

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 2015 Vol. 22 No. 1 - 2

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1
- WMA Statement on the Protection and Integrity of Medical Personnel in Armed Conflicts and Other Situation of Violence. WMA	1
■ Pôvodné práce/Papers.....	3
- Použitie humánnych bunkových línií pri vývoji a výrobe vakcín: Postoj katolíckej morálnej teológie. / Use of the Human Cell Lines in the Vaccines Development and Production: Position of the Catholic Moral Theology. J. Víglaš	3
■ Pre prax/For Practice	8
- Etické problémy v súčasnej pneumológii / Ethical Issues in Contemporary Pneumology. J. Glasa, H. Glasová	8
■ Dokumenty/Documents	22
- Stanovisko k niektorým etickým aspektom tzv. náhradného materstva/ Opinion on Some Ethical Aspects of the so-called Surrogate Motherhood. SpB TK KBS	22

CITÁT / QUOTATION

WMA Statement on the Protection and Integrity of Medical Personnel in Armed Conflicts and Other Situations of Violence¹

Preamble

During wars and armed conflicts hospitals and other medical facilities have often been attacked and misused and patients and medical personnel have been killed or wounded. Such attacks are a violation of the Geneva Conventions (1949), Additional Protocols to the Geneva Conventions (1977) and WMA regulations in times of war (2006).

The World Medical Association (WMA) has been active in condemning documented attacks on medical personnel and facilities in armed conflicts. The International Committee of the Red Cross (ICRC) Geneva Conventions and their Additional Protocols shall protect medical personnel in international and non-international armed conflicts. The warring parties have duty not to interfere with medical care for wounded or sick combatants and civilians, and not attack, threaten or impede medical functions. Physicians and other health care personnel must be considered as neutral and must not be prevented from fulfilling their duties.

The lack of systematic reporting and documentation of violence against medical personnel and facilities creates threats to both civilians and military personnel. The development of strategies for protection and efforts to improve compliance with the laws of war are impeded as long as such information is not available.

Statement

The World Medical Association condemns all attacks on and misuse of medical personnel, facilities and vehicles in armed conflicts. These attacks put people in need of help in great danger and can lead to the flight of physicians and other health personnel from the conflict areas with a lack of available medical personnel as a result.

Currently no party is responsible for collecting data regarding assaults on medical personnel and facilities. Data collection after attacks is vital to identify the reasons why medical personnel and facilities are attacked. Such data are important in order to understand the nature of the attacks and to take necessary steps to prevent attacks in the future. All attacks must also be properly investigated and those responsible for the violations of the Geneva Conventions and Protocols must be brought to justice.

The WMA requests that appropriate international bodies establish mechanisms with the necessary resources to collect and disseminate data regarding assaults on physicians, other health care personnel and medical facilities in armed conflicts. Such mechanisms could include the establishment of a new United Nations post of Rapporteur on the independence and integrity of health professionals. As stated in the WMA proposal for a United Nations Rapporteur on the Independence and Integrity of Health Professionals (1997), "The new rapporteur would be charged with the task of monitoring that doctors are allowed to move freely and that patients have access to medical treatment, without discrimination as to nationality or ethnic origin, in war zones or in situations of political tension".

When a reporting system is established the WMA will recommend to their member organisations reporting armed conflicts which they become aware of.

¹Text taken from the World Medical Association web - www.wma.net.

SPEVNŮJEME REŤAZ ZÁCHRANY ŽIVOTA



Len **5% Slovákov** vie účinne poskytnúť prvú pomoc!

WWW.PRVApomoc.SK



KRAJINA
ZÁCHRANCOV



POUŽITIE HUMÁNNYCH BUNKOVÝCH LÍNIÍ PRI VÝVOJI A VÝROBE VAKCÍN: POSTOJ KATOLÍCKEJ MORÁLNEJ TEOLÓGIE

Ján Viglaš

Katedra morálnej teológie, Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

1. Úvod

V diskusii o povinnom očkovaní v Slovenskej republike sa okrem medicínsky znejúcich, no pritom odborne mylných argumentov, približne od roku 2011 vznášajú aj argumenty o neetickom pôvode niektorých vakcín (najmä MMR vakcíny), ktoré boli vyvinuté a pripravené na bunkových líniách pochádzajúcich z potratených plodov. Pritom sa na podporu odmietania očkovania používa nielen známy negatívny postoj Katolíckej cirkvi k umelému potratu, ale aj citáty niektorých konkrétnych dokumentov Učiteľského úradu cirkvi (ďalej „Magistéria“), ktoré majú údajne podporovať morálnu povinnosť veriacich odmietnuť akúkoľvek spolupúť na umelom potrate, to znamená aj vo forme použitia morálne problematických vakcín pre seba alebo pre svoje deti. Keďže tieto argumenty sú v slovenskom prostredí (na rozdiel od anglicky hovoriacich krajín) pomerne nové a aj pediatri alebo iní lekári sa vo svojich ambulanciách začínajú stretávať s tzv. náboženskou výhradou rodičov, ktorí sa v nej odvolávajú na svoje svedomie a na postoj Katolíckej cirkvi, javí sa ako veľmi potrebné priblížiť príslušné relevantné dokumenty a objasniť argumentáciu Magistéria vzhľadom na namietanú spojitost niektorých vakcín s umelým potratom.

2. História prípravy humánných bunkových línií na prípravu vakcín

Výskum v medicíne bol vždy spojený s pokusmi na zvieratách i na ľuďoch. Väčšina vakcín na použitie u človeka sa už od 19. storočia pripravovala s použitím zvierat – príslušné patogény sa buď kultivovali či pasážovali na zvieratách *in vivo* alebo sa použili na ich kultiváciu *in vitro* zvieracie bunky v tkanivových alebo bunkových kultúrach. Vakcíny proti vírusovým ochoreniam človeka totiž zvyčajne používajú oslabené alebo mŕtve vírusy alebo súčasti tela daného vírusu na stimulovanie špecifickej odpovede imunitného systému. Na získanie a kultiváciu vírusov sú však potrebné živé bunky. Tými môžu byť zvieracie bunky, napríklad bunky kuracieho embrya alebo bunky z obličiek opíc. Tie však môžu byť aj nositeľmi iných baktérií či vírusov, ktoré by mohli vakcínu kontaminovať a následne spôsobiť alergické reakcie alebo prenieť nezamýšľanú chorobu. To sa stalo napríklad v prípade vakcín proti poliomyelitíde v polovici 20. storočia, ktoré boli najskôr pripravované na opičích bunkách: ukázalo sa, že niektoré šarže vakcíny obsahovali opičí vírus nazvaný SV40 (Simian Virus 40), našťastie neškodný pre človeka. Navyše, niektoré patogény (napríklad vírus ovčích kiahní – varicelly) nerastú dobre na zvieracích bunkách. [1]

Preto sa vo výskume a výrobe vakcín na potrebnú kultiváciu vírusov preferujú ľudské bunky, a to najmä bunky fetálne, keďže sú schopné sa deliť veľmi rýchlo a dostatočne dlho (spočiatku sa myslelo, že až „neobmedzene“). Začiatky výskumu s využitím živých tkanív pochádzajúcich z ľudských plodov sa datujú do tridsiatych rokov 20. storočia a znamenali výrazný pokrok vo vývoji nových vakcín. Obličkové bunky z ľudského plodu boli napríklad použité pri vývoji vakcíny proti detskej obrne (poliomyelitíde), za ktorú bola v r. 1954 udelená Nobelova cena za medicínu. [2, 3]

Odobraté tkanivá organizmu tvoria najskôr základ zmiešaných bunkových kultúr, ktoré obsahujú viaceré druhy buniek. Ak sa z nich izoluje iba jeden druh buniek, môže tvoriť základ na založenie bunkovej línie. Dobře definovaná, stabilná bunková línia prináša pri použití vo výskume či výrobe vakcín viaceré výhody na rozdiel od tkanivových alebo bunkových kultúr obsahujúcich viaceré druhy buniek. V angličtine sa pre bunkovú líniu používa výraz *cell strain* alebo *cell line*, neraz ako synonymum. Inokedy sa zdôrazňuje nasledovné rozlíšenie: *cell strain* je bunková kultúra s jedným druhom buniek, *cell line* je imortalizovaná kultúra jedného druhu buniek. Populácia normálnych buniek je totiž schopná iba obmedzeného počtu delení (približne 50, tzv. Hayflickov limit, zistenie pomenované podľa Leonarda Hayflicka), potom sa bunky prestanú deliť. Niektoré bunkové línie však môžu byť po určitej manipulácii *in vitro* či v dôsledku spontánnej mutácie „imortalizované“, čo im umožňuje neobmedzené delenie (napr. HeLa bunky – línia pôvodne rakovinových buniek z krčka maternice, získaná v roku 1951 od chudobnej černošskej ženy menom Henrietta Lacks). [1, 4] Bunkové línie, o ktorých referuje tento článok (WI-38, MRC-5), podliehajú Hayflickovmu limitu. Je však možné ich *in vitro* opätovne zmrazovať a rozmrazovať, čím sa ich použiteľnosť na výskumné alebo výrobné účely výrazne predlžuje a rozširuje. Aktuálne množstvo existujúcich buniek týchto línií predstavuje zásoby na využitie na viacero desaťročí.

