aj v genetickom materiáli somatickej alebo pohlavnej bunky a to už pri dávkach používaných v diagnostike, ktoré sú oveľa menšie ako pri rádioterapii. Viac na túto tému porov. tamtiež, s. 301, 304 a 306; A. M. Takalkar, A. Khandelwal, S. Lokitz, D. L. Lilien, M. G. Stabin. *18F-FDG PET in Pregnancy and Fetal Radiation Dose Estimates*. *J Nucl Med*. 2011 Jul; 52(7):1035-40. Epub 2011 Jun 16. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21680687>. 23. Porov. Glasa, J., Glasová, M.: Ludské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. *Med. Etika Bioet.*, 6, 1999, č. 3-4, s. 6-10. 24. Porov. Glasa, J., Glasová, M.: Personalizmus a aktuálne problémy súčasnej bioetiky. *Filozofia*, 57, 2002, č. 8, s. 565-570. 25. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Ethics; American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics: Clinical Report-Maternal-Fetal Intervention and Fetal Care Centers. *Pediatrics*, 2011 July 25 [Epub ahead of print], dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21788223>. 26. Porov. Glasa, J.: Vybrané etické problémy v neurológii. Zdravotná starostlivosť a výskum. *Med. Etika Bioet.*, 17, 2010, č. 3-4, s. 4 – 13. 27. Jan Paweł II.: Chorzy na raka wołają o pomoc, s. 43. 28. Porov. Faggioni, M. P.: *Život v našich rukách. Manuál teologickej bioetiky*. Spišská Kapitula, 2007, s. 74-75 (slovenský preklad z talianskeho originálu – Martin Koleják), ISBN 978-80-89170-25-8. 29. Johnson, P.: Dějiny 20. století. Nakl. Rozmluvy Alexandra Tomského, Praha, 1991, 848 strán (Český preklad z anglického originálu – Jan Čulík), ISBN 80 85336 07 3. 30. Porov. Sorosky J. I. et al.: Stopień lb raka szyjki macicy w ciąży: oczekiwanie na dojrzałość płodu. (prekl. A. Nienartowicz) *Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne*, 2, 1997, č. 5, s. 387. 31. Porov. Grabczak, Z.: *Problematyka etyczna patologii ciąży. Studium w świetle współczesnego nauczania Kościoła*. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL, 2005, s. 261-262, ISBN 83-7306-245-9. 32. Słomko, Z. et al.: *Problemy onkologiczne w okresie okołoporodowym*, s. 298, porov. aj s. 300-303. Jedným z najlepších prameňov informácií o vplyve žiarenia X a gama na vývoj ľudského plodu je pokolenie japonských žien, ktoré prežili bombardovanie Hirošimy a Nagasaki v roku 1945, pričom sa nachádzali v rôznych štádiách gravidity. 33. Porov. Pius XII.: Discours a des médecins sur les problèmes moraux de l'analgesie. (Przemówienie do członków Międzynarodowego Instytutu G. Mendela, 24.02. 1957). In: Delacroix, S. (Ed.): *Documents pontificaux de Sa Sainteté Pie XII 1957*, Saint-Augustin, Saint-Maurice, 1959 s. 47-48, 51 a 55; Ján Pavol II.: *Encyklika Evangelium vitae*. Rim, 1995, č. 65. 34. Porov. Papiaska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (1995). In: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*. Tarnów, 1998, č. 70-71, ako aj č. 122-124.

Grabczak, Z.: **Etické problémy vybraných onkologických ochorení v období tehotenstva. [Ethical Problems of Selected Oncologic Diseases during Pregnancy.]** *Med. Etika Bioet.*, 18, 2011, No. 1 - 2, p. 7 – 11.

Abstrakt

Nádorové ochorenia sa v období gravidity vyskytujú pomerne zriedkavo. Predstavujú však závažný medicínsky a etický problém tak z pohľadu tehotnej ženy – matky, ako aj jej počatého dieťaťa, ktoré dnešná medicína už považuje za „intrauterinného pacienta“. Napriek mimoriadnemu pokroku súčasných diagnostických a liečebných možností sa v praxi vyskytujú situácie, ktoré predstavujú medicínsku aj etickú dilemu. Ide najmä o prípady, keď potrebná medicínska intervencia u matky môže viesť k závažnému poškodeniu zdravia, ohrozeniu života alebo k usmrteniu plodu. V práci sa najskôr uvádza stručný prehľad nádorových ochorení, ktoré sa najčastejšie vyskytujú v období tehotenstva, a aktuálnych postupov ich liečby. Poukazuje sa na prítomné etické dilemy, ktorých riešeniu sa autorka podrobnejšie venuje v druhej časti príspevku.

Kľúčové slová: tehotenstvo, onkologické ochorenia, chemoterapia, rádioterapia, liečba bolesti, hysterektómia, umeľý potrat

Abstract

Oncologic diseases are relatively rare in pregnancy. They may pose, however, serious medical and ethical problems both from the point of view of a pregnant woman – the mother, and her unborn child, which contemporary medicine already recognizes as the “intrauterine patient”. Despite extraordinary developments in the area of contemporary diagnostic and therapeutic possibilities, in practice, there appear the situations that constitute serious medical and ethical dilemmas. There are especially those, where a necessary medical intervention in the pregnant woman bears a significant risk of serious health damage, threat to the life, or killing of the foetus. In the paper, first an overview of the most common oncologic disease in pregnancy is given and involved ethical dilemmas are pinpointed. Those are dealt with by the author in the second part of the paper.

Key words: pregnancy, oncologic diseases, chemotherapy, radiotherapy, treatment of pain, hysterectomy, abortion

Korešpondencia/Correspondence to: ThDr. Zuzana Grabczak, PhD., Omšenie č. d. 620, 914 43 Omšenie, Slovak Republic, e-mail: grabczak.home@gmail.com

DISKUSIE O EUTANÁZII – STRUČNÝ
PREHLAD AKTUÁLNEJ ARGUMENTÁCIE

Miroslav Prikryl

*Katedra filozofie, Filozofická fakulta Katolíckej univerzity
v Ružomberku, Ružomberok, Slovenská republika*

I. Úvod

Filozofické (a etické) otázky spojené s koncom ľudského života zaujímali človeka a ľudstvo od nepamäti. V súčasnej dobe, napriek tomu, že sa zdá, akoby tieto problémy boli zámerne alebo mimovoľne vytesňované z hlavného prúdu záujmu dnešného človeka, v skutočnosti pozorujeme skôr nárast a pomerne výraznú diferenciaciu – i fragmentáciu tohto záujmu. Pre uskutočňovanie zmysluplného dialógu o týchto závažných otázkach – ktorého náplňou v súčasnosti nie je už len teoretická, alebo apologeticko-polemická diskusia, ale aj debata o formovaní a uplatňovaní žiaducich etických (morálnych) pravidiel vo verejnosti, až po rozlične zamerané legislatívne a politické aktivity – je nevyhnutné primerane porozumieť používanej terminológii, ako aj filozofickým, prípadne teologickým východiskám konkrétnej argumentácie. S týmto cieľom sme pripravili aj tento, skôr „praktický“ zameraný prehľad, ktorý vznikol aj na priamy podnet redakcie časopisu *Medicínska etika & Bioetika*.

II. Argumentácia proti eutanázii

V tejto časti uvedieme prehľad najčastejšie uvádzaných argumentov na zdôvodnenie mravnej (etickej) neprijateľnosti eutanázie a neakceptovateľnosti jej legalizácie, respektíve dekriminlizácie. V nasledujúcom texte vždy najskôr predstavíme konkrétny argument a následne načrtne aj prípadné kritické pohľady jeho oponentov.

Argument Hippokratovej prísahy

Už v najstaršom a súčasne najznámejšom kódexe stavovskej lekárskej etiky, v Hippokratovej prísaha, nachádzame jednoznačne formulovaný negatívny postoj k vykonávaniu eutanázie či umelého potratu: „*Nedám sa uprosiť na podanie smrtiaceho lieku, ani to neporadím. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnatie plodu. Svoj život a svoje umenie budem chrániť v čistote a posvätnosti.*“ [9]

Avšak Hippokratova prísaha nie je jediným kódexom, v rámci ktorého zaznieva odmietnutie eutanázie, respektíve inej formy lekárovej asistencie pri usmrtení pacienta. Asafova prísaha sa vyjadruje nasledovne (cit. v českom preklade): „*Dejte pozor, abyste nezabili žádného člověka štávou z kořene, a nepřipravíte a nepodáte ženě s dítětem, vzešlým z cizoložství, lektvar, abyste způsobili potrat.*“ [1]

Odmietavý postoj voči praxi eutanázie formuluje i Světová lekárska asociácia (World Medical Association – WMA) v deklarácii o eutanázii prijatej v roku 2002: „*Eutanázia, to je čin úmyselného ukončenia života pacienta, i keď na pacientovu vlastnú žiadosť alebo žiadosť blízkych príbuzných, je neetická. To nezabraňuje lekárovi, aby rešpektoval pacientove želanie, aby umožnil prirodzený priebeh procesu umierania v terminálnej fáze ochorenia.*“ [19]

Eutanázia ako čin porušujúci základné poslanie medicíny

Podľa jej odporcov je eutanázia, ako čin priamo usmrcujúci pacienta, v príkrom rozpore so základným poslaním medicíny. Jej poslanie, ako vedy zaoberajúcej sa zdravotným stavom človeka, chorobnými stavmi a procesmi, diagnostikou, identifikáciou príčin, prevenciou a liečením, je totiž chrániť život, zdravie a liečiť narušený zdravotný stav človeka. Eutanázia, ako čin usmrcujúci človeka zvereného do lekárskej/zdravotníckej starostlivosti, je teda v priamom kontraste so základným poslaním medicíny a lekárskeho/zdravotníckeho povolania. „*Stavovskou povinnosťou lekára je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca. Povinnosťou lekára je zachovávať život, chrániť a obnovovať zdravie, mierniť utrpenie chorého bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, ...*“ [4]

Na pozadí tohto základného posolania medicíny lepšie vynikne význam základných princípov medicínskej etiky. (1) Patrí medzi ne *princíp beneficencie* (prospešnosti), ktorý požaduje, aby akékoľvek konanie lekára bolo vždy motivované v záujme života a zdravia pacienta a bolo nasmerované na jeho prospech. [11]. *Princíp non-maleficencie* (princíp neškodnosti) je formulovaný v hippokratovskej zásade „*Nil nocere.*“ (Predovšetkým neškodí.) [11] V duchu tohto princípu sa má lekár vyhýbať konaniu, ktoré by pacientovi mohlo uškodiť alebo by predstavovalo pre neho neúmerné riziko. Predpokladá zodpovedné posúdenie očakávateľných prínosov a rizík daného lekárskeho postupu.

Princíp autonómie vyjadruje požiadavku rešpektovania svojbystnosti a nezávislosti pacienta podrobujúceho sa zdravotnej starostlivosti. Pacient má mať zabezpečenú možnosť a právo rozhodovania v záležitostiach týkajúcich sa každého medicínskeho zásahu či postupu, ktorému sa má podrobiť. Rešpektovanie princípu autonómie sa v praxi prejavuje v požiadavke získať informovaný súhlas pacienta so uvažovanými terapeutickými a diagnostickými výkonmi. [5] *Princíp spravodlivosti* vyžaduje, aby lekári a ostatný zdravotnícky personál pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti postupovali v súlade so spravodlivosťou. Vyjadruje požiadavku odstránenia nespravodlivej diskriminácie vo vzťahu k poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá by mohla byť založená na rasových, etnických, ekonomických, náboženských, svetonázorových, sociálnych či iných rozdieloch medzi pacientmi.

Napriek takmer všeobecnému prijímaniu uvedených princípov odbornou verejnosťou, tento prístup etického uvažovania má aj určité nedostatky. Vyplývajú z chýbania všeobecne prijímaného základu, obsahu a hierarchie základných princípov, ktoré by vytvárali predpoklad riešenia vzájomného konfliktu jednotlivých princípov uplatňovaných v konkrétnom prípade.

Hrozba straty dôvery

Dôvera medzi lekárom a pacientom je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti záležitosťou kľúčového významu. Je dôležitým predpokladom kvalitného poskytovania zdravotnej starostlivosti. Z dôvodu správneho posúdenia zdravotného stavu a určenia účinnej a bezpečnej liečby je potrebné, aby pacient pred lekárom nezatajoval dôležité skutočnosti o svojom zdraví a živote, životnom štýle. Pacient tak koná na základe presvedčenia, že lekár získané informácie čo najlepšie využije v jeho prospech a neprežradí ich nepovolným osobám. V prípade legalizácie eutanázie by mohlo dôjsť k závažnému narušeniu vzťahu dôvery medzi pacientom a lekárom, či iným zdravotníckym pracovníkom. „*Pokud budú mať lekári licenci k zabíjaniu, bude ťažké zachovať dôveru pacienta v to, že lekár je celým srdcom oddaný pacientovým najlepším záujmom. Predstav-*

te si tuto scénu: *jste starý, chudobný, máte chatrné zdraví a jste sám na světě, jste přijat do městské nemocnice se zlomeninami žeber a zánětem plic. Sestra nebo sekundář vstoupí pozdě v noci se stříkačkou plnou žluté tekutiny, aby vám dal intravenózní infuzi. Jak tvrdě budete potom spát? Nezáleží na tom, že váš lékař nikdy nikoho neusmrtil, zásadní rozdíl představuje to, že je legálně oprávněn tak učinit.*“ [10].

Proti hrozbe straty dôvery namieta napríklad H. Kuhseová (dlhoročná spolupracovníčka prof. Petra Singera), podľa ktorej „*mysl mnohých pacientů by se uklidnila, kdyby věděli, že jejich lékaři by byli ochotni podat smrti pomocnou ruku.*“ [13].

Spochybnenie autonómnosti rozhodnutia sa pre eutanáziu

Argumentácia v prospech eutanázie, spočívajúca na zdôrazňovaní princípu autonómie, v sebe obsahuje viacero nedostatkov (viď nižšie). Otázka, či je žiadosť o vykonanie eutanázie skutočne dobrovoľná, je mimoriadne komplikovaná a stáva sa predmetom rozsiahlych diskusií. Podľa Munzarovej „*eutanazie není autonomním výběrem. Nemocní v konečné fázi onemocnění jsou velmi zranitelní a snadno přejímají jakékoliv nápady jiných. Cítí se být již odcizení vůči zdravým, pocítují vinu za to, že jsou zátěží pro ostatní, jsou zahanbeni pro své těžkosti a slabosti, jsou plni nejrozličnějších strachů a velmi citliví vůči různým návrhům.*“ [14].