Spomínané bunkové línie sa používajú na výskum v zastúpení normálnych ľudských buniek. Prakticky významným využitím je kultivovanie choroboplodných vírusov pri príprave niektorých vakcín. Ak opakovaná kultivácia vírusu (> 25 krát) prebieha pri nižšej teplote než je teplota ľudského tela (napr. pri 30° C), daný vírus sa postupne adaptuje na toto zmenené prostredie. Výsledkom je atenuovaný (oslabený) vírus, ktorý nie je schopný sa tak dobre rozmnožiť v ľudskom organizme ako pôvodný (tzv. divý) kmeň vírusu, alebo takýto vírus stráca niektoré iné patogénne vlastnosti pre človeka. Atenuovaný vírus sa môže použiť vo vakcíne na vyvolanie špecifickej imunitnej odpovede u očkovaného (vakcinovaného) jedinca.

Spočiatku boli zdrojom fetálnych tkanív najmä ľudské plody zo spontánnych potratov a ektopických tehotenstiev. Avšak aj ľudské bunky môžu byť nositeľmi kontaminantov a tie sa spolu s genetickou výbavou potrateného plodu tiež môžu preniesť na očkované dieťa. Z čisto pragmatického hľadiska je teda pochopiteľné, že výskumníci sa snažili dostať k tkanivám, ktoré neboli kontaminované, čiže k tkanivám zdravých ľudských plodov. Keďže umelý potrat len na základe slobodného rozhodnutia ženy nebol v USA legálny do roku 1973 (do rozhodnutia Najvyššieho súdu v prípade *Roe vs. Wade*), iba v limitovaných prípadoch, ktoré neumožňovali potrat zdravého dieťaťa, tkanivá zo zdravých plodov bolo možné získať legálnym spôsobom iba v krajinách, kde potratový zákon pripúšťal aj tzv. sociálne alebo tzv. sociálno-terapeutické dôvody (napr. Švédsko od r. 1946).

Vývoj vakcín s využitím ľudských bunkových línií s eticky problematickým pôvodom je spojený najmä s menami nasledovných vedecko-výskumných pracovníkov: Leonard Hayflick, Stanley Plotkin, Sven Gard a Anthony Girardi. Leonard Hayflick ako mladý výskumný pracovník – mikrobiológ, ktorý pracoval na Wistar Institute for Anatomy and Biology vo Filadelfii v Pensylvánii, v r. 1961 spolu so svojim kolegom Paulom Moorheadom publikoval článok „The Serial Cultivation of Human Diploid Cell Strains“, popisujúci dvadsaťpäť bunkových línií označených ako WI-1 až WI-25 (podľa Wistar Institute). Boli získané (derivované) z tkanív pľúc, kože, svalov, obličiek, pečene, štítnej žľazy a detskej žľazy (týmusu), ktoré pochádzali z ľudských plodov usmrtených pri devätnástich umelých potratoch vykonaných v neďalekej univerzitnej nemocnici z tzv. medicínskych dôvodov, ktoré by inak skončili v spaľovni ako „biologický odpad“. Článok sa stal jedným z najcitovanejších v biológii, pretože popísal a odštartoval novú oblasť výskumu, ktorá sa týka bunkového starnutia (so

zisteným stropom približne 50 delení – už spomínaný Hayflickov limit). [5, 6] Výskum sa však týkal aj vnímavosti bunkových línií na rozličné vírusy, s perspektívou využitia týchto poznatkov na prípravu vakcín s vírusmi spôsobujúcimi závažné choroby a epidémie u človeka.

Aby mohol pokračovať vo výskume na tkanivách zo zdravých ľudských plodov v USA, Hayflick sa v r. 1962 obrátil na katedru virológie na lekárskej fakulte Karolinska Institutet v Štokholme. Odtiaľ mu Sven Gard (profesor virológie, ktorý v roku 1959 strávil tzv. sabatický rok vo Wistar Institute) zabezpečil dodanie pľúcneho tkaniva získaného z umelo potrateného plodu ženského pohlavia. Erling Norrby, neskorší nástupca Svena Garda na katedre virológie (1972 – 1997) a dekan lekárskej fakulty na Karolinska Institutet, ktorý bol v r. 1962 postgraduálnym študentom na inštitúte, v emailovej komunikácii s René Leivom potvrdil, že umelý potrat bol v tom čase vo Švédsku už legálny a že jednou z jeho úloh v laboratóriu bolo zabezpečiť pitvu potratených ľudských plodov, ktoré boli doručované do laboratória z neďalekej nemocnice po vykonaní potratu. Tkanivá poslané Hayflickovi do Wistar Institute v USA vybral osobne Sven Gard, pretože vedel, na akom výskume Hayflick pracoval. Išlo o umelý potrat dieťaťa manželského páru pravdepodobne zo Štokholmu, vykonaný okolo dvanásteho týždňa gravidity, pretože títo rodičia už nechceli mať ďalšie deti. V rodinnej anamnéze potrateného dieťaťa sa nevyskytovala rakovina ani známe dedičné choroby. Inštitút informovaného súhlasu v tom čase ešte neexistoval. [7]

Hayflick dostal tkanivá v júni 1962 a k 31. júlu 1962 vďaka celému tímu laborantov už disponoval viac ako 800 ampulkami s bunkovou líniou (po deviatich deleniach buniek), ktorá dostala označenie WI-38. Medzi jeho spolupracovníkmi bol aj Anthony Girardi z Merck Institute for Therapeutic Research, ktorému Hayflick pripisuje významný podiel na úspešnom výskume bunkových línií. Ampulkami s touto bunkovou líniou Hayflick na svojich zahraničných cestách osobne a ochotne zásoboval vedcov, pre ktorých WI-38 predstavovala lacný a bohatý zdroj biologického materiálu na štúdium biológie normálnych ľudských buniek. WI-38 našla osobitne významné uplatnenie vo virológii, a to pre ľahkosť, s akou sa dali jej bunky infikovať rôznymi vírusmi: stala dôležitým nástrojom na identifikáciu celého radu ľudských vírusov.

Jedným z vedcov, ktorí pracovali na výrobe nových vakcín a dostali od Hayflicka líniu WI-38, bol Stanley Plotkin, taktiež z Wistar Institute vo Filadelfii. Plotkin bol svedkom epidémie rubeoly, ktorá začiatkom 60-tych rokov zasiahla Veľkú Britániu a v r. 1964 aj Spojené štáty. Preto svoj výskum venoval vývoju vakcíny proti rubeole. Podľa jeho výpočtov až jedno percento detí narodených vo všeobecnej nemocnici vo Filadelfii bolo postihnutých kongenitálnym rubeolovým syndrómom, čo malo za následok niekoľko desiatok umelo ukončených tehotenstiev. [1] Po jednom z takýchto potratov Plotkin v laboratóriu izoloval vírus rubeoly z obličiek a kultivoval ho na bunkovej línii WI-38. Získaná línia vírusu rubeoly dostala označenie RA 27/3 (rubella abortus, 27. plod, 3. tkanivový extrakt) a tento atenuovaný vírus sa stal základom vakcíny, ktorá bola testovaná na deťoch v katolíckom sirotinici vo Filadelfii. Vakcína získala licenciu na použitie najprv v Európe (v r. 1970). Paradoxne, regulačné authority v Spojených štátoch vtedy uprednostňovali vakcíny, ktoré boli pripravené s použitím kačacích embryonálnych buniek alebo buniek z psích obličiek. Bolo to z obavy, že vakcíny vyvíjané na ľudských bunkových líniách by mohli byť kontaminované ďalšími patogénmi. Až na základe európskych údajov o vysokej účinnosti a bezpečnosti získala Plotkinova vakcína licenciu aj v USA (v r. 1979) a nahradila pôvodnú rubeolovú zložku v kombinovanej vakcíne MMR (morbilla, mumps, rubella).

J. P. Jacobs zopakoval Hayflickovu prácu vo Veľkej Británii a v septembri 1966 vyvinul novú bunkovú líniu MRC-5 (Medical Research Council, línia č. 5). MRC-5 bola získaná (derivo-

vaná) z pľúcneho tkaniva 14-týždňového plodu mužského pohlavia, umelo potrateného pre psychiatrické problémy u jeho 27-ročnej matky, ktorá bola inak fyzicky zdravá. [8]

Leiva uvádza, že v nasledujúcich rokoch boli derivované aj ďalšie bunkové línie: MRC-9 (1974), IMR-90 (1975), bunková línia 293 (1972) a PER C6 (1985). Pripravili sa aj ako akási „záloha“ k existujúcim a pomerne už široko používaným líniám WI-38 a MRC-5. [7]

3. Etické problémy

Spojenie získania potrebného ľudského biologického materiálu s umelým potratom či s iným neetickým konaním, ako je tomu napríklad aj v prípade vyššie spomínaných bunkových línií, predstavuje závažný morálny/etický problém. Tento sa následne premieta aj do morálneho/etického hodnotenia aktivít spojených s využitím takto získaného biologického materiálu, vrátane hodnotenia projektov biomedicínskeho výskumu či použitia vakcín pripravených na bunkových líniách s takýmto pôvodom.

Viacere organizácie, ktoré sa na národnej či medzinárodnej úrovni zasadzujú za „ochranu ľudského života od počatia po prirodzenú smrť“ (organizácie pro-life), vznášajú zásadné morálne/etické i právne námietky nielen proti samotnému umelému potratu, ale aj proti biomedicínskeму výskumu alebo inému, osobitne voči komerčnému, využitiu buniek alebo tkanív získaných z potratených ľudských zárodokov (embryí) alebo plodov, vrátane embryonálnych kmeňových buniek. Považujú ich za pokračovanie zločinu priameho usmrtienia nevinného dieťaťa a za takú formu spolupráce na zlom skutku – umelom potrate, ktorá sa približuje spolupáchateľstvu. Poukazujú aj na to, že výskum na fetálnych alebo embryonálnych tkanivách by sa nemohol uskutočniť bez koordinácie medzi potratovými klinikami a výskumnými centrami, a to aj vzhľadom na veľmi limitovaný časový úsek potrebný na spracovanie a následnú konzerváciu tkanív. Ako príklad sa najčastejšie uvádza práve derivácia bunkovej línie WI-38 na základe spolupráce medzi Karolinska Institutet v Štokholme (S. Gard), Wistar Institute vo Filadelfii (L. Hayflick) a farmaceutickou spoločnosťou Merck (A. Girardi), ktorá je hlavným výrobcou MMR vakcíny v USA. Pro-life aktivisti obviňujú príslušné výskumné centrá alebo aj výrobcov vakcín z utajovania alebo popierania týchto nepohodlných skutočností a súvislostí.

Odmietanie umelého potratu, najmä kresťanskými spoločenstvami a cirkvami, vedie nezriedka k tomu, že rodičia na základe svojho náboženského (alebo filozofického) presvedčenia a uplatňovania si výhrady vo svedomí odmietajú dať zaočkovať svoje deti vakcínami, ktoré boli vyvinuté a vyrobené s použitím bunkových línií pôvodne derivovaných z tkanív získaných umelým potratom. Argumentujú aj skutočnosťou, že bunkové línie, napriek svojej stabilite a veľkému množstvu existujúcich buniek, majú na základe Hayflickovho limitu obmedzenú životnosť, a tak v budúcnosti budú potrebné nové bunkové línie – buď tie, ktoré sú už dnes patentované a ktoré boli rovnako získané eticky problematickým spôsobom, alebo sa budú musieť využiť fetálne tkanivá získavané z ďalších potratov. Rodičia aj iné osoby, ktorým záleží na morálnej/etickej požiadavke dôslednej ochrany každého ľudského života, zvyčajne tiež žiadajú, aby sa vyvinuli a na široké použitie pripravili vakcíny, pri ktorých výskume a príprave by sa využívali postupy a biologické materiály zodpovedajúce tejto zásadnej požiadavke.

Na druhej strane sa v snahe obhájiť použitie spomínaných bunkových línií uvádza, že výskum s ich použitím nepochybne priniesol mnohé prelomové biomedicínske objavy a podstatný pokrok pri poznani, prevencii a liečbe viacerých závažných chorôb. Takto vyvinuté a vyrábané vakcíny už zachránili veľké množstvo životov, čím sa zabránilo zbytočným úmrtiam, chorobám – a v tejto súvislosti azda aj ďalším potratom (poukazuje sa na tzv. terapeutické potraty z čias veľ-

kých epidémií). Obhajcovia využitia bunkových línií pochádzajúcich z tkanív umelo potrateného ľudského plodu tiež argumentujú, že pokiaľ sú umelé potraty v niektorej krajine legálne, nemôžu im zabrániť a vlastne len využívajú fetálne či embryonálne tkanivá (alebo bunky) ako „biologický materiál ľudského pôvodu“, ktorý by sa inak likvidoval podobne ako iný biologický odpad. Odmietajú, že by tieto potraty boli vykonané s cieľom poskytnúť orgány na transplantáciu alebo bunky či tkanivá potratených plodov na biomedicínsky výskum, na deriváciu bunkových línií na výskum alebo dokonca na komerčné využitie. Rovnako odmietajú aj namietané utajovanie pôvodu tkanív použitých na výskum či na prípravu alebo výrobu vakcín poukazaním na skutočnosť, že príslušné informácie boli publikované – zverejnené v odborných časopisoch. Pokiaľ ide o otázku tzv. informovaného súhlasu, čiže súhlasu darcu s využitím jeho orgánov, tkanív alebo buniek na výskum či dokonca na komerčné účely (alebo do istej miery podobného súhlasu genetických/biologických rodičov umelo potrateného plodu v rovnakom zmysle (táto otázka predstavuje osobitný morálny/etický problém, ktorého riešenie presahuje rámec a rozsah tohto príspevku: z hľadiska katolíckej morálnej teológie sa podobný „súhlas“ rodičov považuje za neprípustný)), poukazuje sa na skutočnosť, že príslušné medzinárodné odborné smernice – napríklad *Helsinská deklarácia (Etické smernice pre lekárov vykonávajúcich biomedicínsky výskum)* – boli prijaté Svetovou asociáciou lekárov (angl. World Medical Association) až v roku 1964, ďalej že Karolinska Institutet v Štokholme implementoval etické komisie do výskumu takisto až v polovici 60-tych rokov 20. storočia a vláda USA vydala základné predpisy na ochranu ľudských jedincov v rámci biomedicínskeho výskumu až v roku 1974, teda oveľa neskôr, ako prišlo k namietaným umelým potratom. Podľa S. Plotkina je teda „retrospektívna etika síce ľahká, ale trúfalá“ (angl. „retrospective ethics is easy but presumptuous“). [4, 5]

4. Dokument Pápežskej akadémie za život (2005)

V Spojených štátoch amerických je jednou z najaktívnejších pro-life organizácií, ktoré poukazujú na neetický pôvod niektorých súčasných vakcín a z tohto dôvodu presadzujú tzv. náboženskú výnimku z vakcinácie a zasadzujú sa za dovoz a výrobu eticky prijateľných alternatívnych vakcín, katolícka organizácia *Children of God for Life*. Riaditeľka tejto organizácie Debra Vinnedge sa v r. 2003 obrátila na Svätú stolicu, konkrétne na Kongregáciu pre náuku viery s otázkou o morálnej prípustnosti vakcinácie detí problematickými vakcínami a práve rodičov odmietnuť vakcináciu nariadenú zákonom. [9, 10] Kongregácia na čele s vtedajším prefektom kardinálom Jozefom Ratzingerom zverila analýzu tejto otázky Pápežskej akadémii za život (angl. Pontifical Academy for Life, PAL), ktorá zverejnila svoju pomerne obsírnú odpoveď v roku 2005 – po predchádzajúcom schválení kongregáciou – pod názvom *Morálne úvahy o vakcínach pripravených z buniek získaných z umelo potratených plodov* (angl. *Moral Reflections on Vaccines Prepared from Cells Derived from Aborted Human Foetuses*). [11] Treba podotknúť, že hoci bol uvedený dokument iniciovaný konkrétnymi otázkami vyplývajúcimi aj zo situácie v USA, kde je možná náboženská výnimka z povinnej vakcinácie len vtedy, ak členovia konkrétnej cirkvi či náboženskej spoločnosti vedia preukázať oficiálne stanovisko svojho vedenia, dokumenty Učiteľského úradu (Magistéria) Katolíckej cirkvi sú zvyčajne formulované tak (pokiaľ nie je výslovne uvedené ináč), aby poskytli morálnu orientáciu pre veriacich katolíkov na celom svete.

Dokument PAL v prvej časti popisuje charakteristiku závažného infekčného ochorenia – rubeoly, a to aj s konkrétnym poukazaním na epidémiu tohto ochorenia v USA v rokoch 1964, 1991, 1997 a 2000. Pritom konštatuje, že závažnosť vrodeného rubeolového syndrómu (angl. *Congenital Rubella Syndrome* (CRS)), t.j. súboru závažných znakov poškodenia prítomných u narodeného dieťaťa v dôsledku infekcie víru-

som rubeoly počas ťarchavosti vírusom infikovanej matky, oprávňuje systematickú vakcináciu. Navyše, opakované epidémie rubeoly stavajú elimináciu CRS prostredníctvom systematickej vakcinácie do polohy priority verejného zdravotníctva. Následne dokument približuje vznik a pôvod bunkových línií WI-38 a MRC-5 a uvádza aktuálny zoznam vakcín, pri ktorých príprave sa tieto bunkové línie používajú. Potom si však kladie otázku, či ten, kto odmieta každú formu úmyselného potratu, neprotirečí sám sebe, ak súhlasí s používaním vakcín, ktoré síce majú neetický pôvod, no predstavujú dôležitý míľnik v boji proti závažným infekčným chorobám.

Pri formulovaní odpovede na túto otázku použila PAL princíp tzv. dovolenej spolupráce na zlom skutku, ktorá je špecifický pre katolícku morálnu teológiu. Tento princíp rozlišuje medzi tzv. *formálnou* spoluprácou (súhlas so zlým počínaním toho, kto ho vykonáva) a tzv. *materiálnou* spoluprácou (podieľanie sa na zlom skutku bez toho, aby s ním spolupracujúci súhlasil). Materiálna spolupráca môže byť ďalej *bezprostredná* (alebo *priama*) – ak sa spolupracujúci podieľa svojou účasťou priamo na vykonaní zlého skutku, alebo *sprostredkovaná* (*nepriama*) – ak spolupracujúci svojou činnosťou prispieva k vykonaniu skutku, s ktorým nesúhlasí, napríklad tým, že poskytne inštrumenty alebo výsledky či poznatky, alebo ak vo svojej činnosti využíva výsledky alebo dôsledky zlého skutku, na vykonaní ktorého sa priamo alebo nepriamo nepodieľal. Podľa stupňa blízkosti (časovej i miestnej) je nepriama materiálna spolupráca posudzovaná ako *blízka* alebo *vzdialená*. Posledné rozlíšenie sa ešte týka *aktívnej* spolupráce (činnosť) a *pasívnej* spolupráce (neprotestovanie, nezabránenie).