Autonómia nevyliciteľne chorého, prípadne umierajúceho pacienta môže byť ovplyvnená/obmedzená viacerými faktormi. Jedným z nich je možnosť manipulácie, ba až nátlaku zo strany rodiny, blízkeho okolia, či dokonca zdravotníckeho personálu. Dosiahnuť úplné vylúčenie takéhoto nežiaduceho vplyvu je v praxi veľmi náročné. Podľa Volkenanda „*v společnosti, která uzná aktivnu eutanáziu ako bežný lékařský výkon je přítomné riziko, že pacienti sa budú cítiť tlačení do žiadosti o eutanáziu. Pacienti požadující eutanáziu môžu cítiť, že to od nich spoločnosť vyžaduje. V niektorých prípadoch, ich môžu priatelia a príbuzní otvorene podporovať k žiadosti o eutanáziu, zatiaľ čo ostatní to môžu urobiť, pretože cítia, že sa to od nich očakáva.... Raz legalizovaná, žiadosť o eutanáziu sa môže stať sociálnou povinnosťou.*“ [18].

Samotná choroba predstavuje ďalší faktor, ktorý ovplyvňuje úsudok a autonómiu pacienta. Má vplyv na celkový zdravotný stav, fyzický a psychický komfort a spokojnosť, zníženie schopnosti vykonávať činnosti bežného života. Pacient sa stáva závislým na rodine, zdravotníkovi, sociálnom pracovníkovi a pod., v dôsledku čoho sa u neho začína objavovať otázka, či nepredstavuje pre svoje okolie bremeno. Ďalšími faktormi znižujúcimi autonómiu pacienta sú strach, znížená schopnosť úsudku pod vplyvom liekov, pocity osamelosti a bolesti. Fyzické utrpenie, ktoré je častým sprievodným znakom terminálneho stavu závažných ochorení, nie je vždy miernené na pacientom akceptovateľnú úroveň. Príčinou je najčastejšie nedostupnosť adekvátnych liekov (analgetík a liekov na zvládanie iných nepríjemných symptómov choroby), charakter, intenzita a prognóza choroby, alebo aj skutočnosť, že lekár nedokázal v konkrétnom prípade pri zmierňovaní bolesti a iných príznakov zvoliť adekvátne účinný liečebný postup. Nemali by sme, prinajmenšom v niektorých prípadoch, považovať žiadosť o vykonanie eutanázie za „posledný výkrik“, ktorým pacient demonštruje svoju nespokojnosť s účinnosťou (a úrovňou) poskytovanej starostlivosti?

Náboženské argumenty

Židovsko - kresťanská náboženská tradícia, ako dominantná koncepcia v európskom kultúrnom prostredí, vyjadruje v otázke prípustnosti eutanázie jednoznačne odmietavé stanovisko. Pri odôvodnení tohto postoja sa odvoláva

predovšetkým na princípy správcovstva, dôstojnosti a nedotknuteľnosti, či „posvätnosti“ ľudského života.

Podľa princípu správcovstva je človek iba správcom, nie bezvýhradným vlastníkom svojho života. Ľudský život, ako ktorýkoľvek iný život, pochádza od Boha. Bol človek zverený ako dar. Vzhľadom na jeho mimoriadnu hodnotu je človek za svoj život zodpovedný, je povinný sa o neho starať, chrániť ho, bezdôvodne ho nevystavovať riziku a prejavovať k životu patričnú úctu. Z hodnoty a posvätnosti ľudského života vyplýva človeku povinnosť a zodpovednosť ochraňovať a kultivovať ho, a v prípade narušenia zdravia vyhľadať lekársku/zdravotnícku pomoc. (2) [12].

S princípom správcovstva bezprostredne súvisí aj idea o Božej vláde, podľa ktorej je „*život člověka úplně pod vládou Boha.*“ [16]. Je to samotný Boh, kto rozhoduje, kedy bude človek žiť – a kedy má zomrieť. Človeku neprípadá právo narúšať túto autoritu Boha a privlastňovať si právo rozhodovania vo veciach týkajúcich sa života a smrti pre seba alebo kohokoľvek iného. Eutanázia i lekársky asistovaná samovražda je z týchto dôvodov neprípustná. [16].

Ďalší argument náboženského charakteru vychádza z pohľadu na utrpenie človeka ako na súčasť Božieho plánu. Utrpenie, ktoré človek počas svojho života a umierania prežíva, je zmysluplné a môže sa stať súčasťou Božieho plánu v jeho živote, ktorý má smerovať k večnému životu a šťastiu, k Božej spáse, vykúpeniu. „*Utrpenie je súčasťou života, Boh stanovil, že musíme znášať utrpenie, ako súčasť Božieho plánu v svojom živote. Ak by sme teda zabíjali ľudí, aby sme ich vyslobodili z ich utrpenia, narušovali by sme tým Boží plán.*“ [16]. Tento argument sa nestavia proti snahám zmierňovať alebo odstraňovať utrpenie chorého vhodnými prostriedkami. Oponuje však snahám odstrániť utrpenie tak, že sa úplne odstráni (usmrtí) samotná trpiaca osoba – pacient.

Spomínané argumenty sú založené na predpokladoch náboženského charakteru. Ich akceptovateľnosť je determinovaná náboženským presvedčením daného človeka alebo spoločnosti, či spoločnosti. V podmienkach dnešných výrazne sekularizovaných spoločností nenachádzajú spomínané argumenty všeobecné uplatnenie.

Voči argumentu proti eutanázii vyplývajúcejmu z charakteristiky utrpenia ako súčasť Božieho plánu a do určitej miery aj voči argumentu o Božej nadvláde, mnohí sekulárne orientovaní autori namietajú s odvolaním sa na skutočnosť, že samotná medicína sa pokúša odstraňovať, či zmierňovať utrpenie – a teda v určitom zmysle narúša „Božiu dominanciu“ v otázkach rozhodovania o živote a smrti človeka. Dovedením do dôsledkov by sme sa podľa nich dostali k absurdnej a neprijateľnej myšlienke vzdať sa praxe medicíny a rezignovať na liečbu chorôb, elimináciu utrpenia a záchranu mnohých životov. Dôvody pre takýto výklad však náboženská tradícia neposkytuje – skôr naopak (viď dejiny medicíny a zdravotníctva a zástoj náboženstiev pri ich rozvoji a širokom spoločenskom uplatnení).

Zástancovia eutanázie spochybňujú aj nábožensky zdôvodňované tvrdenie, podľa ktorého je vykonávanie eutanázie v rozpore s Božím prikázaním „*Nezabiješ!*“ Táto norma, ako zdôrazňujú, nie je absolútna: všeobecne prijímanou výnimkou je prípad sebaobranu, zabíjania v spravodlivej vojne, či dokonca trest smrti. [17]. Ak teda „norma“ pripúšťa určité výnimky, obhajcovia eutanázie sa pýtajú, prečo nerozšíriť množinu výnimiek i o prípad eutanázie?

Argument klzkého svahu

Argumentácia poukazujúca na hrozbu tzv. *klzkého svahu* a negatívnych následkov, ku ktorým by spoločnosť mohla po povolení eutanázie „skĺznuť“, je pomerne často uvádzanou námietkou proti legalizácii eutanázie. Tento argu-

ment sa vyznačuje pomerne širokou aplikovateľnosťou v oblasti súčasnej bioetiky, jeho použitie sa teda neobmedzuje len na problematiku eutanázie.

James Rachel identifikuje dve rôzne verzie argumentu klzkého svahu: logickú interpretáciu a verziu, ktorú označuje ako psychologickú interpretáciu tohto argumentu.

Podľa *logickej interpretácie* argumentácie klzkého svahu platí, že ak raz akceptujeme určitý postup, z logického hľadiska sme zaviazaní akceptovať i ďalšie súvisiace (podobné alebo nasledujúce) postupy, keďže vlastne potom už nemáme dobrý dôvod, aby sa neprijali. Avšak tieto ďalšie postupy sú svojou povahou jednoznačne neakceptovateľné. Z tohto dôvodu by sme teda nemali akceptovať ani pôvodný, prvý postup. Inými slovami, mali by sme sa zdržať urobiť prvý krok, aby sme sa na danom klzkom svahu nepošmykli. [16] Ak toto uvažovanie aplikujeme na prípad eutanázie, znamená to, že ak sa chceme bezpečne vyhnúť situácii, kedy by sme čelili snahám o legalizáciu nedobrovoľnej alebo dokonca násilnej eutanázie, nemali by sme prísť k legalizácii eutanázie ani v jej „dobrovoľnej“ podobe.

Psychologická interpretácia ponúka odlišný výklad. Hovorí v podstate toto: „*ak bude určité konanie akceptované, ľudia budú akceptovať aj ďalšie, omnoho spornejšie postupy. Toto je tvrdenie o tom, čo ľudia budú robiť a nie o tom, čo sú logicky zaviazaní robiť. Teda táto forma argumentu hovorí, že ak začneme s usmrcovaním ľudí, aby sme ich ušetrili extrémneho utrpenia, v skutočnosti skončíme pri ich usmrcovaní z iných dôvodov.*“ [16] Ak sa teda chceme vyhnúť takýmto závažným dôsledkom, nemali by sme pripustiť azda menej závažné konania a postupy, ktoré by k nim napokon mohli viesť.

V prípade negatívnych následkov, okrem hrozby klzkého svahu a vyššie charakterizovanej straty dôvery a poškodeniu vzťahu medzi lekárom a pacientom, máme na mysli predovšetkým nebezpečenstvo zneužitia, podvodu a manipulácie pri získavaní slobodného informovaného súhlasu pacienta. V tomto smere zdá sa, že nepredstavujú dostatočnú garanciu informácie o realite vykonávania eutanázie v krajinách, kde bola jej prax (ako výnimka z ustanovení trestného zákona) dosiaľ povolená, predovšetkým informácie o situácii v Holandsku. [15]

Podľa zástancov legalizácie eutanázie je možné predísť hrozbe klzkého svahu a ďalším negatívnym dôsledkom dobrou legislatívou a správne fungujúcim a kontrolovaným právnym a zdravotníckym systémom. (Bohužiaľ, tento predpoklad sa spomínanými empirickými zisťovaniami nepotvrdil. [15]) Navyše, psychologická interpretácia argumentu klzkého svahu je probabilistického (pravdepodobnostného) charakteru: poukazuje na pravdepodobnosť vzniku negatívnych dôsledkov, nie na ich nevyhnutnosť. Na druhej strane logický variant tejto interpretácie, poukazujúci na logickú nevyhnutnosť, sa zdá byť „príliš silný“ – v dôsledku toho by mohol byť vyvrátený identifikovaním aj jediného príkladu, ktorý mu odporuje.

III. Argumentácia v prospech eutanázie

V tejto časti predstavíme postupy argumentácie, ktorých cieľom je zdôvodniť morálnu (etickú) prípustnosť a dekriminlizáciu, respektíve legalizáciu eutanázie.

Rešpektovanie práva jednotlivca na autonómiu

Princíp autonómie predpokladá, že jednotlivec – pacient má, pokiaľ mu to jeho schopnosti, psychický a fyzický stav umožňujú, právo rozhodovať o tom, ktorý z daných diagnostických alebo liečebných postupov podstúpi, a či vôbec nejaký medicínsky alebo ošetrovateľský zákrok podstúpi. Zástancovia eutanázie možnosť autonómnej vol-

by rozširujú aj na prípad rozhodnutia o čase a spôsobe vlastnej smrti. „*Každá osoba má právo starať sa o své tělo a život, včetně jeho konce. Podle tohoto názoru jsou lékaři (nebo jiní lidé) povinni vyhovět požadavkům týkajícím se nejen ukončení léčby, ale i úmyslného zabití pomocí jedu, protože právo volby – svoboda – musí být respektováno dokonce více než život sám, a dokonce i kdyby lékař nikdy takovou volbu nedoporučil nebo s ní nesohlasil. Lékaři, jakožto vlastníci ampulek s životem a smrtí, jsou morálně aktivně vázáni, aby respektovali autonomní osobní volbu.*“ [10]. Podľa toho by mal nevyliciteľne, či terminálne chorý a trpiaci pacient právo požiadať lekára o vykonanie eutanázie, prípadne o lekársku asistenciu pri samovražde. Niektorí zástancovia eutanázie navyše k tomu „právu“ pripájajú povinnosť lekára naplnenie takéhoto práva zabezpečiť (uskutočnením eutanázie). Ku kritike tohto argumentu sa z dôvodu jej predstavenia v predchádzajúcej časti textu na tomto mieste už nebudeme vracat.

Právo na dôstojnú smrť (dôstojné umieranie)

Dlhý proces umierania je neraz spojený s prítomnosťou rozličných neprijemných príznakov (napr. bolesť, nauzea, zvracanie, poruchy vyprázdňovania, svrbenie, psychické poruchy, strach, smútok, depresia a iné). Zároveň je tu znížená, alebo chýbajúca schopnosť vykonávať základné životné činnosti, akými sú samostatné prijímanie potravy a tekutín, zabezpečovanie osobnej hygieny či samostatný pohyb. Pacient nie je schopný sa sám o seba postarať, je odkázaný na starostlivosť svojich blízkych alebo na ošetrovateľský personál. „*Nezriedka umierajúci o týchto skutočnostiach vie, uvedomuje si ich a trýznia ho o to viac, že nie je v jeho silách ovládať svoje telo do tej miery, aby bol sebestačný. Prežívanie odkázanosti a nemohúcnosti má nepriaznivý dopad na pacientovu sebaúctu a dôstojnosť.*“ [3]. Nedokáže viesť plnohodnotný a kvalitný život, svojou odkázanosťou na druhých pociťuje stratu svojej dôstojnosti. Neželá si umrieť v nevládnuteľných bolestiach a v stave absolútnej odkázanosti na niekoho iného, preto si želá umrieť dôstojne, v dôstojných podmienkach, keď ešte je schopný vyjadrovať svoje preferencie. U pacienta sa objavujú pocity bezmocnosti, cíti sa byť príťažou, čo môže vyústiť do žiadosti o vykonanie eutanázie. V rámci špecifikácie práva na dôstojné umieranie sa eutanázie predstavuje ako akt milosrdenstva, humanity (ľudskosti).

Proti uvedenému argumentu namieta napríklad Munzarová: „*Právo na eutanazii není ústavním právem, vycházejícím z právní vědy, a není ústavou chráněno. Takovéto právo by narušovalo základní právo člověka na život a na integritu. Žádný legální podklad pro něj tedy neexistuje.*“ [14]. Dôstojnosť človeka spočíva v samotnej skutočnosti, že je človekom: „*dôstojnosť si získava tým, že je človek. Nedostáva ju ani zvonka, od niekoho, ani v dôsledku niečoho.*“ [17]. Prežívané utrpenie, strata konkrétnych schopností či neschopnosť vykonávať určité aktivity nevyúsťujú v obmedzenie, či stratu jeho dôstojnosti. [6, 7]

Na tomto mieste je potrebné zdôrazniť, že adekvátne uplatnenie postupov paliatívnej starostlivosti dnes umožňuje podstatné zmiernenie až odstránenie väčšiny neprijemných príznakov a ťažkostí pacienta. Zabezpečuje zmiernenie utrpenia a úspešne zlepšuje kvalitu jeho života. [14] Tým je možné zabezpečiť pre pacienta podmienky na pokojnú a dôstojnú smrť, a to bez potreby uchýľovať sa k eticky neprijateľným postupom eutanázie alebo asistovanej samovraždy.

Argumentácia založená na ekonomických dôvodoch

Niektorí navrhovatelia dekriminlizácie, respektíve legalizácie eutanázie argumentujú aj s odvolaním sa na ekonomické dôvody: zdôrazňujú aspekt finančnej náročnosti

starostlivosti o nevyliciteľne, či terminálne chorých alebo umierajúcich pacientov. Nachádzajú v možnosti eutanázie účinný spôsob ako ušetriť nielen finančné ale aj iné materiálne a personálne zdroje (lôžka v nemocnici, lieky, personál a i.). Objektívna obmedzenosť zdrojov vynakladaných na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, nedostatočná alokácia ekonomických, materiálnych a ľudských prostriedkov do tejto oblasti predstavujú významnú prekážku naplneniu ideálu poskytovania zdravotnej starostlivosti podľa potrieb pacientov. Preto zástancovia eutanázie kladú otázku, či je správne, že spoločnosť vynakladá nemalé zdroje na predĺžovanie života a na starostlivosť o nevyliciteľne, terminálne chorých pacientov: ak by títo pacienti boli usmrtení – eutanazovaní, ušetrené prostriedky by sa mohli použiť na starostlivosť o pacientov s lepšou prognózou choroby.

V kritike tejto argumentácie sa najčastejšie pripomína neporovnateľnosť hodnôt, aké predstavujú ľudský život, dôstojnosť človeka, jeho česť atď., s inými, najmä materiálnymi hodnotami – a ich „nevyjadriteľnosť“ v ekonomických parametroch. Možno poukázať aj na neblahé skúsenosti ľudstva s realizovaním programov zameraných na likvidáciu „ľudského života“, ktorý nestojí za to, aby bol žitý“ (napr. tajný nacistický program eutanázie realizovaný pred a počas II. svetovej vojny).

Povinnosť umrieť

Podľa tohto argumentu má človek za určitých okolností, v situácii keď jeho existencia predstavuje pre okolie (príbuzní, spoločnosť) priveľkú záťaž, povinnosť umrieť.

Napríklad John Hardwig v článku *Is there a duty to die? [Existuje povinnosť umrieť?]* [8] uvádza, že za určitých okolností existenciu povinnosti umrieť uznávajú aj niektorí odporcovia eutanázie. (Ide však zvyčajne o ťažké, hraničné situácie, predstavujúce etickú dilemu. Pozn. autora.) Hardwig existenciu „povinnosti zomrieť“ ilustruje na príklade britského polárneho bádateľa Lawrence Oatesa. Pri spätočnej ceste z Južného pólu Oates utrpel zranenia, ktoré mu znemožnili pokračovať v ceste. Ak by ostatní, zdraví členovia expedície ostali s Oatesom, všetci by napokon v dôsledku nedostatku potravín a vyčerpanosti zahynuli. Keďže druhovia ho napriek tomu nechceli opustiť, Oates vyšiel uprostred polárnej víchrice zo stanu a úmyselne sa expedícii stratil, čím ostatným umožnil pokračovať v návrate. Hoci Hardwig uznáva šľachetnosť vykonaného činu, súčasne tvrdí, že to bola Oatesova povinnosť.

V kritike spomínaného argumentu by sme mohli uviesť, že je otázne, či existuje povinnosť vykonať hrdinský čin, alebo podstúpiť „obet“, najmä obeť vlastného života na záchranu života iného človeka, či iných ľudí (napríklad povinnosť zomrieť namiesto niekoho), alebo na záchranu alebo presadenie iných závažných hodnôt (ochrana slobody, vlastníctva, veľkých materiálnych hodnôt, obrana obyvateľstva a i.). Bližšia analýza presahuje priestor tohto príspevku.

Iný uvádzaný príklad je situácia potápajúcej sa lode. Platí nepísané pravidlo, podľa ktorého do záchraných člnov majú nastupovať najskôr ženy a deti. Ak ste teda napríklad pasažierom na Titannicu a nezostane pre vás voľné miesto v člne, ste odkázaný plávať a zahnúť v ľadovej vode. Má to azda znamenať, že máte povinnosť umrieť za každých okolností? Máte povinnosť umrieť, ak sú všetky miesta v člne obsadené, ale v prípade, ak sa jedno miesto uvoľní, máte opäť právo žiť? Myslíme, že je primeranejšie povedať, že za daných okolností nemáte nárok na miesto v člne (i keď máte právo žiť).

Argument o „povinnosti umrieť“ prinajmenšom implicitne predpokladá, že sa vytvorí systém klasifikácie ľudí, kto-

ri budú spadať do kategórie „nositeľov povinnosti umrieť“. Vznikajú tu mnohé ďalšie, veľmi závažné otázky: kto bude oprávnený a na základe akých kritérií takúto klasifikáciu vypracovať. Čo bude určujúcim kritériom klasifikácie: vek, zdravotný stav, sociálna rola alebo „hodnota“, rasa, finančná alebo majetková situácia, existencia príbuzenstva alebo inej sociálnej siete? Kto a ako zabezpečí, aby si takto klasifikovaní ľudia svoju povinnosť splnili. V skutočnosti nás tieto úvahy vracajú k hrôzám štátnych programov eutanázie a iných spôsobov likvidácie nepohodlných alebo „zaťažujúcich“ osôb a skupín obyvateľstva (koncentračné tábory, genocída), ktorých svedkom boli aj dejiny 20. storočia.

Hardwig v citovanej práci [8] uvádza aj prípad 87-ročnej pacientky s 50% prognózou na prežitie ďalších 6 mesiacov. Pacientka, majúca veľký strach zo smrti, požadovala od lekárov použitie všetkých dostupných zásahov, ktoré by jej predĺžili život. Napriek zhoršovaniu stavu sa podarilo pacientke predĺžiť život o takmer 2 roky. „Cenou“ za takúto starostlivosť však bola devastácia úspor, strata bývania a pracovného miesta jej dcéry. Hardwig sa pýta: ktorá z alternatív je prijateľnejšia – stratiť vo veku 87 rokov 50% prognózu na dlhší život alebo stratiť vo veku 55 rokov prácu, možnosť bývania a všetky úspory? [8] V stručnosti možno namietnuť, že ani v tomto prípade eutanáziu nemožno považovať, ani za dobrú, ani za jedinú možnosť. Podľa nášho názoru by podobná situácia mohla byť riešiteľná na základe rozlišovania mimoriadnych a riadnych prostriedkov v poskytovaní (zdravotnej a ostatnej) starostlivosti, ako aj s obmedzením alebo vylúčením postupov zbytočnej (úpornej/márnej) liečby – teda postupov, ktoré neznamenajú žiaden zdravotný prínos pre pacienta (skôr naopak).

Záver

Týmto stručným predstavením najčastejších postupov argumentácie v prospech alebo proti uskutočňovaniu, dekriminalizácii, respektíve legalizácii eutanázie u nevyliciteľne alebo terminálne chorých a umierajúcich pacientov sme zďaleka nevyčerпали všetky existujúce možnosti používané v praxi obhajcami, či odporcami eutanázie. Našou snahou bolo tiež inšpirovať čitateľa k vlastnému štúdiu a premýšľaniu, a tým aj k hlbšiemu porozumeniu tejto mimoriadne zaujímavej, ale aj prakticky významnej problematiky.

Poznámky

[1] Podrobnú analýzu a aplikáciu tohto prístupu etického uvažovania rozpracovali v 80-tych rokoch minulého storočia Tom Beauchamp a James Childress v publikácii *Princípy biomedicínskej etiky*. [2].

[2] Ak prijmeme predpoklad, že život skutočne pochádza od Boha a človek je iba jeho správcou, za predpokladu, že správca nemôže s predmetom mu zvereným svojvoľne zaobchádzať a záverečnej premisy podľa ktorej pri voluntárnej eutanázii pacient dobrovoľne rozhoduje o ukončení svojho života, môžeme uzavrieť, že vykonávanie eutanázie porušuje nadvládu Boha v oblasti rozhodovania o živote a smrti a je v rozpore s princípom správcovstva.

Použitá literatúra

[1] Asafova *prísaha* Dostupné na: http://www.bersky.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=93:prisahy&catid=40:makrobiotika&Itemid=60. [2] BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F.: *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 2001. 454 s. ISBN 0-19-514332-9. [3] ČÁP, J., MAGEROVÁ, J.: Postoje k problematike smrti a umierania človeka v ošetrovateľskej etike. s. 171-215. In: HRKÚT, J. (ed.): *Argumentácia v bioetike*. Ružomberok, FF KU, 2009, 215 s. ISBN 978-80-8084-261-1. [4] Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory In: ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin:

Osveta, 2008. 257 s. ISBN 80-8063-287-8. [5] GLASA, J., ŠOLTĚS, L.: *Ošetrovateľská etika*. Martin: Osveta, 1998, 211 s. ISBN 80-217-0594-9. [6] Glasa, J., Glasová, M.: Ľudské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. *Med. Etika Bioet.*, 6, 1999, č. 3-4, s. 6-10. [7] Glasa, J., Glasová, M.: Personalizmus a aktuálne problémy súčasnej bioetiky. *Filozofia*, 57, 2002, č. 8, s. 565-570. [8] HARDWIG, J.: Is there a duty to die? s. 339 - 348. In: KUSHE, H., SINGER, P.: *Bioethics: An anthology*. Oxford: Blackwell, 1999, s. 600. ISBN 0-631-20311-7. [9] Hippokratova prísaha In: ŠOLTĚS, L., PULLMANN, R.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. s. 228. ISBN 80-8063-287-8. [10] KASS, L. R.: „Nepodám žiadny smrťaci liek“: Proč lékaři nesmějí zabíjet. s. 236-250. In: THOMASMA, D.C., KUSHNEROVÁ, T.: *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 2001, 390 s. ISBN: 80-204-0883-5. [11] KOŘENEK, J.: *Lečbařská etika*. Praha: Triton, 2004, 234 s. ISBN 80-7254-538-8. [12] KOVALOVÁ, D.: *Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika*. Banská Bystrica: UMB FHV, 2004, 78 s. ISBN 80-8055-996-1. [13] KUHSEOVÁ, H.: Dobrovolná eutanázie a ďalší lekárska rozhodovanie týkajúci sa konce života: lekárom by malo byť dovoleno podat smrti pomocnou rukou. s. 251-261 In: THOMASMA, D.C., KUSHNEROVÁ, T.: *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 2001, 390 s. ISBN: 80-204-0883-5. [14] MUNZAROVÁ, M.: *Eutanázie nebo paliatívni péče*. Praha: GRADA, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0. [15] Provnaj napr.: The Netherlands articles (aktualizovaný prehľad článkov a materiálov), dostupné na http://www.euthanasia.com/page_18.html. [16] RACHELS, J.: Euthanasia. In: REGAN, T., BEAUCHAMP, T., BAIRD CALLICOTT, A., et al.: *Matters of Life and Death*. New York: McGraw - Hill, 1986, 437 s. ISBN 978-0070513303. [17] ŠLIPKO, T.: *Hranice života. Dilemy súčasnej bioetiky*. Bratislava: 1998, 399 s. ISBN 80-7141-185-X. [18] VOLKENANDT, M.: Supportive care and euthanasia - an ethical dilemma? In: *Support Care Cancer*. 1998, roč. 6, č. 2, s. 114-119. [19] *WMA Resolution on Euthanasia*, dostupné na http://www.wma.net/en/30_publications/10policies/e13b/index.html.

Příkryl, M.: Diskusie o eutanázii – stručný prehľad aktuálnej argumentácie. [Discussions on Euthanasia – A Brief Overview of the Actual Argumentation.] *Med. Etika Bioet.*, 18, 2011, No. 1 – 2, p. 12 – 16.

Abstrakt

Príspevok predstavuje stručnú charakteristiku a kritiku najčastejších spôsobov argumentácie, ktorá sa uplatňuje v aktuálnych diskusiách o etických a právnych aspektoch dekriminalizácie, respektíve legalizácie eutanázie. Závažnosť problematiky eutanázie vyžaduje širokú verejnú informovanosť a diskusiu založenú na základoch racionálnej kritickej reflexie. Základným predpokladom je primerané poznanie argumentácie používanej jednotlivými názorovými pozíciami, k čomu sa usiluje prispieť aj tento prakticky zameraný prehľad.

Kľúčové slová: eutanázia, klzký svah, autonómia, náboženské argumenty, povinnosť umrieť, dôstojná smrť

Abstract

The paper provides a brief characterization and critique of the most frequent methods of reasoning used within actual discussions on ethical and legal aspects of euthanasia. The importance of the problem of euthanasia requires a broad public information and debate based on the unbiased and rational critical reflection. An essential prerequisite hereby is the knowledge of various models of reasoning and argumentation used by different ethical and/or legal positions. A contribution toward this is the main goal of this brief, practically oriented overview.

Key words: euthanasia, reasoning, slippery slope, autonomy, religious reasoning, duty to die, dignified death

Korespondencia/Correspondence to: Mgr. Miroslav Příkryl, Katedra filozofie, Filozofická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, Hrabovská cesta 1, 03401 Ružomberok, Slovenská republika

DOKUMENTY A MATERIÁLY

DOCUMENTS AND MATERIALS

WMA¹ RESOLUTION ON DRUG PRESCRIPTION

Adopted by the WMA General Assembly,
Vancouver, Canada, October 2010

PREAMBLE

From the beginning of their studies and throughout their professional careers, doctors acquire the knowledge, training and competence required to treat their patients with the utmost skill and care.

Physicians determine the most accurate diagnosis and the most effective treatment to cure illness, or alleviate its effects, taking into consideration the overall condition of the patient.

Pharmaceutical products are often an essential part of the treatment approach. In order to make the right decisions in accordance with the ethical and professional principles of medical practice, the doctor must have a thorough knowledge and understanding of the principles of pharmacology and possible interactions among different drugs and their effects on the health of the patient.

The prescribing of medication is a significant clinical intervention, which should be preceded by multiple, integrated processes to assess the patient and determine the correct clinical diagnosis.

These processes include:

- Taking a history of the current condition and past medical history;
- The ability to make differential diagnosis;
- Understanding any multiple chronic and complex illnesses involved;
- Taking a history of the medications currently being administered successfully or previously withdrawn and also being aware of possible interactions.

Inappropriate drug prescription without proper knowledge and accurate diagnosis may cause serious adverse effects on the patient's health. In view of the possible serious consequences that may result from an inappropriate therapeutic decision, the WMA affirms the following principles on high quality treatment and ensuring patient safety:

PRINCIPLES

Prescription of drugs should be based on a correct diagnosis of the patient's condition and should be performed by those who have successfully completed a curriculum on disease mechanisms, diagnostic methods and medical treatment of the condition in question.