Podľa katolíckej morálky je kategoricky neprípustná formálna spolupráca (súhlas so zlom) a materiálna priama (bezprostredná) spolupráca. Morálna prípustnosť nepriamej spolupráce závisí od stupňa blízkosti/vzdialenosti, závažnosti samotného zlého skutku, ako aj od miery pohoršenia, ktoré sa môže danou spoluprácou spôsobiť. Úvaha, ktorá viedla už v stredoveku k vypracovaniu tohto princípu, zohľadňuje reálnu situáciu v ľudskej spoločnosti, ktorá bude vždy nedokonálna, no zároveň poukazuje na zodpovednosť kresťanov – katolíkov odmietať zlo, nakoľko je to len možné, a podieľať sa na jeho odstraňovaní – či už protestom alebo konkrétnou pozitívnou aktivitou.

Pri aplikácii uvedeného princípu tzv. dovolenej spolupráce so zlom na eticky problematické vakcíny dokument PAL rozlišuje tri kategórie ľudí, ktorí sú nejakým spôsobom zapojení do zlého skutku umelého potratu: (a) tých, ktorí pripravujú vakcíny s použitím bunkových línií pochádzajúcich z abortov; (b) tých, ktorí sa podieľajú na marketingu a distribúcii vakcín; a (c) napokon tých, ktorí ich používajú na ochranu zdravia.

Podiel spolupráce prvých dvoch kategórií osôb na zle umelého potratu je PAL hodnotený ako morálne neprípustný, lebo do istej miery priamo či nepriamo povzbudzuje k vykonaniu umelého potratu s cieľom (získania fetálnych tkanív na výskum, vývoj a zabezpečenie ďalšej) produkcie vakcín. Pritom však PAL v dokumente upozorňuje, že stupeň morálnej zodpovednosti jednotlivých spolupracujúcich osôb v celom reťazci od výskumu, testovania, výroby, cez marketing až po distribúciu danej vakcíny môže byť rozdielny. Podiel spolupráce tretej kategórie osôb, teda tých, ktorí používajú vakcíny zo závažných zdravotných dôvodov (lekári a rodičia), je v dokumente hodnotený ako *veľmi vzdialená nepriama materiálna spolupráca* vo vzťahu k pôvodnému umelému potratu, nepriama materiálna spolupráca vo vzťahu k bunkovým líniám z potratu, a priama spolupráca vo vzťahu k marketingu takýchto vakcín.

Vzhľadom na uvedené rozlíšenia dokument PAL konštatuje, že je morálnou povinnosťou použiť alternatívne vakcíny, ak jestvujú a sú dostupné, vytvoriť tlak na výrobcov vakcín, aby pripravili eticky bezproblémové vakcíny, pretože farmaceutický priemysel nesie najväčšiu zodpovednosť na tomto poli, a ak je to nevyhnutné, použiť aj výhradu vo svedomí. Zá-

roveň však zohľadňuje, že eticky čistý spôsob prípravy vakcín môže znamenať napríklad použitie zvieracích tkanív, ktoré však nie sú vždy vhodné (potenciál vzniku závažných nežiaducich účinkov) alebo dostupné, a že vývoj nových vakcín môže trvať veľmi dlhý čas, vyžaduje si nové, rozsiahle klinické skúšania i nemalé finančné náklady.

Vzhľadom na situáciu v Slovenskej republike, kde sa viacerí aktivisti proti povinnému očkovaníu začali (chybne) odvolávať na dokument PAL, a tým znepokojili aj pomerne početnú skupinu rodičov, ktorí sa hlásia ku katolíckej viere, posledná časť dokumentu si zasluhuje priame odcitovanie (a to v presnom, vecne správnom preklade): „*Čo sa týka ochorení, proti ktorým niet alternatívnych vakcín, ktoré by boli dostupné a morálne akceptovateľné, je správne zdržať sa použitia týchto vakcín, ak je to možné urobiť bez vystavenia detí (a nepriamo celého obyvateľstva ako takého) značnému zdravotnému riziku. Avšak, ak je zdravie obyvateľstva vystavené značnému nebezpečenstvu, morálne problematické vakcíny smú byť dočasne tiež použité. Mravným zdôvodnením je, že povinnosť vyhnúť sa pasívnej materiálnej spolupráci na zlom skutku nie je vyžadovaná, ak spôsobuje vážne ťažkosti. Navyše, v tomto prípade nachádzame proporcionálny dôvod na to, aby sa tieto vakcíny používali, ak hrozí, že nedostatočná zaočkovanosť detí uľahčí rozšírenie choroby. Toto osobitne platí v prípade ružienky (rubeoly). V každom prípade zostáva morálna povinnosť pokračovať v boji a uplatniť všetky zákonné prostriedky na sťaženie života farmaceutickým spoločnostiam, ktoré konajú bez škrupúl a neeticky. Avšak tento boj sa nesmie viesť na úkor detí a verejného zdravia, najmä s ohľadom na tehotné ženy.*“ K tejto časti textu je v dokumente pripojená poznámka (č. 15), ktorá hovorí: „*Rodičia, ktorí odmietli očkovanie vlastných detí, stávajú sa zodpovednými za príslušné vrodené poruchy a za následné umelé potraty plodov, keď sa diagnostikujú ich malformácie.*“

Hoci dokument spomína aj možnosť použitia výhrady vo svedomí, dodáva „ak je to nevyhnutné“, pričom vo vysvetľujúcej poznámke (č. 14) ako príklad uvádza morálnu povinnosť postaviť sa proti zákonom o potrate a eutanázii. Odmietnutie vakcín s problematickým pôvodom (na rozdiel od potratového zákona) teda nie je uvádzané ako morálna povinnosť a vo svetle predchádzajúcich upozornení na hroziace riziká a zodpovednosť za spoločné dobro sa takýto postoj javí ako nerozumný a nezodpovedný.

V závere dokumentu sa uvádza: „*Všetky úvahy okolo očkovania možno zhrnúť takto:*

- *potreba vývoja iných vakcín musí byť znovu zdôraznená;*
- *prípustnosť použitia týchto [morálne problematických] vakcín by nemala byť dezinterpretovaná ako vyhlásenie prípustnosti ich výroby, predaja a používania, ale treba ju chápať ako pasívnu materiálnu spoluprácu a, vo svojom najmiernejšom a najvzdialenejšom úmysle, aj ako aktívnu spoluprácu, ktorá je však mravne ospravedlniteľná ako krajný spôsob (extrema ratio) vzhľadom na nevyhnutnosť postarať sa o dobro detí a ľudí, ktorí prídu do kontaktu s deťmi (tehotné ženy);*
- *k takejto spolupráci dochádza v kontexte morálneho nátlaku na svedomie rodičov, ktorí sú nútení vybrať si buď konať proti svojmu svedomiu, alebo vystaviť zdravie svojich detí a obyvateľstva ako celku ohrozeniu. To je nespravodlivá alternatívna voľba, ktorú treba čo najskôr odstrániť.*“ [11]

5. Dokument Kongregácie pre náuku viery (2008)

Kongregácia pre náuku viery, ktorá schválila predchádzajúci, vyššie spomínaný dokument PAL, pripravila v roku 2008 vlastnú inštrukciu o niektorých otázkach bioetiky s názvom *Dignitas personae*, v ktorej sa zmienila aj o eticky problematických vakcínach. Kým dokument PAL je výsostne odborný a používa špecifickú medicínsku a morálno-teologickú terminológiu, dokument *Dignitas personae* je určený širšej verej-

nosti a používa menej komplikovanú terminológiu a argumentáciu. Odvoláva sa aj na staršiu inštrukciu tej istej kongregácie, vydanú pod názvom *Donum vitae* (v roku 1987), ktorá zásadne odmietla pokusy na ľudských zárodkoch (embryách) alebo plodoch: „*Mŕtve ľudské zárodky alebo plody potratené úmyselne alebo neúmyselne majú byť rešpektované ako telesné pozostatky ostatných ľudských bytostí. Zvlášť sa nemôžu stať predmetom mržadenia alebo pitvy, ak nebola konštatovaná ich smrť a bez súhlasu rodičov alebo matky. Okrem toho vždy treba dodržiavať morálnu požiadavku, aby sa vylúčila akákoľvek spoluúčasť na umelom potrate a aby sa vyhló nebezpečenstvu pohoršenia.*“

Vzhľadom na súčasné oveľa väčšie verejné povedomie o „biologickom materiáli“ embryonálneho alebo fetálneho pôvodu, ktorý sa používa v biomedicínskom výskume alebo pri príprave alebo výrobe rôznych medicínskych produktov či liekov, ako aj s ohľadom na jeho ešte širšiu a ľahšiu dostupnosť (v porovnaní s 80-timi rokmi minulého storočia), spresňuje dokument *Dignitas personae* uvedené citát inštrukcie *Donum vitae* (zrejme na podklade podrobnej morálnej reflexie, ktorá je obsahom spomínaného dokumentu PAL) poukázaním na rozličné stupne zodpovednosti: „*Pochopiteľne, vnútri tohto všeobecného rámca existujú diferencované zodpovednosti a vážne dôvody by mohli byť morálne primerané vzhľadom na použitie spomínaného „biologického materiálu“. Tak napríklad ohrozenie zdravia detí môže oprávňovať ich rodičov na použitie nejakej vakcíny, pri ktorej boli použité isté zložky nedovoleného pôvodu, pričom zostáva nedotknutou povinnosť všetkých prejavíť jasný nesúhlas v tejto veci a žiadať zdravotnícke systémy, aby dali k dispozícii iné typy vakcín“ (*Dignitas personae*, č. 35). [12, 13]*