Prescriptions issued by physicians are vital for ensuring patient safety, which in turn is critical for maintaining the relationship of trust between patients and their physicians.

Although nurses and other healthcare workers cooperate in the overall treatment of patients, the physician is the best qualified individuals to prescribe independently. In some countries, laws may allow for other professionals

to prescribe drugs under specific circumstances, generally with extra training and education and most often under medical supervision. In all cases, the responsibility for the patient's treatment must remain with the physician. Each country's medical system should ensure the protection of public interest and safety in the diagnosis and treatment of patients. If a system fails to comply with this basic framework due to social, economical or other compelling reasons, it should make every effort to improve the situation and to protect the safety of the patients.

Note

¹WMA = The World Medical Association, Inc.

English original text taken from the web page of WMA at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p7/Prescription-Oct2010.pdf>

WMA STATEMENT ON THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS AND PHARMACISTS IN MEDICAL THERAPY

Adopted by the 51st World Medical Assembly, Tel Aviv, Israel, October 1999 and amended by the WMA General Assembly, Vancouver, Canada, October 2010.

INTRODUCTION

The goal of pharmacological treatment is to improve patients' health and quality of life. Optimal pharmacological treatment should be safe, effective and efficient. There should be equity of access to this kind of treatment and an accurate and up-to-date information base that meets the needs of patients and practitioners.

Pharmacological treatment has become increasingly complex, often requiring the input of a multidisciplinary team to administer and monitor the chosen therapy. In the hospital setting the inclusion of a clinical pharmacist in such a team is increasingly common and helpful. The right to prescribe medicine should be competency based and ideally the responsibility of the physician.

Physicians and pharmacists have complementary and supportive responsibilities in achieving the goal of providing optimal pharmacological treatment. This requires communication, respect, trust and mutual recognition of each other's professional competence. Access by both physicians and pharmacists to the same accurate and up-to-date information base is important to avoid providing patients with conflicting information.

Physicians and pharmacists must provide quality service to their patients and ensure safe use of drugs. Therefore collaboration between these professions is imperative, including with respect to the development of training and in terms of information sharing with one another and with patients.

It is necessary to keep an open and continued dialogue between physicians' and pharmacists' representative organizations in order to define each profession's respective functions and promote the optimal use of drugs within a framework of transparency and cooperation, all in the best interests of patients.

THE PHYSICIAN'S RESPONSIBILITIES

Diagnosing diseases on the basis of the physician's education and specialized skills and competence.

Assessing the need for pharmacological treatment and prescribing the corresponding medicines in consultation with patients, pharmacists and other health care professionals, when appropriate.

Providing information to patients about diagnosis, indications and treatment goals, as well as action, benefits, risks and potential side effects of pharmacological treatment. In the case of off-label prescriptions the patient must be informed about the character of the prescription.

Monitoring and assessing response to pharmacological treatment, progress toward therapeutic goals, and, as necessary, revising the therapeutic plan in collaboration with pharmacists, other health professionals and, when appropriate, caregivers.

Providing and sharing information in relation to pharmacological treatment with other health care practitioners.

Leading the multi-disciplinary team of health professionals responsible for managing complex pharmacological treatment.

Maintaining adequate records for each patient, according to the need for therapy and in compliance with legislation respecting confidentiality and protecting the patient's data.

Where practically possible, actively participating in establishing electronic drug delivery systems within their workplace and supporting those systems with their professional knowledge.

Maintaining a high level of knowledge of pharmacological treatment through continuing professional development.

Ensuring safe procurement and storage of medicines that the physician is required to supply or permitted to dispense.

Reviewing prescription orders to identify interactions, allergic reactions, contra-indications and therapeutic duplications.

Reporting adverse reactions to medicines to health authorities, in accordance with national legislation.

Monitoring and limiting, where appropriate, prescriptions of medications that may have addictive properties.

Documenting adverse reactions to medicines in the patient's medical record.

THE PHARMACIST'S RESPONSIBILITIES

Ensuring safe procurement, adequate storage and dispensing of medicines in compliance with the relevant regulations.

Providing information to patients, which may include the information leaflet, name of the medicine, its purpose, potential interactions and side effects, as well as correct usage and storage.

Reviewing prescription orders to identify interactions, allergic reactions, contra-indications and therapeutic duplications. Concerns should be discussed with the prescribing physician but the pharmacist should not change the prescription without consulting the prescriber.

Discussing medicine-related problems or concerns with regard to the prescribed medicines when appropriate and when requested by the patient.

Advising patients, when appropriate, on the selection and the use of non-prescription medicines and the patient's management of minor symptoms or ailments. Where self-medication is not appropriate, advising patients to consult their physician for diagnosis and treatment.

Participating in multi-disciplinary teams concerning comp-

lex pharmacological treatment in collaboration with physicians and other health care providers, typically in a hospital setting.

Reporting adverse reactions to medicines to the prescribing physician and to health authorities in accordance with national legislation.

Providing and sharing general as well as specific medicine-related information and advice with the public and health care practitioners.

Maintaining a high level of knowledge of pharmacological treatment through continuing professional development.

CONCLUSION

The patient will best be served when pharmacists and physicians collaborate, recognizing and respecting each other's roles, to ensure that medicines are used safely and appropriately to achieve the best outcome for the patient's health.

Note

English original text taken from the web page of WMA at: http://www.wma.net/en/30publications/10policies/m33/Physicians_and_Pharmacists_in_Medical_Therapy-Oct2010.pdf

RECENZIE / BOOK REVIEWS

A Glass Darkly: Medicine and Theology in Further Dialogue

D. Gareth Jones, R. John Elford (Eds.),
Series: *New International Studies in Applied Ethics*,
Volume 2, Peter Lang IAP, Bern 2010, 246 pgs, pb,
ISBN 978-3-03911-936-3

The second volume of the series *New International Studies in Applied Ethics* is following successfully in the footsteps of the precedent one (1) devoted also to the current important aspects of the dialogue between medicine and theology. The series itself is based at Leeds Metropolitan University and associated with Virginia Theological Seminary. It aims on examination of the ethical implications of selected areas of public life and concern, such as, medicine, peace studies, international sport and higher education. The emphasis is put upon recent developments in the subjects under consideration, open-mindedness and true scholarship. It seems we may expect the arrivals of the forthcoming volumes with a great interest.

The present volume follows on deliberations upon the Christian contribution towards the present ethical debate in bio/medicine, as "crucial areas of human well-being are at stake in the ways we now understand and make use of the ever rapidly emerging medical technologies." Two things about it are new: "the exponential speed at which this is happening and the sheer novelty by which cursed ills can be prevented or cured". The general understanding of Christianity in the book, as is indicated in the *Introduction chapter* by R. John Elford, is as "focused on here and now, on the contingent and every-day, rather than only on what is ultimate and eternal", which is a feature of pastoral theology. The later is understood in this case (ethical debate in biomedicine) as "a passionate concern to understand how the love of God... can be discerned amid the myriad of our technological medical advan-

ces and, equally, among our responsibilities towards each other".

The chapter on *biomedical technologies* today by D. Gareth Jones gives a brief outline of the challenges posed by ever incoming new biomedical technologies and scientific advances being pushed into the practice. He analyses the notion of "artificial" in medicine from the historical perspective, and then in the context of assisted human reproduction and in the realm of contemporary stem cell research. It challenges a reader with the question on a place, or possibility of the science - theology dialogue when struggling to find solutions of the present ethical dilemmas. The author asserts that the present book, together with the previous volume, is just an example that this is not only possible, but necessary.

The following chapter by R. John Elford is devoted to an explanation of the discipline of *theological ethics* in the context of biomedical ethics debate being pursued in the book. While the author acknowledges that the notion "means different things in different religions and even different things within religions themselves", and before he embarks on what it means in the Christian tradition, he gives first a brief account on understanding the ethics of morality in Hinduism and Buddhism. Pointing out that even "Christian ethicists do not always agree with each other (...) and their writings are invariably as diverse in their content as they are in their conclusions (...) while all this can be a case of confusion amongst themselves as well as among the other professionals with whom they engage" the author tries to explore some of the reasons for this diversity. "These will be seen to arise principally from differing understandings of religion and ethics, the knowledge of God, the biblical text, the role of Churches, the use of technical expertise and the eclectic use made by Christians of ethical insights from other traditions."

Next three chapters are written by the authors stemming from, albeit being quite critical to the present *Roman Catholic* moral theology realm. Celia Deane-Drumond explores "the cultural imagery of the artificial in as much as it intrudes on an ethical discussion of genetics and associated reproductive technologies. In particular, she asks what might lie behind such concerns with artificiality as well as raising other social issues connected with feminist critiques of reproductive technologies" and argues for a virtue approach to respective ethical dilemmas that, according to her perspective, may avoid "some of the difficulties associated with alternative utilitarian or dogmatic approaches".

Gerard Mannion, in the chapter devoted to the issue of *collective discernment in medicine and theology*, points out that "ethics is about a process of discernment, taking into consideration various factors and contextual considerations and specifics (...) it is usually about "grey" areas and decisions are more often than not very difficult as opposed to being simple. This is complicated by the fact that we live in a postmodern world where in the midst of a seemingly limitless array of choices there is also, for so many, a yearning for certitude and simplicity. We find this across all sectors of society and it has had a negative impact upon true processes of moral discernment." In his contribution he first gives a basic outline of the nature and scope of a predominant form of moral theory in contemporary Catholicism, then he "considers some recent ecclesiological and wider theological developments that", he argues, "appear counter-productive in aiding the Church in contributing to moral, social and political debates in wider public society, particularly in those countries where the Church finds itself part of a wider pluralistic and/or increasingly secular society." After that, the author considers "what alternative approaches might better assist the Church in making its voice

heard and respected when contributing to such debates”, and he stresses “the need for, and insights from elements of “public theology”, as well as contributions and insights from the ecumenical sphere. The aim is to contribute to attempts at fostering constructive approaches to the understanding and exercise of moral teaching authority in the present era. In particular the shaping of a wider understanding and exercise of church teaching authority that is more dialogical, collaborative and participatory in its character.”

Ann Marie Mealey critically analyses the encyclical letter *Dignitatis Personae* as “perhaps one of the most important documents produced by the Holy See in recent years”. The author concludes that “although there are many positive issues and statements contained in this recent instruction on bioethics, from which Catholics and all persons of good will can draw inspiration and guidance in the formation of responsible consciences, there are also some areas of tension and ambiguity.”

The section of the book devoted to *Evangelical and Free Church Responses* contains four chapters. **Andrew Goddard** explores the place of the *Bible in medical ethical deliberations*. The author attempted “to show that there is a value in turning to the Bible as the evangelical tradition particularly emphasizes. It is not that the Scripture alone can provide us with answers (always a misunderstanding of the Reformation’s *sola Scriptura* claim). Scripture points beyond itself to the importance of the witness of the created order and offers guidance as to how we are to interpret our world, relating to it as a work of God through the study of which we can discern truth. That approach to the world – including towards humans with the world – requires both humility and a corporate engagement in the scientific and technological quest and it is those same keys for interpretation which also open up the text of the Scripture itself to yield fresh insights.” The author concludes that “perhaps most fruitful of all is when we look at the canon of Scripture as a whole and, in seeing the big picture, discover that theological reflection on the significance of God’s actions and human responses in the different acts of the biblical drama of God’s covenant with humanity from creation to new creation provide us with fresh perspectives that challenge other frameworks and can shape a distinctively Christian contribution to ethical debates.”

J. Stephen Bellamy analyses in some detail the evangelical response to the issues raised by *the Human Fertilisation and Embryology Bill* in the United Kingdom (UK) (passed in 2008) as exemplified by the statements of the following well established evangelical groups in the UK, namely the Christian Medical Fellowship (CMF), Christian Action Research and Education (CARE), Lawyer’s Christian Fellowship (LCF), Evangelical Alliance, Christian Concern for our Nation (CCFON) and the Christian Institute (CI).

Adam Hood devotes his contribution to dealing with a question of what might be useful approaches to the contribution theology can make to discussions in bioethics. While he asserts that the strategy to offer up theological fragments as contributions to wider debate might be a useful, and sometime the only feasible strategy, the author argues that “there is a need to engage critically with the frameworks within which bioethical discussions take place. This involves scrutinising the stock of assumptions that underlie such discussions and offering, where appropriate, constructive alternatives.” In the chapter, the author demonstrates the “importance of this task by examining one prevalent paradigm, juxtaposing this to the ideas of the Christian personalist, John Macmurray (1891 – 1976). The comparison of different perspectives suggests the influence of underlying assumptions on the

day-to-day questions faced by bio-ethics. Most importantly (...) the position taken on “metaphysical status of values” will shape the answers given to particular ethical dilemmas.” When facing the “empiricist orthodoxy” that “lies behind the common assumption that there is a fundamental difference between fact and value (...) and underpins the consequentialism that can be traced in public ethical debate, even shaping contributions of the churches to the public realm”, “there is a need for Christians to discuss constructively the assumptions of ethical debate”.

In the final chapter of this section and of the whole book **D. Gareth Jones** stresses the necessity of dialogue, while analysing its obstacles, foundations and perspectives in bioethical debates realm, which is still somewhat “ill-defined territory”. For the authors of this interesting volume, he concludes: “This book has picked up upon the limitations and uncertainties in our knowledge and understanding when considering frighteningly complex and pressing contemporary matters in the biomedical realm. Our contention has been that it is incumbent upon us to steer a course between almost complete assurance as to the rightness of our cause and despair that helpful guidance will ever be found. We are only too aware that we do not see as clearly and unambiguously as we would like, and that all too often we are dealing with puzzling reflections rather than seeing with 20/20 vision. But we have also proposed ways forward for all of us – scientists, clinicians, theologians and those seeking to live out their lives in this contested territory. We have sought to map a course that takes seriously the diverse factors impinging upon bioethical decision-making, a course built upon a realistic appreciation of what Christian hope can mean for those of us living in a world dominated by biomedical technology.”

The present reviewer can only bow to this final statement for the book, indicating, that it may prove very useful and informative for all categories of professionals listed in it. He only wants to add that the volume, nicely adjusted in a paperback format, is supplemented with useful notes on individual contributors’s affiliations and a helpful index.

Prof. Jozef Glasa, MD, PhD., PhD.
Editor, Medical Ethics & Bioethics

(1) A Tangled Web: Medicine and Theology in Dialogue. D. Gareth Jones, R. John Elford (Eds.), Series: New International Studies in Applied Ethics, Volume 1, Peter Lang IAP, Bern 2010, 246 pgs, pb, ISBN 978-3-03911-936-3

LIDSKÉ EMBRYO V PERSPEKTIVĚ BIOETIKY

David Černý a kolektiv

Wolters Kluwer ČR a CEVRO Institut, Praha (ČR),

1 Vyd., 2011, pb, 212 strán

ISBN 978-80-7357-648-6

V súčasnej spoločnosti stoja v popredí záujmu mnohých najmä materiálne hodnoty. Cítíme, že sa často zabúda na hodnotu človeka, na zmysel jeho života a utrpenia. Etické problémy súčasnosti signalizujú reálnu možnosť ohrozenia mravného poriadku, ako aj samotného ľudstva. Problémom modernej doby je nedostatková mravná orientácia, chýbanie zásadných a zdôvodnených mravných kritérií. O to viac je potrebné oceniť vydanie tejto aktuálnej, potrebnej a zaujímavej publikácie. Monografia kolektívu renomovaných autorov poskytuje komplexný pohľad na aktuálne otázky bioetických diskusií o ľudskom embryu:

predkladá širokú, multidisciplinárnu analýzu tohto veľmi aktuálneho, živého problému súčasnej bioetiky. Autori kladú v publikácii množstvo otázok, na ktoré hľadajú relevantné odpovede. Zároveň tieto otázky núti čitateľa zamýšľať sa aktívne nad čítaným textom, porovnávať a samostatne hľadať. Hlavným problémom, ktorému sa autori v publikácii venujú, je hľadanie odpovedí na otázku: „Aký je morálny status ľudského embrya?“

Kniha je rozčlenená do 4 hlavných kapitol, ktoré, hoci sú písané rôznymi autormi a z rôznych profesijných pohľadov, tvoria spolu zaujímavý, kompaktný celok.

V prvej časti sa autori venujú etickým problémom súčasnej embryológie a reprodukčnej medicíny. Upozorňujú na dve zásadne odlišné zamerania reprodukčnej medicíny a s tým súvisiace etické problémy. Stručne rozoberajú základné metódy asistovanej reprodukcie (GIFT, IVF/ET, ICSI) a pripomínajú, že nie všetko, čo je v súčasnosti „možné“, technicky realizovateľné, je aj morálne prípustné.

Druhá kapitola je zameraná na hľadanie odpovedí na otázku: „Ľudské embryo: niekto alebo niečo?“ V rámci biologických úvah – kedy začína život ľudského organizmu, vychádzajúc z aktuálnych poznatkov biológie a embryológie, autori popisujú proces oplodnenia v ôsmich po sebe nasledujúcich etapách, pripomínajú schopnosť embrya bezprostredne po svojom vzniku komunikovať s materským organizmom prostredníctvom tzv. *cross-talk-u*, zamýšľajú sa nad tým, ktorá fáza – etapa je rozhodujúca a popisujú vývoj embrya so zdôraznením jeho kontinuity, t.j. bez empiricky pozorovateľných kvalitatívnych skokov. Autori ďalej sumarizujú súčasné námietky voči individualite embrya, ktoré rozdeľujú do 3 skupín: argumenty založené na totipotencii buniek, na argumenty vyplývajúce zo vzťahu embrya a materského organizmu a argument mozgovjej aktivity. Spomínané argumenty dôsledne a kriticky analyzujú. Poslednú časť kapitoly tvorí kritický prehľad v praxi rozšírených jazykových výrazov, ktoré sa objavujú v súvislosti s neochotou uznať a rešpektovať ľudskú prirodzenosť a individualitu embrya v prvých týždňoch jeho života. Týka sa to viacerých jazykových pojmov, ktoré sú vlastne účelovými manipuláciami. Napríklad: „potenciálny človek, preembryo, ootida...“. Autori svoje analýzy veľmi vhodným spôsobom obohatili o praktické, ľahko pochopiteľné porovnania – a tým dosiahli až jemné „nadhľadčenie“ náročnej témy v kontraste s jej náročnosťou. Upozorňujú, že analyzované neologizmy nezriedka môžu slúžiť ako prostriedky manipulatívnej komunikácie, ktorá sa účelovo snaží posunúť začiatok ľudského života až na neskoršiu dobu po počatí. To okrem iného „umožňuje“ výskum, ako aj iné využívanie ľudských embryí na rôzne účely. Autori však zdôrazňujú, že status ľudského individua nie je možné priznávať podľa ľubovôle, potrieb a záujmov tých, ktorí sú silnejší, ale musí sa priznať všetkým živým bytostiam patriacim do ľudského druhu, a to vo všetkých štádiách ich života.

Tretia kapitola knihy prezentuje ľudské embryo v perspektíve bioetiky. Autori na začiatku poskytujú informácie o samotnej bioetike, pričom uvádzajú dva odlišné spôsoby jej delenia. Zdôrazňujú interdisciplinárny charakter bioetiky. V ďalšom sústreďujú pozornosť na bioetické otázky na začiatku ľudského života. Popisujú jednotlivé fázy procesu oplodnenia a upozorňujú na rozdiel medzi počatím človeka a oplodnením: prvému výrazu prikladajú metafyzický význam, kým druhý predstavuje jednu z možností biologickej realizácie počatia. Ďalšia časť kapitoly je venovaná kritickému analýze troch najčastejších argumentov popierajúcich individualitu embrya. Autori pokračujú vysvetlením metafyzického pozadia súčasných diskusií o osobnej identite (diachrónna a synchronná identita osôb) a zdôvodňujú animalizmus v kontexte odmietania dualizmu. Kriticky skúmajú význam a dôsledky uplatnenia morálneho relativizmu a etiky utili-

tarizmu s ohľadom na spracovávanú tému, pričom si všímajú z toho vyplývajúce argumentačné problémy. Nadväzuje analýza ontologického a funkcionálneho chápania ľudskej dôstojnosti a hodnoty človeka a upozornenie, že jedine ontologické chápanie ľudskej dôstojnosti a ľudských práv môže byť základom existencie a slobodného, demokratického fungovania a vývoja spoločnosti. Autori prezentujú teóriu prirodzeného mravného zákona a Finnisovu koncepciu siedmich základných foriem dobra, pričom zdôrazňujú, že právo jedného znamená povinnosť druhého toto právo rešpektovať. Pripomínajú aj zaužívanú tendenciu stotožňovania spravodlivosti s legalitou a upozorňujú, že to nemusí platiť za každých okolností. V závere kapitoly autori zdôrazňujú, že ľudské bytosti sú osoby vo všetkých štádiách svojej existencie – a predkladajú z toho vyplývajúce konkrétne technologické, kultúrne a politické odporúčania do praxe.

V štvrtej časti monografie sa autori vyjadrujú o identite, dôstojnosti a ochrane ľudského embrya z troch možných hľadísk: filozofického, pedagogického a etického. Upozorňujú na pozorovanú „krízu zmyslu a hodnôt“, ktoré závažným spôsobom vplyvajú na oslabenie povedomia o hodnote ľudského života. Pripomínajú ciele výchovy: sprevádzať človeka v jeho vývoji a utváraní do ľudskej osoby, ktorá bude obdarená „zbraňami poznania, silou názoru a morálnymi čnosťami“. Autori zdôrazňujú, že uznanie dôstojnosti ľudskej osoby predstavuje nepodmienený akt, ktorý nezávisí od slobodného rozhodovania niekoho iného, t.j. od toho, či tejto osobe ľudskú dôstojnosť priznáme alebo nepriznáme.

Záverom možno zhrnúť, že kniha predstavuje významný príspevok k súčasnej odbornej literatúre v oblasti bioetiky nielen v Českej republike (kniha je napísaná v českom jazyku). Autori vyvinuli veľké úsilie pre priblíženie problému statusu ľudského embrya vo všetkých interdisciplinárnych a prekrývajúcich sa oblastiach modernej bioetiky. Publikáciu možno odporúčať všetkým záujemcom o hľadanie hlbších odpovedí na základné otázky týkajúce sa začiatku ľudského života. Môže byť prínosom pre široké spektrum čitateľov. Svojou aktuálnosťou a kvalitou spracovania témy bude užitočná najmä pre odborných pracovníkov, ale aj pre študentov v oblastiach, ktoré sa priamo týkajú spracovanej témy, akými sú medicína (najmä odbory gynekológia a pôrodnictvo, pediatria, neonatológia, klinická genetika...), pôrodná asistancia, molekulárna biológia, genetika, ale aj filozofia, teológia a iné. Za pozitívum predloženej monografie možno považovať úsilie o poskytnutie podrobných a solidných informácií v celej šírke interdisciplinárneho problému, doplnených filozofickými úvahami a prekladmi viacerých relevantných dokumentov. O zodpovednom prístupe autorov a o ich profesionalite svedčí aj veľký počet použitých literárnych zdrojov, najmä z medzinárodného prostredia.

doc. MUDr. Terézia Krčméryová, PhD.

Ústav zdravotníckej etiky FOaZOŠ SZU v Bratislave

Oznámenie

Dňa 9. marca 2011 bol vedením Ústavu medicínskej etiky a bioetiky Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) v Bratislave poverený doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD. Pôvodný názov ústavu sa zmenil na Ústav zdravotníckej etiky Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU v Bratislave (ÚZE FOaZOŠ SZU), pričom ústav sa buduje s pôsobnosťou pre všetky fakulty SZU. Doc. Glasa naďalej ostáva vedúcim Ústavu medicínskej etiky a bioetiky n. f. so sídlom v Bratislave.

ETHICS COMMITTEES

ETICKÁ KOMISIA: TYPY, PODMIENKY ČLENSTVA, SPÔSOB PRÁCE A HLAVNÉ OBLASTI ČINNOSTI – VYBRANÉ PRAKTICKÉ ASPEKTY ^[1]

Jozef Glasa^{1,2,3}, Mária Glasová⁴, Terézia Krčméryová², Helena Glasová^{1,3}

¹Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie Lekárskej fakulty a ²Ústav zdravotníckej etiky Fakulty ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave; ³Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f.; ⁴Katedra psychológie a patopsychológie Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského; Bratislava, Slovenská republika

1. Úvod

Etická komisia je skupina osôb s rozličnou odbornou kvalifikáciou a osôb bez biomedicínskej odbornej kvalifikácie (laikov) zriadená vymenovaním za účelom posúdenia a riešenia etických problémov, ktoré vznikajú v súvislosti s praxou medicíny, ošetrovateľstva, s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ako aj v súvislosti s plánovaním a vykonávaním biomedicínskeho výskumu, vrátane klinického skúšania produktov, liekov, zdravotníckych pomôcok. (12, 13)

Najdôležitejšími požiadavkami na **vlastnosti** etických komisií sú zvyčajne (12):

- nezávislosť pri posudzovaní etických problémov a pri prijímaní a prezentovaní stanoviska k týmto problémom (vylúčenie nežiaducich vonkajších vplyvov a konfliktu záujmov u členov komisie),
- profesionálna, odborná kompetentnosť,
- etická akceptabilita, dôveryhodnosť členov komisie pre odbornú i laickú verejnosť,
- citlivosť na regionálne a miestne mravné vedomie,
- schopnosť dospieť k záveru (vydať stanovisko k danému problému) v akceptovateľnom čase.

Etické komisie majú v rôznych krajinách a v rôznych oblastiach svojej činnosti (oblasť biomedicínskeho výskumu, oblasť klinického skúšania, oblasť zdravotnej starostlivosti) odlišné legislatívne zabezpečenie, požiadavky na zloženie, spôsob práce, definovanie kompetencií, povinností a zodpovednosti. (5, 9, 11, 18) Napriek tomu možno považovať niektoré znaky, resp. riešenia za viac – menej všeobecne prijaté vo všetkých alebo väčšine krajín, ktoré sa riešením problematiky etických komisií už zaoberali.

2. Typy etických komisií

Najčastejšie sa uvádzajú nasledovné dve typológie etických komisií (12, 13):

A. Podľa zriaďovateľa, kompetencií, rozsahu a charakteru vykonávanej činnosti:

- „Národná“ **etická komisia** [angl. *National Ethics Committee/Council*] – zriaďuje sa zvyčajne pri niektorom z ústredných štátnych orgánov, najčastejšie pri ministerstve zdravotníctva (v niektorých krajinách pri parlamente, úrade vlády, inom ministerstve). Jej hlavnou

úlohou je konzultačná činnosť pre ústredné orgány štátu v otázkach bioetiky, najmä v súvislosti s legislatívnym procesom. Okrem toho plní aj mnohé ďalšie úlohy s celoštátnou pôsobnosťou a tiež úlohy na medzinárodnej úrovni.

V SR plní tieto úlohy **Etická komisia pri Ministerstve zdravotníctva SR (EtK MZ SR)**, ktorá v rokoch 1990 – 2005 pracovala pod názvom *Centrálne etická komisia MZ SR (CEK MZ SR)*. (10, 12, 13)

- **Regionálna etická komisia** [angl. *Regional Ethics Committee*] – zriaďuje sa zvyčajne pri správnom orgáne daného regiónu (vyšší územný celok, kraj), najčastejšie pri odbore/referáte zdravotníctva. Hlavnou úlohou je konzultačná činnosť v otázkach bioetiky pre zdravotnícke orgány daného regiónu. V oblasti biomedicínskeho výskumu ide najmä o posudzovanie etickej prijateľnosti projektov multicentrického výskumu a protokolov multicentrického klinického skúšania, kde koordinujúce pracovisko má sídlo na území daného regiónu.

V SR plnia tieto úlohy **Etické komisie Vyšších územných celkov (EK VÚC)**.

- **Miestna etická komisia** [angl. *Local Ethics Committee*] – zriaďuje ju zvyčajne vedúci (riaditeľ) zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu, ako svoj poradný orgán pre otázky medicínskej a zdravotníckej etiky a bioetiky, ktoré vznikajú v danom zdravotníckom zariadení alebo vo výskumnom ústave v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti alebo s biomedicínskym výskumom, vrátane klinického skúšania (produktov, liekov a zdravotníckych pomôcok). V rôznych krajinách majú tieto etické komisie rôzne právne postavenie, zloženie, zodpovednosť, spôsoby činnosti a mieru koordinácie na regionálnej a celoštátnej úrovni.

V SR plnia tieto úlohy **eticke komisie** zriadené podľa § 5 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (v znení neskorších predpisov).

B. Podľa prevažného vecného zamerania činnosti:

- **Etické komisie pre biomedicínsky výskum** [angl. *Research Ethics Committees (RECs)*, v USA *Institutional Review Boards (IRBs)*] – hlavnou náplňou ich činnosti je posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu, vrátane protokolov klinického skúšania, a sledovanie priebehu nimi schváleného výskumu s ohľadom na dodržiavanie požadovaných etických štandardov. (1, 2, 3, 17, 18, 19, 21, 22)
- **Etické komisie zdravotníckych zariadení** [angl. *Hospital Ethics Committees (HEC)*, prípadne *Clinical Bioethics Committees (CBCs)*] – hlavnou náplňou ich činnosti je posudzovanie a navrhovanie riešení etických problémov, ktoré vznikajú v súvislosti s praxou medicíny a poskytovaním zdravotnej starostlivosti v danom zdravotníckom zariadení. Majú vytvoriť relatívne neutrálne, multidisciplinárne, dostatočne diskretný a vnútorne komunikatívny priestor na prezentáciu daného etického problému a hľadanie jeho čo najoptimálnejšieho riešenia v komunikácií, resp. v dialógu so všetkými zúčastnenými stranami. V rastúcej miere sa dnes od týchto komisií očakáva poskytovanie „etickej konzultácií“ jednotlivým stránkam zúčastneným na danom etickom probléme/konflikte – lekárom, sestram a ostatným zdravotníckym pracovníkom, pacientom a ich príbuzným, vedeniu zdravotníckeho zariadenia a pod.