6. Stanovisko Subkomisie pre bioetiku TK KBS (2013)

Na aktivity odporcov očkovania na Slovensku, ktorí sa vo svojej argumentácii začali odvolávať aj na postoj Katolíckej cirkvi k umelému potratu, reagovala Subkomisia pre bioetiku Teologickej komisie Konferencie biskupov Slovenska, ktorá v októbri 2013 vydala dokument *Stanovisko k niektorým etickým aspektom povinného očkovania*. V ňom zhrnula predchádzajúcu teologickú reflexiu magisteriálnych dokumentov Katolíckej cirkvi s aplikáciou na aktuálnu situáciu a skúsenosti v Slovenskej republike v posledných desaťročiach nasledovne (v článku 4 dokumentu):

„*Napokon, Subkomisia sa chce vyjadriť k rôznym nepravdivým tvrdeniam, akoby sa v očkovacích látkach nachádzali súčasne potratené ľudské zárodokov alebo plodov, prípadne akoby sa očkovacie látky z nich alebo s ich použitím vyrábali. V skutočnosti sa pri príprave niektorých očkovacích látok (napríklad na rozmnoženie vírusov, ktoré sa po zneškodnení stávajú súčasťou danej očkovacej látky) používajú bunkové alebo tkanivové kultúry, pri ktorých príprave sa na začiatku, pred mnohými rokmi, použili tkanivá z umelo potrateného ľudského plodu. To je, pochopiteľne, samo osebe, smutnou skutočnosťou, s ktorou z morálneho hľadiska nikdy nemožno súhlasiť, ani ju schvaľovať. Na druhej strane, pokiaľ nie je k dispozícii očkovacia látka, ktorá by bola pripravená s použitím bunkovej alebo tkanivovej kultúry pripravenej eticky vhodným spôsobom, rodičia sú morálne oprávnení, ba povinní – vzhľadom na závažné dôvody ochrany života a zdravia svojho dieťaťa – dať svoje dieťa zaočkovať aj existujúcou očkovacou látkou. Zároveň rodičia majú povinnosť pôsobiť v rámci svojich možností na to, aby sa pri príprave, výrobe, ako aj pri obnove očkovacích látok uprednostili tie, ktoré boli vyrobené eticky vhodným spôsobom. K tomuto úsiliu chce Subkomisia naliehavo vyzvať a povzbudiť aj zodpovedné slovenské štátne orgány a inštitúcie. Rovnako sa Subkomisia s naliehavou žiadosťou obracia aj na samotných výrobcov a distribútorov očkovacích látok, ktorí vzhľadom na svoje možnosti a postavenie majú v tomto smere primárnu morálnu zodpovednosť.*“ [14]

Záverom

Pravidelná, systematická vakcinácia voči závažným, osobitne voči epidemicky sa šíriacim infekčným chorobám dnes predstavuje jeden z najvýznamnejších nástrojov i úspechov medicíny a moderného zdravotníctva, ktorý však nebol dosiahnutý bez niektorých eticky problematických krokov. Vzhľadom na liberalizáciu, dekriminalizáciu umelého potratu, ku ktorej prišlo v druhej polovici 20. storočia v krajinách s vedúcou pozíciou v biomedicínskom výskume, sú snahy o ľahšiu dostupnosť a širšie využitie ľudských fetálnych alebo embryonálnych tkanív a buniek realitou. Zdôrazňovanie medicínskej, zdravotníckej či ekonomickej prospešnosti však nezriedka vedie k zastieraniu alebo k zľahčovaniu morálnej podstaty i morálnych dôsledkov konania, ktoré odporuje základným mravným/etickým princípom života človeka – jednotlivca i ľudskej spoločnosti.

Väčšia informovanosť, ako aj zvýšená citlivosť verejnosti na niektoré etické otázky v oblasti biológie, medicíny, zdravotníctva či ochrany prírody a životného prostredia človeka, ako aj na závažné etické problémy príslušných odvetví priemyslu (a poľnohospodárstva), a tiež určitá senzibilizácia na tieto otázky vo sférach dnes už značne komplexného mediálneho priestoru a aktuálneho spoločenského a politického života, priniesli aj väčšiu angažovanosť veriacich či iných morálne uvažujúcich osôb, žijúcich v dnešných fragmentovaných, „postmoderných“ spoločnostiach, za kultúru života. Aj táto pozitívna angažovanosť sa však musí riadiť primeranou morálnou/etickou reflexiou a rozlišovaním. Osobitne s ohľadom na niektoré negatívne, nedostatočne zhodnotené následky, ktoré by mohla spôsobiť konkrétnymi neuváženými krokmi, napríklad ignorovaním alebo nedocenením niektorých hodnôt spoločného dobra, akým je napríklad aj verejná zdravie. To sa zvlášť naliehavo ukazuje pri reálnej hrozbe návratu niektorých, v našich časoch už temer zabudnutých epidémií infekčných chorôb v dôsledku „úspešných“ aktivít odporcov povinného očkovania vedúcich k závažnému poklesu zaočkovanosti. Postoj katolíckej morálnej teológie, na rozdiel od dnes do istej miery preferovanej, výlučne utilitaristickej etiky, prináša do súčasnej odbornej i verejnej diskusie skúsenosť a metodológiu zodpovedného morálneho/etického rozlišovania. Vo vzťahu k problematike pravidelného (povinného) očkovania tak súčasne poukazuje na potrebu zabezpečiť dostupnosť eticky prijateľných nových vakcín, ako aj primerane zohľadniť požiadavky na zaistenie spoločného dobra v rámci aktuálnych, konkrétnych možností.

Literatúra

1. The College of Physicians of Philadelphia. Human Cell Strains in Vaccine Development. 2014, dostupné na: <http://www.historyofvaccines.org/content/articles/human-cell-strains-vaccine-development> (kontrolované 01.05.2015). 2. American Society For Cell Biology. Talking Points: Fetal Tissue Research. 2001, dostupné na: <http://www.ascb.org/newsfiles/fetaltissue.pdf> (kontrolované 01.05.2015). 3. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1954. 2014, dostupné na: http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1954/ (kontrolované 01.05.2015). 4. A culture of consent (editorial). *Nature* 2013, 498: 407. Dostupné na: <http://www.nature.com/news/a-culture-of-consent-1.13262> (kontrolované 01.05.2015). 5. Meredith Wadman. Medical research: Cell division. *Nature* 2013, 498: 422-426. Dostupné na: <http://www.nature.com/news/medical-research-cell-division-1.13273> (kontrolované 01.05.2015). 6. L. Hayflick, P. S. Moorhead. The Serial Cultivation of Human Diploid Cell Strains. *Experimental Cell Research* 1961, 25: 585–621. 7. R. Leiva. A Brief History of Human Diploid Cell Strains. *The National Catholic Bioethics Quarterly* 2006, Autumn: 443–451. 8. J. P. Jacobs, C. M. Jones, J. P. Baillie. Characteristics of a human diploid cell designated MRC-5. *Nature* 1970, 227: 168–170. Dostupné na: <http://www.nature.com/nature/journal/>

v227/n5254/abs/227168a0.html (kontrolované 01.05.2015). 9. Elio Sgreccia, odpoveď adresovaná D. Vinnedge s dokumentom Pápežskej akadémie za život (Pontificia Academia Pro Vita). 2005, dostupné na: <https://cogforlife.org/wp-content/uploads/2012/04/vaticanresponse1.pdf> (kontrolované 01.05.2015). 10. Children of God for Life. Religious Exemptions to Vaccines. Dostupné na: <https://cogforlife.org/religious-exemptions-to-vaccines/> (kontrolované 01.05.2015). 11. Pontifical Academy For Life. Moral Reflections on Vaccines Prepared from Cells Derived from Aborted Human Foetuses. 2005, dostupné na: http://www.academiamvita.org/_pdf/documents/pav/moral_reflections_on_vaccines_en.pdf (kontrolované 01.05.2015). 12. Kongregácia pre náuku viery. Inštrukcia Donum vitae o rešpektovaní rodiaceho sa ľudského života a o dôstojnosti plodenia. 1987, dostupné na: www.kbs.sk/pdf/VAT/VATDonumVitae1987.pdf (kontrolované 01.05.2015). 13. Kongregácia pre náuku viery. Inštrukcia Dignitas personae o niektorých otázkach bioetiky. 2008, dostupné na: www.kbs.sk/pdf/VAT/VATDignitatisPersonae2008.pdf (kontrolované 01.05.2015). 14. Subkomisia pre bioetiku Teologickej komisie Konferencie biskupov Slovenska. Stanovisko k niektorým etickým aspektom povinného očkovania. 2013, dostupné na: www.kbs.sk/pdf/KBS/KBS2013Ockovanie.pdf (kontrolované 01.05.2015).

Viglaš J.: Použitie humánných bunkových línii pri vývoji a výrobe vakcín: postoj katolíckej morálnej teológie. / Use of the Human Cell Lines in the Vaccines Development and Production: Position of the Catholic Moral Theology. *Med. Etika Bioet.* 2015; 22(1-2): 3-8.

Abstract

The paper presents the position of the catholic moral theology with regard to the use of human cell lines WI-38 a MRC-5, originally derived from the tissues of the aborted human foetus, for the research, development and production of some vaccines aimed at the prevention of the serious infectious diseases in the human populations. Author describes the history and important facts connected with the derivation of these cell lines and analyzes the argumentation of the key documents of the Magisterium of the Catholic Church devoted to these problems (the document of the Pontifical Academy for Life – *Moral Reflections on Vaccines Prepared from Cells Derived from Aborted Human Foetuses* (2005), the instructions of the Congregation for the Doctrine of Faith – *Donum vitae* (1987) and *Dignitas personae* (2008)), while at the same time points out serious mistakes in the contemporary argumentation of the vaccination opponents, as based upon the incorrect interpretation of the moral argumentation of these documents. From the point of view of the catholic moral theology, the moral admissibility of the use of vaccines that were produced with use of the cell lines originally derived by ethically problematic means is justified by application of the principle of the very remote indirect material cooperation with evil, in this case with the evil of procured abortion. Importantly, unavoidable condition of the moral admissibility of the use of such vaccines is medically defined seriousness of the infectious diseases against which they are to be given, and non-accessibility of the vaccines that would have been prepared using the cell lines derived by ethically acceptable means. A special attention is given in the paper to the *Statement of the Subcommittee on Bioethics of the Commission on Theology of the Conference of (Catholic) Bishops of Slovakia on Some Ethical Aspects of the Compulsory Vaccination* (2013), which represents an application of the position of the Catholic Church to the current situation in the Slovak Republic.

Key words: vaccination, vaccines, abortion, foetal tissues, cell strains, cell lines, rubella, catholic moral theology

Abstrakt

Práca sa venuje postoju katolíckej morálnej teológie k použitiu humánných bunkových línií WI-38 a MRC-5, pôvodne získaných z tkaniva umelo potrateného ľudského plodu, na výskum, vývoj a výrobu niektorých vakcín určených na prevenciu závažných infekčných chorôb v ľudskej populácii. Autor opisuje históriu a dôležité skutočnosti súvisiace s prípravou týchto bunkových línií a analyzuje argumentáciu kľúčových dokumentov Učiteľského úradu Katolíckej cirkvi venovaných tejto problematike (dokument Pápežskej akadémie za život – *Morálne úvahy o vakcínach pripravených z buniek získaných z umelo potratených plodov* (2005), inštrukcie Kongregácie pre náuku viery – *Donum vitae* (1987) a *Dignitas personae* (2008)), pričom poukazuje na závažné chyby súčasnej argumentácie odporcov očkovania, založenej na nesprávnej interpretácii morálnej argumentácie uvedených dokumentov. Z pohľadu katolíckej morálnej teológie vyplýva morálna prípustnosť použitia vakcín, ktoré boli pripravené s použitím bunkových línií získaných eticky prípustným spôsobom. V práci sa venuje osobitnú pozornosť aj *Stanovisku Subkomisie pre bioetiku Teologickej komisie Konferencie biskupov Slovenska k niektorým etickým aspektom povinného očkovania* (2013), ktoré predstavuje aplikáciu postoja Katolíckej cirkvi na aktuálnu situáciu v Slovenskej republike.

Kľúčové slová: vakcinácia, vakcíny, umelý potrat, fetálne tkanivá, bunkové línie, rubeola, katolícka morálna teológia

PodĎakovanie / Acknowledgement

Tento článok vznikol vďaka podpore v rámci OP Výskum a vývoj pre dopytovo-orientovaný projekt: Univerzitný vedecký park Univerzity Komenského v Bratislave, ITMS 26240220086, spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

This paper is the result of the project implementation: Comenius University in Bratislava Science Park supported by the Research and Development Operational Programme funded by the ERDF. Grant number: ITMS 26240220086.

Korešpondencia: ThLic. Ján Viglaš, Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Kapitulská 26, 814 58 Bratislava, e-mail: jan.viglas@frcth.uniba.sk

PRE PRAX / FOR PRACTICE

ETICKÉ PROBLÉMY V SÚČASNEJ PNEUMOLÓGII*

Jozef Glasa^{1,2,3}, Helena Glasová^{2,3}

¹Ústav zdravotníckej etiky a ²Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, ³Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f., Bratislava

1. Úvod

Pneumológia je klinický medicínsky odbor, ktorý sa venuje prevencii, diagnostike a liečbe pľúcnych chorôb. Jej význam v súčasnosti je daný nielen aktuálnou chorobnosťou a úmrtnosťou obyvateľstva na choroby pľúcneho systému, ale aj novými možnosťami, ktoré pre ich účinné ovplyvnenie prináša, najmä v poslednom desaťročí, akcelerujúci vedecký a technologický pokrok. [19] Pneumológia pôsobí v právnom a etickom priestore, ktorý je spoločný pre všetky medicínske odbory a daný systém zdravotníctva na území určitého štátu alebo spoločenstva štátov, ktoré zdieľajú podobné alebo tie isté právne a etické princípy a hodnoty (napr. Európska únia).

Práca špecialistu v pneumológii – **pneumológa** sa riadi právnymi a etickými princípmi, ktoré platia rovnako aj pre iné medicínske odbory a fungovanie toho-ktorého zdravotníckeho systému. Okrem dôkladného ovládania svojej vlastnej disciplíny sa od pneumológa očakáva aj náležitá orientácia, predvídanie a tiež primerané zvládanie psychologických, sociálnych (včítane ekonomických) a morálnych/etických aspektov pneumologickej starostlivosti. Táto sa dnes poskytuje v čoraz zložitejších, dynamicky sa meniacich podmienkach.

V tomto prehľade najskôr stručne pripomenieme základné etické pojmy, princípy a normy, ktoré vytvárajú potrebný rámec pre výkon lekárskeho povolania vo všeobecnosti a pre riadne fungovanie zdravotníckeho systému. [10] Potom si postupne všimneme niektoré konkrétne etické (morálne) otázky, s ktorými sa pneumológ vo svojej praxi azda najčastejšie stretáva. [12]

1.1 Základné pojmy [12, 15, 23]

Morálka (mravnosť) sa chápe ako súhrn postojov a názorov daného človeka, určitej ľudskej skupiny, prípadne celej spoločnosti vo vzťahu k morálnej (mravnej) hodnote konkrétneho ľudského konania (správania), t.j. k jeho hodnoteniu ako morálne dobré – alebo zlé (alebo aj správne – nesprávne, prijateľné – neprijateľné). Niekedy hovoríme o *morálnom* (mravnom) *vedomí*. Morálka významne ovplyvňuje konanie jednotlivcov i skupín, a to mechanizmom morálneho uznania alebo odsúdenia.

Schopnosť človeka rozlišovať a vnútorne hodnotiť morálnu (mravnú) hodnotu svojich skutkov sa nazýva *svedomie*. Konanie v súlade so svedomím je predpokladom morálnej integrity daného človeka. Považuje sa za jednu z podmienok šťastného života.

Étika je filozofická disciplína, ktorá systematicky študuje morálnu (mravnú) stránku ľudského konania. Ide o „teóriu morálky“. Usiluje sa definovať *etické pojmy* (kategórie), hľa-

* Edičná poznámka: Práca nadväzuje na pôvodnú kapitolu autorov [12] v plánovanej učebnici pneumológie [19], ktorá bola odovzdaná zostavovateľom v roku 2014. Predstavuje úpravu, aktualizáciu a argumentačné prehĺbenie pôvodného textu s osobitným zameraním na potreby praxe.

dať medzi nimi logické súvislosti (*etické princípy, normy*) a umožniť racionálne, systematické etické hodnotenie ľudského konania a správania (*etické teórie*) a jeho usmerňovanie na základe logicky formulovaných a usporiadaných dôvodov (*argumentov*). Na rozdiel od toho, **etiketa** predstavuje súhrn zaužívaných pravidiel formálneho správania a konania v určitom prostredí (napr. lekárska etiketa).

Ako **bioetika** sa zvyčajne označuje etická analýza najnovších problémov, ktoré prináša aktuálny vedecký a technologický pokrok v oblasti biológie a medicíny a aplikácie jeho výsledkov u človeka. Niekedy sa sem zahŕňa i etická problematika životného prostredia (*environmentálna etika*), alebo aj všetky etické problémy vo vzťahu človeka a živej prírody („etika života“). V tomto širšom chápaní bioetika v sebe obsahuje aj všetky vyššie spomínané špecializované oblasti etickej analýzy. Je charakteristická zahrnutím najrozličnejších vedeckých disciplín, ba i 'laikov' (osôb bez formálneho vzdelania v danej oblasti) do dialógu o konkrétnom etickom probléme (*interdisciplinárny prístup*). Na Slovensku sa bioetika intenzívnejšie začala rozvíjať v rámci politických a kultúrnych zmien po „Nežnej revolúcii“ (1989). [10]

Klinická (bio)etika sa zameriava na riešenie konkrétnych etických problémov klinickej praxe. [18] Ide najmä o situácie, pri ktorých rozhodovanie lekára, tímu zdravotníckych pracovníkov, ale i pacienta a jeho príbuzných je v danej situácii významne podmienené hodnotovými (eticnými) hľadiskami, t.j. uvažované konanie (napr. vykonanie určitého medicínsky oprávneného (indikovaného) diagnostického alebo liečebného výkonu je niektorými zo zúčastnených osôb považované za morálne (eticky) nesprávne (zlé, nepripustné), kým inými za mravne odôvodnené (dobré, žiaduce) – napr. vykonanie amputácie, umelého potratu; podanie transfúzie krvi u dieťaťa z rodiny hlásiacej sa k náboženskej spoločnosti Svedkov Jehovových; ukončenie alebo nezačatie zbytočnej liečby a pod.).