V stručnosti uvedieme niekoľko poznámok k úlohám a činnosti regionálnych a miestnych etických komisií. O aktivitách a zodpovednosti „národnej“ etickej komisie sme bližšie písali na inom mieste (10, 12).

Regionálna (krajská) etická komisia

V mnohých krajinách sa popri miestnych (lokálnych) a národnej etickej komisii zriaďujú aj etické komisie zohľadňujúce regionálny (územný) princíp. Hlavné dôvody ich vzniku možno zhrnúť nasledovne:

- konzultačná činnosť pre štátne a samosprávne orgány na úrovni daného regiónu,
- koordinácia činnosti, informačná a konzultačná podpora práce miestnych etických komisii v danom regióne,
- špecifické kompetencie, často s nadregionálnou alebo celoštátnou pôsobnosťou (napr. posudzovanie projektov multicentrického biomedicínskeho výskumu, vrátane protokolov klinického skúšania; posudzovanie vysoko špecializovaného výskumu alebo vysoko špecializovanej oblasti medicínskej praxe a zdravotníckej starostlivosti).

V podmienkach SR boli tieto etické komisie zriadené na úrovni vyšších územných celkov (VÚC) ako poradné orgány štátneho lekára VÚC (a ďalších štátnych a samosprávnych orgánov na tejto úrovni) pre otázky medicínskej a zdravotníckej etiky a bioetiky. Komisiu menuje prednosta VÚC, ktorý vydáva aj jej štatút a rokovací poriadok. VÚC má povinnosť zabezpečiť priestorové a ďalšie nevyhnutné materiálne podmienky pre riadnu činnosť komisie. (12, 13)

Etická komisia VÚC (EK VÚC) na základe svojho štatútu a v súlade s rokovacím poriadkom má plniť najmä tieto úlohy:

- a) konzultačná činnosť pre štátne a samosprávne orgány na úrovni daného VÚC,
- b) odborná informačná, edukačná a konzultačná podpora práce miestnych etických komisii v danom VÚC,
- c) posudzovanie projektov overovania nových medicínskych poznatkov na človeku, protokolov klinického skúšania a projektov biomedicínskeho výskumu, ktoré sa vykonávajú v spolupráci dvoch alebo viacerých zdravotníckych zariadení alebo výskumných ústavov na území Slovenskej republiky, vrátane výskumných projektov s účasťou jedného alebo viacerých zahraničných pracovísk, kde sídlo koordinujúceho pracoviska je na území daného VÚC (rozhodnutie EK VÚC, s výnimkou posúdenia miestnych podmienok v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach alebo výskumných ústavoch, ktoré patrí do kompetencie príslušnej miestnej etickej komisie, má platnosť pre celé územie Slovenskej republiky^[2] - funkcia tzv. „multicentrickej“ alebo „vedúcej“ EK),
- d) udržiavanie kontaktov a rozvoj spolupráce s inými EK VÚC v SR,
- e) plnenie ďalších úloh v súlade so štatútom a aktuálnymi potrebami zdravotníctva daného regiónu^[3].

EK VÚC spravidla nerieši etické problémy, ktoré vznikajú v súvisi s výkonom povolania zdravotníckych pracovníkov. Tieto otázky riešia príslušné orgány profesijných (stavovských) organizácií zdravotníckych pracovníkov v súlade s príslušnými právnymi predpismi alebo oddelenia pre riešenie sťažností príslušných zdravotníckych zariadení.

Miestna etická komisia

Miestne (lokálne) etické komisie predstavujú vo väčšine krajín tie etické komisie, na ktorých leží najväčšia časť zodpovednosti i konkrétnej práce pri riešení etických problémov vznikajúcich v rámci praxe medicíny, ošetrovateľstva, pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ale aj pri posudzovaní projektov biomedicínskeho výskumu a protokolov klinického skúšania pred povolením vykona-

nia daného výskumu alebo klinického skúšania v danom zdravotníckom pracovisku alebo výskumnom ústave. V SR má činnosť miestnych etických komisii už viac než 20-ročnú tradíciu. (12, 13, 20)

Etická komisia (EK) je koncipovaná ako nezávislá komisia. Je poradným orgánom riaditeľa zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu pre otázky medicínskej a zdravotníckej etiky a bioetiky, ktoré vznikajú v tomto zdravotníckom zariadení alebo výskumnom ústave v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti alebo klinickým skúšaním liečiv a zdravotníckych pomôcok, a biomedicínskym výskumom.

Riaditeľ zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu menuje členov EK, vydáva jej štatút a rokovací poriadok. EK za svoju činnosť zodpovedá riaditeľovi zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu a v určenom termíne mu predkladá výročnú správu o svojej činnosti. Zdravotnícke zariadenie alebo výskumný ústav má zabezpečiť priestorové a ďalšie nevyhnutné materiálne podmienky pre riadnu činnosť EK.

Na základe štatútu a v súlade so svojím rokovacím poriadkom plní EK najmä tieto úlohy (12):

- a) rieši otázky medicínskej a zdravotníckej etiky a bioetiky, ktoré vznikajú v danom zdravotníckom zariadení alebo výskumnom ústave v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti alebo overovaním nových medicínskych poznatkov na človeku, vrátane klinického skúšania, alebo s biomedicínskym výskumom,
- b) posudzuje protokoly overovania nových medicínskych poznatkov na človeku, vrátane klinického skúšania liečiv a zdravotníckych pomôcok, a projekty biomedicínskeho výskumu, ktoré sa majú realizovať v danom zdravotníckom zariadení alebo výskumnom ústave,
- c) posudzuje miestne podmienky^[4] na vykonávanie projektov *multicentrického výskumu*^[5], plánovaného v danom zdravotníckom zariadení alebo výskumnom ústave,
- d) pre výskumné projekty a protokoly, ktoré posudzovala, vykonáva v prípade ich realizácie v danom zdravotníckom zariadení alebo výskumnom ústave funkcie príslušnej etickej komisie podľa požiadaviek platných predpisov,
- e) na základe dohody riaditeľov zdravotníckych zariadení alebo výskumných ústavov a so súhlasom krajského /hlavného štátneho lekára môže plniť funkciu MEK aj pre tie zdravotnícke zariadenia alebo výskumné ústavy, kde MEK dosiaľ nebola zriadená,
- f) podľa miestnych okolností a požiadaviek môže vykonávať aj odbornú konzultačnú činnosť v oblasti medicínskej a zdravotníckej etiky a bioetiky pre zdravotníckych pracovníkov, výskumných pracovníkov, ako aj pre osoby, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť (pacienti) alebo ktoré sa majú zúčastniť na danom výskume, pre ich príbuzných a pod.,
- g) udržiava vzťahy a rozvíja odbornú spoluprácu s obdobnými komisiami v rámci kraja i v celoštátnom meradle,
- h) vyvíja edukačné aktivity v oblasti medicínskej a zdravotníckej etiky a bioetiky pre pracovníkov daného zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu,
- i) MEK plní i ďalšie úlohy v súlade so svojím štatútom a aktuálnymi potrebami zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu, v ktorom je zriadená^[6].

Podobne ako EK VÚC, ani miestna EK spravidla nerieši etické problémy, ktoré vznikli v súvislosti s výkonom povolania zdravotníckych pracovníkov.

3. Profesionálne zloženie a podmienky členstva v etickej komisii

Etická komisia sa zvyčajne skladá z nepárneho počtu osôb, ktorý má byť primeraný vzhľadom na predpokladané úlohy a očakávanú činnosť komisie. Najčastejšie máva 5 – 13 členov; v prípade EK VÚC a EtK MZ SR je zvyčajne potrebný väčší počet členov. (12)

Medzi **orgány etickej komisie** počítame:

- a) predsedníctvo (predseda a podpredseda),
- b) plenárne zasadnutie,
- c) pracovné skupiny.

Komisia volí svoje **predsedníctvo** zvyčajne na prvom zasadnutí, a to najčastejšie dvojtretinovou väčšinou hlasov všetkých členov komisie (podrobnosti rieši štatút, resp. rokovací poriadok). Menej obvyklý spôsob predstavuje prípad, keď predsedu EK vymenuje jej zriaďovateľ priamo.

Komisia má mať k dispozícii na primeraný pracovný úväzok **administratívneho pracovníka**, ktorý nie je riadnym členom komisie (nemá právo hlasovať). V prípade etických komisií vyššieho typu (regionálnych, krajských, centrálna) sa na zabezpečenie potrebných administratívno - technických prác, ako aj vzájomného kontaktu a kontinuity informačných tokov v rámci komisie a navonok môže ustanoviť aj funkcia **tajomníka**, ktorý – podobne ako administratívny pracovník – zvyčajne nebýva riadnym členom komisie.

Profesionálne zloženie etickej komisie má byť multidisciplinárne. Medzi členmi majú byť primerane zastúpení kvalifikovaní zdravotnícki pracovníci z kľúčových medicínskych odborov, výskumní pracovníci, právnik, pracovníci humanitných odborov (psychológia, sociológia, filozofia, teológia, bioetika a pod.), ako aj osoby bez medicínskej (biomedicínskej) a bez zdravotníckej kvalifikácie (tzv. laici). Predsedom etickej komisie býva spravidla lekár.

Medzi **podmienkami členstva** v etickej komisii sa najčastejšie uvádzajú:

- a) občianska bezúhonnosť,
- b) primerané vzdelanie, skúsenosti alebo iná požadovaná kvalifikácia pre prácu v komisii,
- c) výslovný súhlas navrhovanej osoby s menovaním za člena komisie, súhlas so zverejnením mena, priezviska, pracoviska a informácie o členstve v komisii,
- d) záväzok zúčastňovať sa zasadnutí komisie a plniť úlohy spojené s činnosťou komisie,
- e) záväzok mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach dôverného charakteru, o ktorých sa člen komisie dozvie v súvislosti so svojím členstvom v komisii alebo so svojou činnosťou v jej rámci,
- f) záväzok osobne prispievať k ochrane údajov a informácií dôverného charakteru súvisiacich s činnosťou komisie,
- g) záväzok oznámiť všetky okolnosti alebo skutočnosti, ktoré by mohli viesť ku vzniku alebo by priamo zakladali konflikt záujmov vo vzťahu k členstvu v komisii alebo vo vzťahu ku konkrétnemu problému prerokovávanému komisiou.

Funkcia člena komisie je spravidla nezastupiteľná a čestná (neplatená).

Funkčné obdobie člena komisie je zvyčajne štvorročné, s možnosťou predĺženia. U etických komisií vyššieho typu (regionálne, krajské, centrálna) sa niekedy uvažuje so zaktovením časového limitu pre členstvo jednotlivce osoby v danej komisii (najčastejšie na 2 za sebou nasledujúce funkčné obdobia).

Členstvo v komisii zaniká uplynutím funkčného obdobia, vzdaním sa členstva, úmrtím alebo dlhodobou neschopnosťou vykonávať povinnosti spojené s členstvom v komisii, ako aj odvolaním člena zodpovedným pracovníkom zriaďovateľa (ministrom, prednostom VÚC, riaditeľom/vedúcim daného zariadenia/ústavu).

Návrh na **odvolanie člena** komisie pred uplynutím jeho funkčného obdobia má obsahovať dôvody odvolania, ktoré musia byť vecné a závažné. Odporúča sa, aby takýto návrh najskôr prerokovalo, prípadne schvaľovalo riadne zasadnutie komisie (posilnenie princípu nezávislosti etickej komisie).

Zriaďovateľ etickej komisie i jej predsedníctvo majú dbať na vhodnú a plánovitú **obmenu členov a funkcionárov** komisie z hľadiska zachovania potrebnej kontinuity práce, odbornosti, skúsenosti, multidisciplinárneho zloženia a primeraného prísunu nových odborných a etických impulzov pre činnosť komisie.

Podrobnosti o podmienkach, vzniku a zániku členstva v etickej komisii a o jej profesionálnom zložení stanovuje štatút.

Finančné podmienky. Samotná účasť člena na rokovaní komisie nemá byť finančne honorovaná. Člen však má mať nárok na úhradu priamych nákladov spojených so svojou účasťou na zasadnutí (napr. cestovných výdavkov). Výkon funkcie člena etickej komisie by sa tiež mal považovať za prekážku v práci z dôvodov všeobecného záujmu, pri ktorej patrí zamestnancovi pracovné voľno s náhradou mzdy podľa príslušných predpisov.

Pokiaľ to konkrétne podmienky umožňujú a pamätá na to štatút danej etickej komisie zakotvením vhodného transparentného mechanizmu, možno členovi komisie priznať aj finančnú odmenu za splnenie mimoriadnych úloh, vyžadujúcich prácu navyše mimo času stráveného na zasadnutí komisie (napr. spracovanie expertíz, posudkov alebo vyžiadovaných odborných materiálov).

Vhodnou možnosťou nepriameho finančného ohodnotenia a motivácie práce člena komisie by bola finančná podpora jeho účasti na vzdelávacích aktivitách v bioetike v rámci regiónu, celoštátne, prípadne – podľa možnosti danej organizácie – i v zahraničí. Fond na tieto účely by sa mohol vytvárať z časti prostriedkov, ktoré zriaďovateľ vyberá od „používateľov“ EK (zadávateľa projektov biomedicínskeho výskumu alebo klinických skúšaní) v súvislosti s vydaním stanoviska EK k projektu/protokolu.

4. Spôsob práce a hlavné oblasti činnosti EK

Činnosť EK sa uskutočňuje najmä formou riadnych zasadnutí. Okrem toho si EK môže vytvoriť pracovné skupiny na riešenie náročnejších konkrétnych úloh (zvyčajne platí len pre EK vyššieho typu – EK VÚC, prípadne EtK MZ SR), prípadne môže vykonávať, ako sme už spomenuli, aj rôzne konzultačné (expertné) a edukačné aktivity. (12)

Zasadnutie EK

Riadne zasadnutie EK zvoláva predseda podľa vopred schváleného časového plánu spravidla raz za jeden až dva mesiace. Mimoriadne zasadnutie zvolá predseda v prípade naliehavej potreby.