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

Situácie etického konfliktu sa môžu riešiť dosiahnutím **kon-senzu**, t.j. súhlasu všetkých zúčastnených stránok. V praxi však častejšou situáciou býva úsilie o dosiahnutie **kompromisu**, t.j. spoločného stanoviska, ku ktorému sa dospelo tak, že všetky zúčastnené strany do istej miery modifikovali svoje pôvodné pozície. Zvyčajne najmenej hodnotné z hľadiska riešenia daného etického problému je rozhodnutie získané pomocou **hlasovania**, nakoľko tu hrozí riziko 'prehlasovania' – a teda odmietnutia eticky hodnotnejšieho názoru. V niektorých situáciách je **rozhodnutie rezervované autorite** zodpovedného pracovníka (napr. ošetrojúci lekár, primár, prednosta, riaditeľ nemocnice, minister), osobitne ustanovenej komisie (napr. lekárske konzílium; indikačná, etická komisia a pod.), prípadne rozhodnutiu **súdu**.

1.2 Modely etického uvažovania v praxi [9, 23, 26]

V stručnosti spomenieme tie **modely etického uvažovania**, ktoré sa dnes najčastejšie objavujú v praxi. Ich poznanie je nevyhnutné pre porozumenie argumentácie v praktických etických stretoch súčasnosti. Nezriedka sa totiž „celkom logicky“ argumentuje v prospech úplne protichodných etických stanovísk (v detailoch odkazujeme na príslušnú odbornú literatúru).

Medzi najznámejšie a stále aktuálne modely etického uvažovania patrí **deontologický model**, ktorý pri etickom hodnotení daného konania zdôrazňuje hľadisko *povinnosti* konajúcej osoby. V histórii medicíny sa vypracovali viaceré súhrny etických požiadaviek vo vzťahu k výkonu zdravotníckych povolání, najmä povolania lekára a sestry (*dentologické kódexy*). Deontologický model zvyčajne zdôrazňuje etickú (mravnú) hodnotu skutkov ako takých: dobrý (eticky akcep-

tovatelný) je len taký skutok/konanie, kde cieľ i prostriedky na jeho dosiahnutie sú dobré (správne) (napr. získanie orgánu na transplantáciu zákonným spôsobom).

Utilitaristický model, niekedy v priamom protiklade voči predchádzajúcemu, zdôrazňuje pri etickom hodnotení konania etickú hodnotu jeho dôsledkov (tzv. *konzekvencionalizmus*), resp. jeho účelu (lat. *utilitas* – *užitočnosť*). Požiadavkou utilitarizmu je dosiahnutie „maximálneho súhrnu dobra pre maximálny počet osôb“ (tzv. *utilitaristický kalkúl*). Tento model sa veľmi často uplatňuje napr. pri posudzovaní opatrení verejnej zdravotníckej politiky (napr. prijatie alebo zamietnutie určitého zdravotníckeho programu, napr. plošná vakcinácia detí voči pneumokokom).

Model vychádzajúci z tzv. **etiky cnosti** si všima vplyv daného konania na človeka, ktorý sa preň rozhoduje. (Akým človekom – lepším (cnostnejším), či horším – budem po vykonaní toho, či onoho skutku? Napr. malou krádežou sa stávam viac zlodejom, kým pestovaním 'cnosti spravodlivosti' sa stávam spravodlivejším človekom.) Model predpokladá, že cnostný život človeka je predpokladom individuálne (i kolektívne) šťastnejšieho, naplneného života, než je tomu v opačnom prípade.

Vzhľadom na závažnosť i novosť etických problémov v medicíne, i vzhľadom na veľké hodnoty, ktoré sú lekárovi/ zdravotníckemu pracovníkovi zverené (ľudský život, zdravie) a o ktoré ide pri rozhodovaní pri poskytovaní v zdravotnej starostlivosti, etika cnosti upozorňuje na **vlastnosti charakteru – cnosti lekára/zdravotníckeho pracovníka**, ktoré by mali byť zárukou, že bude schopný/ochotný sa vždy rozhodovať správne: v najlepšom záujme pacienta. To tiež znamená, že lekár a zdravotnícky pracovník musí byť schopný odolať pokušeniam v situáciách, ktoré môžu predstavovať **konflikt záujmov** pri poskytovaní starostlivosti tomu-ktorému chorému (napríklad pri účasti v biomedicínskom výskume/klinickom skúšaní, pri kontakte s výrobcami a distribútormi liekov, zdravotníckych pomôcok a techniky a podobne).

Do istej miery podobný je **personalistický model** (lat. *persona* – *osoba*), ktorý si všima vplyv daného skutku, či konania na individuálny rozvoj danej osoby, a to v súlade s jej životným cieľom a poslaním. (Budem po vykonaní tohto skutku viac (rozvinutejšou, zrelšou) osobou; viac sám sebou; viac tým, ktorým (ktorou) mám byť – alebo nie?)

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

V oblasti medicíny a zdravotníctva sa model etiky ľudských práv uplatnil pri formulovaní a presadzovaní **práv pacientov** (vyjadrené napr. v *Lisabonskej deklarácii práv pacientov Svetovej asociácie lekárov* (WMA; 1981, 1995) a v *Deklarácii práv pacientov* v Európe vypracovanej Európskou úradovňou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO; 1994)). V Slovenskej republike sa v nadväznosti na uvedené dokumenty vypracovala a prijala *Charta práv pacientov v SR* (2001). Práva

pacientov boli formulované aj v slovenskej zdravotníckej legislatíve (zákon č. 277/1994 Z. z., nahradený zákonom č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti (§ 11)).

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

Jedným z najpopulárnejších prístupov etického uvažovania, pôvodne najmä v severoamerickom univerzitnom prostredí, sa približne od 80-tych rokov 20. storočia stal **principalizmus** (Childress a Beauchamp; 1984, 2008) [17]. Usiluje sa o etické hodnotenie daného prípadu pomocou 4 tzv. *prima facie* princípov (t.j. princípov, ktoré sú spoločné a zrejme všetkým účastníkom etického diskurzu bez potreby zvláštného dokazovania). Ide o princíp *dobročinnosti* (beneficiencie), *neškodnosti* (non-maleficiencie), *autonómie* (svojbytnosti) a *spravodlivosti*. K záveru etického hodnotenia dospievame na základe zisťovania súladu alebo nesúladu daného konania s jednotlivými princípmi. Problémom tohto prístupu je obsahová stránka jednotlivých princípov (otázka, čo je v danom prípade dobré, neškodiace, podporujúce autonómiu pacienta, spravodlivé), ktorú autori pôvodne definovali ako "prevažujúci étos danej spoločnosti". V európskom kontexte sa k spomínaným princípom zvyčajne pridávajú aj princípy *solidarity*, *subsidiarity*, *transparentnosti* a *opatrnosti* (Tab. 1).

Tab. 1 Základné princípy biomedicínskej etiky (európsky pohľad) [9, 10]

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

1.3 Etika a právo [10, 12]

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

Morálka ani **etika**, v porovnaní s právom, nedisponujú mocenským aparátom, ktorý by vynucoval dodržiavanie etických princípov v praxi. **Morálne vedomie** danej spoločnosti mechanizmom morálneho odsúdenia alebo *morálneho prijatia* do istej miery vynucuje také konanie alebo správanie, ktoré je v danej spoločnosti považované za morálne dobré (správne, žiaduce). Táto regulácia konania/správania sa považuje za jemnejšiu, „mäkšiu“, ale súčasne pokrýva podstatne širšiu oblasť ľudských aktivít, než aká môže byť upravená právnymi predpismi.

Vzťah morálky (etiky) a práva je v spoločnosti pomerne tesný. V niektorých prípadoch sa môžu právo a morálka (etika) dostať do závažného rozporu. Ide o prípad *nespravodlivých zákonov*, ktoré sú v rozpore s dôstojnosťou človeka, všeobecnými ľudskými právami a slobodami, alebo so základnými etickými princípmi a normami. V situácii morálneho (etikého) pluralizmu však nezriedka nie je jasné, ktoré etické princípy a normy by sa v danom prípade mali uplatniť, resp. ktorým by bolo potrebné dať prednosť, ak sa dostávajú do vzájomného rozporu. Určítym východiskom sa javí uplatňovanie tzv. **prirodzeného mravného zákona**, t.j. morálnych (etikých) pravidiel, ktoré zodpovedajú ľudskej podstate a prirodzenosti a smerujú k zabezpečeniu čo najplnšieho rozvoja človeka, ľudskej osoby i celej spoločnosti a jej jednotlivých skupín.

Zdravotnícka legislatíva prijatá v Slovenskej republike v roku 2004 (najmä zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti – a ďalšie súvisiace právne predpisy) upravila novým spôsobom mnohé vzťahy a problémy zdravotníckeho systému, z ktorých viaceré majú aj závažný etický aspekt. Okrem iných problémových okruhov tu spomeňme aspoň nasledovné: a) zákon 576/2004: práva pacientov (§ 11), biomedicínsky výskum (§ 26 – 34), etické komisie (§ 5), informovaný súhlas (§ 6), transplantácie orgánov a tkanív (§ 35 – 38); b) zákon 578/2004: povinnosti zdravotníckeho pracovníka (§ 80), podmienky pre výkon zdravotníckeho povolania (§ 27 – 38, 39, 42), etický kódex zdravotníckeho pracovníka (Príloha č. 4). Oblasť zaobchádzania s liekmi a zdravotníckymi pomôckami, vrátane ich klinického skúšania, upravuje zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach (prvý raz prijatý ako zákon č. 140/1998 Z.z., v súčasnosti zákon č. 362/1011 Z. z.). V roku 2007 prijala Národná rada SR zákon č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia, základnú právnu normu pre oblasť verejného zdravotníctva v SR.