Najdôležitejším **cieľom** zasadnutia EK je zvyčajne riešenie konkrétneho etického problému – napríklad posúdenie etickej akceptovateľnosti daného projektu biomedicínskeho výskumu, či protokolu klinického skúšania – **a prijatie stanoviska EK**. Aj nemocničná EK (resp. komisia pre klinickú bioetiku) má zvyčajne za úlohu na zasadnutí posúdiť možnosti **riešenia etického problému**, ktorý vznikol v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Výsledkom takéhoto posúdenia má byť odporúčanie kon-

krátneho postupu (napr. konkrétny výkon zdravotnej starostlivosti vykonať alebo nevykonať), v prípade etického konfliktu, pokiaľ je to z povahy tohto konfliktu vôbec možné, aj prispieť k vytvoreniu podmienok pre jeho riešenie (Hľadanie možnosti kompromisu, prípadne až konsenzu – spoločného súhlasu). (8)

Zasadnutie EK je spravidla neverejné; rokovanie, zápisy a všetky materiály spojené s činnosťou komisie, s výnimkou vyhlásení, stanovísk a iných dokumentov priamo určených na zverejnenie, sa považujú za dôverné. Táto požiadavka súvisí s dôverným charakterom mnohých informácií, s ktorými EK pri svojej činnosti prichádza do styku a ktoré sú nezriedka aj predmetom zvláštnej zákonnej ochrany. Ide predovšetkým o neanonymizované údaje o zdravotnom stave konkrétnych osôb a iné údaje a informácie osobného charakteru, ale aj o údaje a informácie, ktoré sú vlastníctvom konkrétnych fyzických alebo právnických osôb (napr. údaje v dokumentácii ku klinickému skúšaniu nového lieku).

Podrobnosti o priebehu rokovania komisie, potrebnom kvôre (kritérium uznášaniaschopnosti), prijímaní stanovísk a rozhodnutí komisie, spôsobe predkladania materiálov, dopytov, žiadostí o konzultáciu a ďalších požiadaviek na zaujatie stanoviska, posúdenie alebo spracovanie materiálov, vedenie a archivovanie dokumentácie a potvrdenie záväzku mlčanlivosti prizvaných expertov a hostí prítomných na zasadnutí komisie upravujú **štatút a rokovací poriadok** komisie.

Zasadnutie komisie je spravidla uznášaniaschopné, ak sú prítomné najmenej dve tretiny členov komisie. Každý prítomný člen komisie má pri hlasovaní jeden hlas. Rozhodnutie sa obvykle schvaľuje dvojtretinovou väčšinou hlasov prítomných členov komisie. Členstvo v komisii nie je zastupiteľné. Hlasovanie inou formou (napr. písomnou, tzv. per rolam) sa zvyčajne nepripúšťa – chýbal by tu podstatný prvok práce EK: priama osobná diskusia resp. dialóg o konkrétnom riešenom probléme.

Štatút komisie nezriedka umožňuje, aby člen komisie, ktorý hlasoval proti prijatiu daného rozhodnutia alebo stanoviska, mal možnosť na uvedenie svojho stanoviska a jeho zdôvodnenia v zápisnici z rokovania a na jeho zverejnenie súčasne s väčšinovým stanoviskom. Tým však nie je dotknutá povinnosť zachovania mlčanlivosti v rozsahu určenom príslušnými právnymi predpismi.

Členovia komisie, tajomník komisie, administratívni pracovníci a experti prizvaní k práci komisie sú povinní rešpektovať všetky opatrenia na zabezpečenie ochrany a **dôvernosti** informácií, údajov a dokumentácie spojeney s činnosťou komisie v súlade s príslušnými právnymi predpismi a rokovacím poriadkom komisie.

Zasadnutie etickej komisie môže na návrh predsedu v súlade s programom rokovania rozhodnúť o povolení účasti na rokovaní ďalším osobám, pozvaným expertom a hostom. Predseda informuje pozvané osoby pred udelením súhlasu komisie s ich účasťou na rokovaní o povinnosti zachovať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach dôverného charakteru, s ktorými sa zoznámili v súvislosti so svojou účasťou na rokovaní, a vyžiada si potvrdenie ich súhlasu s týmto záväzkom v písomnej forme.

Pracovné skupiny

Na splnenie konkrétnych, zvyčajne termínovaných úloh si EK môže vytvárať zo svojich členov pracovné skupiny. Zasadnutia a iná činnosť pracovných skupín prebiehajú medzi riadnymi zasadnutiami EK podľa konkrétného plánu práce tej-ktorej pracovnej skupiny. (12)

Pri vytvorení pracovnej skupiny menuje predseda EK jej vedúceho a členov. Zároveň definuje danú konkrétnu úlohu, ako aj kritériá a termín jej splnenia (napr. spracovanie

návrhu textu stanoviska EK ku konkrétnemu problému, spracovanie podkladovej analýzy k stanovisku EK a i.). Tieto skutočnosti majú byť súčasťou uznesenia prijatého na riadnom zasadnutí komisie.

Po splnení úlohy, na ktorú bola vytvorená, a podaní správy EK (spravidla v rámci jej riadneho zasadnutia) pracovná skupina zaniká.

Zasadnutia pracovnej skupiny sa z hľadiska ich **finančného zabezpečenia** zvyčajne posudzujú podobne ako zasadnutia samotnej etickej komisie. V odôvodnených prípadoch, pokiaľ ide o plnenie úloh, ktoré vyžadujú prácu navyše mimo času zasadnutí pracovnej skupiny, alebo ide o splnenie konkrétnej cieľovej úlohy (napr. spracovanie expertíz, posudkov alebo vyžiadaných odborných materiálov), a pokiaľ to konkrétne podmienky zriaďovateľa umožňujú a pamätá na to štatút danej etickej komisie za ktorým vhodného transparentného mechanizmu, možno členom pracovnej skupiny priznať za ich konkrétnu činnosť aj finančnú odmenu. V prípade, že si pracovná skupina so súhlasom predsedu etickej komisie prizve na konzultáciu **externého experta**, patrí mu za jeho prácu finančná odmena podľa príslušných predpisov.

Konzultačná činnosť

Poskytovanie odborných konzultácií je potenciálne významnou oblasťou činnosti etickej komisie. Má do istej miery odlišný charakter podľa toho, aké je hlavné vecné zameranie činnosti danej etickej komisie. (12)

EK posudzujúce projekty biomedicínskeho výskumu poskytujú na požiadanie, alebo i z vlastnej iniciatívy v rámci svojej konzultačnej činnosti predovšetkým odborné informácie výskumným pracovníkom, zádávateľovi /sponzorovi výskumu, vedeniu daného zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu, prípadne i ďalším zúčastneným stránkam daného výskumného projektu alebo klinického skúšania.

Konzultácie sa týkajú predovšetkým etických aspektov predkladaných výskumných projektov alebo protokolov klinického skúšania. Sú zamerané na objasnenie a hľadanie riešenia konkrétnych etických problémov, ktoré súvisia s daným výskumom a jeho schválením alebo odmietnutím danou etickou komisiou. Neraz ide aj o odstránenie rozličných formálnych alebo vecných nedostatkov daného protokolu z hľadiska plnenia príslušných predpisov platných v SR, prípadne, najmä ak ide o protokoly klinického skúšania liekov, aj o kontrolu a zabezpečenie plnenia požiadaviek Správnej klinickej praxe.

Náplň konzultačnej činnosti **EK v zdravotníckych zariadeniach** (nemocničných, pre klinickú bioetiku) býva odlišná. Týka sa zvyčajne konkrétnych etických problémov spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti konkrétnym pacientom daného zdravotníckeho zariadenia. (4, 6) Okrem poskytovania odborných informácií z oblasti biomedicínskej etiky (prípadne i medicínskeho práva) jednotlivým stránkam zainteresovaným v danom etickom probléme alebo konflikte, dôležitou súčasťou konzultácie v týchto prípadoch býva aj pomoc pri hľadaní konkrétneho východiska zo situácie (ktorá má niekedy až charakter etickej dilemy) a sprostredkovanie (mediácia) medzi jednotlivými stránkami v záujme dosiahnutia prijateľného riešenia. Riešenie konkrétnych etických problémov medicínskej praxe je azda najvýznamnejšou, najzodpovednejšou i najťažšou úlohou týchto etických komisií.

Edukačná činnosť

Edukačné aktivity EK majú byť neoddeliteľnou súčasťou jej činnosti. Zameranie týchto aktivít bude odlišné podľa hlavného vecného zamerania činnosti danej komisie.

EK posudzujúce projekty biomedicínskeho výskumu majú smerovať svoje vzdelávacie aktivity najmä voči výskumným pracovníkom vlastného zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu. Najdôležitejším cieľom týchto aktivít je zvýšenie kvality samotnej vedeckej práce (tak z metodologického, ako aj z etického hľadiska), a tiež predchádzanie problémom, ktoré, ak už v tejto oblasti vzniknú, môžu mať nedozierne následky pre samotnú vedeckú prácu a realizáciu jej výsledkov, vrátane existenčného ohrozenia pracoviska alebo jednotlivých vedeckých pracovníkov. (14, 15, 16)

Na začiatku činnosti etickej komisie v danom zariadení /ústave býva náplňou týchto vzdelávacích aktivít predovšetkým oboznámenie pracovníkov s prácou a poslaním komisie a s jej požiadavkami na spôsob a náležitosti predkladania výskumných projektov na posúdenie. Užitočné je oboznámiť vedeckých pracovníkov so znením štatútu a s rokovacím poriadkom komisie, ako aj s vyžadovanou dokumentáciou a prípadnými formulármi, ktoré má žiadateľ o posúdenie výskumného projektu vyplniť.

Okrem vzdelávania zameraného na tieto procedurálne otázky má etická komisia od počiatku svojej činnosti dbať aj na zvyšovanie celkovej „etickej kultúry“ výskumu v danom zariadení/ústave a postupne, najlepšie v rámci pravidelných vzdelávacích aktivít (napr. seminárov), prebrať najdôležitejšie otázky etiky výskumu a problematiku „Správnej vedeckej praxe“, vrátane prevencie prípadov narušenia vedeckej a etickej integrity vykonávaného výskumu. Je potrebné venovať pozornosť aj osobnostnému rozvoju a rastu „etickeho povedomia“ vedeckých pracovníkov, vrátane pestovania kultúry skutočnej vedeckej kolegiality. EK by mala dbať na vypracovanie a realizáciu vhodného vzdelávacieho programu tak pre novoprijatých a mladých vedeckých pracovníkov, ako aj na kontinuálne vzdelávanie všetkých vedeckých pracovníkov zariadenia/ústavu.

Pri realizácii kontinuálneho vzdelávania je nevyhnutné využívať všetky progresívne formy vzdelávania dospelých, najmä formy s aktívnou participáciou účastníkov (napr. workshopy, interaktívne semináre, problémovo-orientované vzdelávanie, diskusie, rolové hry, a pod.), realizované podľa možnosti v menších skupinách. Vhodné sú aj formy využívajúce tlačeneé slovo (napr. pravidelne obnovované nástenky, tematické obežníky rozširované v tlačenej alebo elektronickej forme, príspevky do ústavného bulletinu a i.) a metódy e-learningu.

Vzdelávacie aktivity **EK v zdravotníckych zariadeniach** budú menej venované procedurálnym otázkam, keďže ich hlavným cieľom bude zvýšiť vnímavosť zdravotníckych pracovníkov (a primerane i ďalších pracovníkov daného zdravotníckeho zariadenia) voči etickým problémom, ktoré sa môžu vyskytnúť pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ako aj ich pripravenosť podieľať sa účinne a kompetentne na ich riešení, vrátane zlepšenia vzájomnej komunikácie a zvýšenia povedomia tímového prístupu a spolupráce (tak v prípade jednotlivcov – členov daného zdravotníckeho tímu, ako aj jednotlivých oddelení v rámci daného zariadenia). (7, 9, 12)

Najmä na začiatku činnosti etickej komisie v danom zdravotníckom zariadení bude dôležitou súčasťou vzdelávania vypracovanie vhodných stereotypov vzájomnej komunikácie a postupu v prípade objavenia sa a riešenia etického problému, vrátane vyjasnenia vzájomných kompetencií a zodpovednosti jednotlivých zúčastnených činiteľov daného zdravotníckeho zariadenia (zdravotnícki pracovníci, vedúci pracovníci oddelení, vedenie zariadenia, etická komisia, právnik a pod.). Zvláštnu pozornosť bude potrebné venovať otázkam komunikácie s pacientom a jeho príbuznými, resp. otázkam obsahu a formy prípadnej „etickej konzultácie“ a jej nadväznosti na defi-

nované kompetencie a zodpovednosť zúčastnených zdravotníckych pracovníkov, vrátane zabezpečenia dôslednej odbornej a etickej integrity a kontinuity zdravotníckej starostlivosti v komplikovaných situáciách etického konfliktu alebo dilemy.

V tejto súvislosti treba znovu zdôrazniť prednosť využívania takých foriem vzdelávania, ktoré umožňujú čo najvyššiu mieru aktívnej účasti a sú orientované na riešenie konkrétneho etického problému zdravotníckej praxe.

Popri vypracovaní programu vzdelávania novoprijatých pracovníkov, ktorý by im mal umožniť oboznámenie sa a pochopenie „etickej kultúry“, poslania a priorit daného zdravotníckeho zariadenia, etická komisia by mala presadzovať a napomáhať realizáciu prítlačivého programu kontinuálneho vzdelávania všetkých pracovníkov, zameraného na prehlbovanie a rozvíjanie tejto etickej kultúry v konfrontácii s novými problémami a vedeckým, technickým a technologickým rozvojom samotnej medicíny a ošetrovateľstva (napr. etické problémy spojené so zavedením novej diagnostickej alebo liečebno-preventívnej metódy v danom zariadení).

Okrem vzdelávacích aktivít realizovaných z iniciatívy, v pôsobnosti a prostriedkami samotnej EK, resp. daného zariadenia/ústavu, komisia má sledovať a odporúčať do pozornosti pracovníkom i vedeniu daného zariadenia/ústavu aj **vzdelávacie a informačné aktivity** organizované **na regionálnej a celoštátnej úrovni**. Ide najmä o kurzy usporiadané Ústavom medicínskej etiky a bioetiky n. f. v Bratislave, Ústavom zdravotníckej etiky a inými pracoviskami Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, lekáorskými fakultami, odbornými spoločnosťami Slovenskej lekáorskej spoločnosti (SLS), Slovenskou lekáorskou komorou (SLK) a inými subjektmi; ako aj odborné semináre, konferencie a kongresy konané na Slovensku, prípadne v zahraničí.

Etická komisia musí dbať aj na **kontinuálne vzdelávanie** a dobrú informovanosť svojich **vlastných členov**. Súčasťou každého zasadnutia komisie by sa mal stať krátky referát o niektorom aktuálnom probléme z oblasti bioetiky a tiež informácie o prípadnom novom vývoji v oblasti zdravotníckej legislatívy a príslušných vykonávacích predpisov. Etická komisia, v spolupráci s vedením daného zdravotníckeho zariadenia/výskumného ústavu, by mala hľadať možnosti a prostriedky na podporu pravidelnej účasti svojich členov na špecializovaných vzdelávacích aktivitách v bioetike na regionálnej a celoštátnej úrovni. Predpokladá sa, že Etická komisia pri MZ SR (EtK MZ SR) bude každoročne organizovať diskusné sústreďenie, seminár alebo celoštátnu odbornú konferenciu pre členov EK.

Záverom by sme chceli zdôrazniť, že vyššie uvedené praktické zásady pre činnosť EK majú za cieľ uľahčiť a skvalitniť predovšetkým ich „procedurálne fungovanie“. Toto je nevyhnutným, i keď nie postačujúcim predpokladom na to, aby EK bola schopná plniť svoje hlavné poslanie, ktorým je ochrana ľudskej dôstojnosti, práv, dobra a oprávnených záujmov predovšetkým osôb, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť (nemocničné EK), ako aj osôb, ktoré sa zúčastňujú biomedicínskeho výskumu, vrátane klinického skúšania. (4, 12) Predpokladom na splnenie tohto hlavného poslania je schopnosť EK (ako celku) definovať a porozumieť konkrétnym etickým problémom, ktoré sú prítomné v danej situácii, a v dialógu so všetkými zúčastnenými stranami napomáhať hľadaniu ich prijateľného a prakticky vykonateľného riešenia. Týmto spôsobom EK môžu podstatne prispieť k zabezpečeniu kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti a vykonávaného biomedicínskeho výskumu, vrátane klinických skúšaní.

Poznámky

[1] **Edičná poznámka:** Pokračujeme v uverejňovaní stručných prehľadov pre prax so zameraním na konkrétne aspekty činnosti etických komisií v Slovenskej republike, a to predovšetkým s ohľadom na potreby a požiadavky ich členov a „používateľov“. Veríme, že tieto texty budú užitočnou inšpiráciou pre skvalitnenie práce etických komisií a ich členov, a tak prispieť ku kultivovaniu „etikého priestoru“ na poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti a kvalifikované vykonávanie medzinárodne relevantného biomedicínskeho výskumu, vrátane klinických skúšaní liečiv (produktov a liekov) a zdravotných pomôcok.

[2] Aplikácia ustanovenia Smernice Európskeho parlamentu a Rady Európskej Únie č. 2001/20/EC zo dňa 4. 4. 2001 o aproximácii zákonov, nariadení a administratívnych postupov členských štátov týkajúcich sa implementácie správnej klinickej praxe pri vykonávaní klinických štúdií liekových produktov pre použitie u človeka.

[3] Napríklad sa môže vyjadriť k etickým aspektom návrhov opatrení pripravovaných na úrovni daného regiónu a majúciich vplyv na zdravie alebo zdravotnú starostlivosť. Môže spracovať stanoviská k predloženým materiálom a vyjadrenia k etickej stránke aktuálnych problémov medicíny a zdravotníctva v regióne. Môže sa taktiež podieľať, v spolupráci s ďalšími zainteresovanými inštitúciami a organizáciami, na tvorbe a inovácii koncepcie vzdelávania i na konkrétnych vzdelávacích aktivitách v biomedicínskej etike pre zdravotníckych pracovníkov a členov etických komisií na úrovni regiónu. Môže iniciovať a podieľať sa na informačných kampaniach a vzdelávacích aktivitách určených pre širokú verejnosť v danom regióne, iniciovať a podieľať sa na verejnej diskusii na aktuálne témy biomedicínskej etiky a etiky zdravotníctva na úrovni regiónu.

[4] Najmä odbornú kvalifikáciu a etickú spôsobilosť zodpovedného vedeckého pracovníka resp. zodpovedného skúšajúceho, vedeckých pracovníkov resp. spoluskúšajúcich, a ďalších pracovníkov daného výskumného tímu, vhodnosť a dostatočnosť kapacít daného zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu na úspešnú realizáciu plánovaného výskumu, možnosti zaradenia dostatočného počtu osôb do výskumného sledovania, a tiež zvláštne etnické, kultúrne alebo iné otázky, ktoré je potrebné vziať do úvahy vo vzťahu k posudzovanému výskumnému projektu.

[5] Rozhodnutie EK pri posudzovaní miestnych podmienok pre realizáciu projektov multicentrického výskumu/protokolov multicentrického klinického skúšania má platnosť len pre dané zdravotnícke zariadenie alebo výskumný ústav.

[6] Napríklad EK sa môže vyjadriť k etickým aspektom návrhov opatrení pripravovaných na úrovni zdravotníckeho zariadenia alebo výskumného ústavu, v ktorom je zriadená, najmä tých, ktoré majú vplyv na zdravie alebo na zdravotnú starostlivosť.

Vybraná literatúra

1. Directive 2001/20/EC of the European Parliament and of the Council of 4 April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use. *Official Journal*, L121 34-44, May 1, 2001. 2. Commission Directive 2005/28/EC of 8 April 2005 laying down principles and detailed guidelines for good clinical practice as regards investigational medicinal products for human use, as well as the requirements for authorisation of the manufacturing or importation of such products. *Official Journal*, L91 13-19, April 9, 2005. 3. Glasa J., Holomáň J., Klepánek J., Šoltés L.: Ethics committees and achievement of good clinical practice. *Thérapie*, 51, 1996, s. 369 - 372. 4. Glasa, J., Glasová, M.: Ludské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. *Med. Etika Bioet.*, 6, 1999, č. 3-4, s. 6 - 11. 5. Glasa, J. (Ed.): *Ethics Committees in Central & Eastern Europe*. Council of Europe - Charis - IMEB Fdn., Bratislava, 2000, 266 strán. 6. Glasa, J.: Praktický prístup k riešeniu etických problémov v ošetrovateľskej praxi. *Med. Etika Bioet.*, 7, 2000, č. 3 - 4, s. 6 - 13. 7. Glasa, J., Bielík, J., Dačok, J., Glasová, M., Porubský, J.: Ethics committees (HECs/IRBs) and health care reform in the Slovak Republic: 1990 - 2000. *HEC Forum*, 12, 2000, č. 4, s. 358 - 366. 8. Glasa, J., Glasová, M.: Ethics Committees and Consensus in the Post-Totalitarian Society. *Med. Etika Bioet.*, 8, 2001, č. 1-2, s. 5 - 9. 9. Glasa, J. (Ed.): Ethics support in clinical practice. Status quo and perspectives in Europe. Council of Europe - IMEB, *Med. Etika Bioet.*, Vol. 11, 2004, Suppl. 1, 24 strán. 10. Glasa, J. Central Ethics Committee of the Ministry of Health, Slovak Republic - Activities June 2002 - May 2005. *Ethically Speaking*, № 5, 2005, s. 44 - 46. 11. Glasa, J.: Európska konferencia etických komisií pre biomedicínsky výskum. *Med. Etika Bioet.*, 12, 2005, č. 2-4, s. 17-18. 12. Glasa, J.: Etické komisie a biomedicínsky výskum: Vybrané inštitucionálne a etické aspekty. (Doktorská dizertačná práca): LF MU, ULE, Brno 2006. 13. Glasa, J.: Klinické skúšanie liečiv vo vnútornom lekárstve. Vybrané metodologické a etické aspekty. (habilitačná práca) SZU v Bratislave, 2011. 14. Glasa, J., Glasová, H., Krčmeryová T.: Inovatívne metodologické aspekty klinického skúšania liečiv a ich hodnotenie: sme pripravení? (abstrakt) *Klin. Farm. Farmakol.*, 25, 2011, Suppl. A, A31. 15. Glasa, J., Holomáň, J., Glasová, H., Slobodová, L., Lukáč, M., Černák, M.: Teaching Good Clinical Practice in Slovakia: Multidisciplinary, State-Accredited Post-graduate Education Program. (Abstract, Posters, P208) *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 109 (Suppl. 1), p. 56-164. 16. Glasa, J., Glasová, H.: Research ethics review by ethics committees: New challenges posed by trials of innovative medicines for the 21st century.

(Abstract, Oral Presentations, O-55) *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 109 (Suppl. 1), p. 23-47. 17. *Guide N°1 - Establishing Bioethics Committees*, UNESCO, Paris, 2005, 74 strán. 18. Council of Europe (Steering Committee on Bioethics (CDBI)): *Guide for Research Ethics Committees*, Strasbourg, Dec. 3, 2010, [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/source/INF\(2011\)_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/source/INF(2011)_en.pdf) 19. CIOMS: *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, (2002), http://www.cioms.ch/publications/guidelines/guidelines_nov_2002_blurb.htm. 20. Ministerstvo zdravotníctva SR: *Smernice na zriadenie a činnosť etických komisií v zdravotníckych zariadeniach a výskumných ústavoch rezortu zdravotníctva Slovenskej republiky*, jún 1992, anglicky v: *Slovak Ministry of Health Guidelines on the Establishment and Work of Ethics Committees within the Department of Health of the Slovak Republic*. In: Glasa, J.: *Ethical considerations in GCP; Informed Consent and Ethics Committees*. In: Holomáň, J., Glasa, J. (Eds.): *Liver and Drugs '94, Progress in Hepato-Pharmacology*, 1, 1995, 332 strán, s. 71 - 73. 21. *Note for Guidance on Good Clinical Practice. CPMP/ICH/135/95, May 1, 1996*. 22. World Medical Association: *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (1964, rev. 2008), <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

J. Glasa, J., Glasová, M., Krčmeryová, T., Glasová, H.: Etická komisia: typy, podmienky členstva, spôsob práce a hlavné oblasti činnosti - vybrané praktické aspekty. [Ethics Committee: Types, Conditions for Membership, Methods of Work, and Main Areas of Activity - Selected Practical Issues.] *Med. Etika Bioet.*, 18, 2011, No. 1 - 2, p. 21 - 26.

Abstrakt

Prehľadová práca zameraná na vybrané praktické aspekty zloženia a činnosti etických komisií (EK) vo všeobecnosti, ako aj s prihliadnutím na situáciu, potreby a požiadavky na prácu EK v Slovenskej republike. Edukačný text je určený pre členov, zriaďovateľov a „používateľov“ EK. Jeho cieľom je prispieť k skvalitneniu činnosti EK z procedurálneho a organizačného hľadiska, ako predpokladu pre riadny výkon ich úloh a plnenia ich základného poslania: ochrany dôstojnosti, práv a oprávnených záujmov osôb, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť, ako aj osôb, ktoré sa zúčastňujú biomedicínskeho výskumu, vrátane klinického skúšania liečiv a zdravotných pomôcok.

Kľúčové slová: etická komisia, profesijné zloženie, podmienky členstva, metódy práce, zdravotná starostlivosť, biomedicínsky výskum, klinické skúšanie, pacient, účastník výskumu.

Abstract

Review article focused on selected practical aspects of the composition and work of ethics committees (EC) in general, and at the same time taking into account the concrete situation, needs and requirements placed upon the work of ECs in the Slovak Republic in particular. The educational text is devoted for the members, founders and „users“ of ECs. Its aim is to contribute to the quality improvement of the ECs' work from the procedural and organizational point of view, as a pre-requisite for the adequate fulfilment of their tasks and their fundamental role: the protection of human dignity, rights and justified interests of the persons to whom the health care is provided, as well as those who take part in biomedical research projects, including of the clinical trials of medicinal drugs and devices.

Key words: ethics committee, composition, requirements for the membership, methods of work, health care, biomedical research, clinical trials, patient, research participant.

Correspondence to: Prof. Jozef Glasa, MD, PhD., Institute of Health Care Ethics, Slovak Medical University in Bratislava, Limbová 12-14, 833 03 Bratislava, Slovak Republic, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS / POKYNY PRE AUTOROV

1. Manuscripts submitted for publication in "Medical Ethics & Bioethics" should be written in English, Slovak or Czech language. All submitted manuscripts are peer reviewed.

2. Authors are encouraged to submit their manuscript via e-mail (as an attachment to the e-message, not included into the body of the e-message).

If the manuscript is mailed to the editor, it should be accompanied by a CD containing its electronic version, written by using a common PC text editor (preferably MS Word). The name of the first author, the name of the manuscript file and the version of the text editor used should be indicated on the CD label.

3. Size of the contributions:

a) original articles and reviews: up to 10 text pages (30 lines and 60 characters per page) (excluding the list of references) and 5 pieces of enclosures (pictures, figures, tables),

b) letters to the editor, book reviews, news, reports from scientific meetings, etc.: up to 5 text pages and 2 pieces of enclosures.

4. Title page of the manuscript should indicate the title of the contribution, names (incl. academic titles), institutions and addresses of all authors. Original paper, as well as a review article should be accompanied by an abstract (size about 10 - 20 lines) and a list of key words (5 - 7).

5. References should be given in an alphabetical order according to the surname and initial(s) of other name(s) of the first author. Quotations in the text should be made by indicating the order number of the reference [in the brackets].

Individual references should be formatted according to the tentative examples given here:

a) journal articles: 1. Masura J, Kopac L, Sedlak V, et al.: Persistent vegetative state - ethical aspects. *Med. Etika Bioet.*, Vol. 1, 1994, No. 2, p. 12 - 14.

b) articles in the book: Johnson V: Persistent vegetative state - medical aspects. In: Shaw T. S. (ed.): *Persistent vegetative state*. Irwin Books Ltd., Bratislava, 1994, 386 pages, p. 31 - 49.

6. Documentation of the manuscript could comprise pictures (or good quality photographs, negatives, or pictures stored in an electronic form using common formats), figures and tables. If sent as a hard copy, every item should be printed on a separate sheet of paper (not included in the text), made in a „camera ready“ quality. Author's name, type of documentation (picture, table, figure) and its order number should be indicated overleaf.

7. Manuscripts, if not submitted via e-mail, should be mailed in one complete copy (including documentation and accompanying letter - see Note*) to the address of the editor:

Assoc. Prof. Jozef Glasa, M.D., PhD.

Editor, Medical Ethics & Bioethics

Institute of Medical Ethics and Bioethics n.f.

Vysoká 32, 81106 Bratislava, Slovak Republic

or e-mailed to: jozef.glasa@szu.sk, jozef_glasa@yahoo.com

*Note

This is an abbreviated version of the Instructions: the complete text available at www.bioethics.sk.

Medicínska 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.

Medicínska 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: H. Glasová ■ Redakčná rada/Editorial Board: J. Ďačok, R. Frydrieh, M. Glasová, K. Glasová, T. Krčmeryová, J. Labus[†], J. Matulník, J. Palaščák, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: M. Babál[†], A. Bajan, I. Ďuriš, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčmery ml., M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, M. Makai,[†] E. Mathéová, M. Mojžešová, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský, J. Trizuljaková ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, NY), 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. Šipr (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) 5292.0014 ■ Registrované MK SR pod číslom 964/94. ■ Published by Charis a. s. Publishing House, Ipeľská 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.

ISSN 1335-0560

Included into Medline™ and Bibliographia medica slovacica
Web: www.bioetika.sk, www.bioethics.sk

PRINTED IN SLOVAKIA



PHARMA

Toto číslo časopisu vychádza so sponzorským príspevkom spoločnosti