2. Etika lekára – pneumológa vo vzťahoch

2.1 Vzťah lekár – pacient

Vzťah lekára, či iného zdravotníckeho pracovníka a pacienta, ako sa vyvinul počas stáročnej histórie medicíny, prešiel v našich časoch podstatnými zmenami. [23, 26]

V minulosti bol charakterizovaný predovšetkým osobnou zodpovednosťou a lojalitou lekára voči konkrétnemu pacientovi – a tiež dôverou pacienta voči lekárovi spojenou s presvedčením, že lekár vždy bude pokračovať a rozhodovať sa v jeho najlepšom záujme. Lekár, na základe svojich schopností a vedomostí, bol oprávnený a povinný rozhodovať prakticky o všetkom, čo sa týkalo diagnostiky, prevencie a liečby. Od pacienta sa očakával skôr pasívny postoj. Tento typ vzťahu lekára a pacienta predstavoval tzv. **paternalistický model** (lekár v úlohe dobrého, starostlivého rodiča, pacient v úlohe poslušného dieťaťa).

S rozvojom modernej medicíny a zmenou mnohých charakteristík zdravotnej starostlivosti, vrátane ošetrovateľstva (napr. tímový spôsob práce, vstup prístrojovej techniky a medicínskych technológií do priestoru bezprostredného kontaktu medzi lekárom, zdravotníkom a pacientom), ako aj so všeobecným vzrastom vzdelanostnej úrovne, dostupnosťou špeciálnych informácií (napr. prostredníctvom internetu) a celkovým trendom zdôrazňovania **individuálnych práv** a záujmov – prišlo k významnej *emancipácii pacienta* vo vzťahu k lekárovi a zdravotníckym pracovníkom, k vzrastu jeho **autonómie**. Súčasne však prichádza aj k jeho zneisteniu: k strate tej miery dôvery pacienta voči lekárovi, ktorá bola pre ich vzťah v minulosti samozrejma.

Positíva **partnerského modelu** vzťahu lekára a pacienta sú nesporné – a tiež lepšie zodpovedajú ľudskej dôstojnosti oboch zúčastnených. Na druhej strane, táto pomerne nová

úroveň spolupráce lekára a pacienta, kedy sa pacient viac podieľa na rozhodovaní o svojej vlastnej diagnostike a liečbe (princíp autonómie), kladie na oboch zúčastnených i väčšie nároky.

Prejavuje sa to napríklad aj vo zvýraznení požiadavky **informovaného súhlasu** pacienta s poskytnutím konkrétnej zdravotnej starostlivosti (diagnostického výkonu, konkrétneho liečebného postupu, vrátane farmakoterapie).

Požiadavka čo najplnej informovanosti pacienta, s dôrazom na také sprostredkovanie potrebnej informácie, ktoré je pacient schopný vzhľadom na svoje rozumové schopnosti i aktuálny zdravotný stav pochopiť a na tomto základe sa racionálne rozhodnúť, prináša so sebou opäť aj staronový **problém pravdy**, resp. pravdovravnosti lekára, najmä pri informovaní pacienta o nepriaznivej diagnóze resp. prognóze jeho choroby.

V minulosti sa lekár skôr mohol pri svojom rozhodovaní oprieť o uplatnenie tzv. *terapeutického privilégia*, ktoré v zmysle rešpektovania *princípu neškodnosti (non-maleficiencie* – „nikdy neškodit pacientovi“) lekárovi umožňovalo, resp. od lekára vyžadovalo zatajenie pravdy o nepriaznivej diagnóze alebo prognóze (tzv. „milosrdná lož“). Tento prístup však v súčasnej dobe všeobecne ustupuje úsiliu o úplné **pravdivé informovanie** pacienta o možnostiach a plánovanom priebehu liečby – s cieľom získania a udržania jeho dôvery (napr. aj pri objavení sa závažných nežiaducich účinkov nevyhnutnej liečby s nádejnou prognózou) a tým zlepšenia vyhladok na celkový úspech liečby.

Platné zákonné predpisy vyžadujú od lekára vykonať tzv. *úplné poučenie pacienta* pred všetkými závažnejšími diagnostickými, preventívnymi alebo liečebnými výkonmi. Toto poučenie je podmienkou a súčasťou získania **informovaného súhlasu** pacienta. Lekár je povinný voliť vhodný spôsob informovania a jeho rozsah tak, aby boli primerané danému psychickému stavu pacienta, prípadne rešpektovať výslovné právo pacienta, ak si podrobnú informáciu o svojom zdravotnom stave nepraje („právo nebyť informovaný“). Pokiaľ nie je možné poskytnúť pacientovi *úplné poučenie*, zákon (č. 576/2004 Z.z.) pripúšťa možnosť poskytnutia tzv. *vhodného poučenia*. Získanie informovaného súhlasu pacienta je základnou podmienkou aj pre jeho zaradenie do klinického sledovania v rámci biomedicínskeho výskumu (vrátane klinického skúšania liečiv).

U pacientov, ktorí **nie sú schopní poskytnúť** informovaný súhlas, zákon (č. 576/2004 Z.z.) zároveň určuje spôsob, akým sa v týchto prípadoch postupuje. U detí a maloletých, osôb nespôsobilých na právne úkony a osôb zbavených tejto spôsobilosti je napríklad potrebný súhlas zákonného zástupcu osoby. Pre špecifické situácie (napr. sterilizácia, biomedicínsky výskum, klinické skúšania a pod.) sú stanovené aj ďalšie dodatočné podmienky, ktoré majú zabezpečiť zvýšenú právnu ochranu týchto osôb.

Osobitným problémom je informovaný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti (alebo s účasťou v biomedicínskom výskume alebo v klinickom skúšaní) u osôb, ktoré sa nachádzajú v bezvedomí alebo v **urgentných stavoch** ohrozenia života (napr. šok), ktoré znemožňujú získanie platného informovaného súhlasu – a zvyčajne aj včasné získanie súhlasu zákonného zástupcu. V takýchto prípadoch – s ohľadom na *najlepší záujem pacienta* – sa jeho *súhlas predpokladá* a nevyhnutná zdravotná starostlivosť (život zachraňujúci výkon) sa môže poskytnúť. Informovaný súhlas s pokračovaním zdravotnej starostlivosti sa však musí získať čo najskôr, ako je to možné.

Pri zdôrazňovaní práv pacienta sa dnes nezriedka zabúda pripomenúť **právo lekára** (zdravotníka) za určitých okolností odmietnuť poskytnutie pacientom vyžadovanej zdravotnej starostlivosti. Ide najmä o situácie, kedy žiadaný diagnostický alebo liečebný výkon nie je pre pacienta potrebný, alebo by pre neho predstavoval neprimerané riziko. Lekár má tiež právo odmietnuť výkon, ktorý je v rozpore s jeho svedomím

(*výhrada svedomia*). To však neplatí, ak ide o neodkladný lekárskeho výkon, potrebný na záchranu života alebo odvrátenie závažného poškodenia zdravia.

2.2 Vzťah lekár – spolupracovníci

Vzťahy medzi zdravotníckymi pracovníkmi z etického hľadiska upravujú predovšetkým **deontologické kódexy**, ktoré pre jednotlivé profesie vydávajú príslušné profesijné organizácie (komory) zdravotníckych pracovníkov (príklady v [10]).

Skutočná, **správna kolegiálna** sa prejavuje vo vzájomnej úcte a odbornej spolupráci zdravotníckych pracovníkov. Vo vzťahu lekár – sestra, prípadne lekár – iný zdravotnícky pracovník je vždy potrebné vzájomné uznanie stanovených profesijných kompetencií a zodpovednosti. Rozdielne názory a poznatky o spôsobe diagnostiky a liečby daného pacienta, zdieľané a diskutované kolegiálnym spôsobom, môžu byť obohatením a príležitosťou na ďalší odborný rast.

V praktickej medicíne sa však často vyskytujú **urgentné situácie**, ktoré vyžadujú koordinovaný a rýchly zásah na záchranu života a zdravia pacienta. Situácie, kedy nie je čas a priestor na „diskusie“ – v prípade pochybností je preto vopred určená povinnosť rozhodnúť nadriadenému zdravotníckemu pracovníkovi (z lekárov prednosta, primár, prípadne služobne (naj)starší kolega). „Najvyšším zákonom“ v reálnej medicíne musí byť vždy dobro pacienta (lat. *Salus aegroti suprema lex.*).

U lekárov sa kolegiálna osobitne prejavuje v rámci vyžiadania alebo poskytnutia **odborného konzília** alebo **konzultácie**. Povinnosť požiadať o radu alebo o pomoc skúsenejšieho, odborne erudovaného kolegu je obsiahnutá vo všetkých deontologických kódexoch (dnes zvyčajne znamená „odoslať pacienta k príslušnému špecialistovi, prípadne na vyššie, špecializované pracovisko“). Na druhej strane, vyžiadanie odborného konzília je aj prejavom kolegiálnej dôvery a uznania. Konzultujúci lekár by sa nikdy nemal znížiť k znevažovaniu menej erudovaného kolegu, či kolegu pracujúceho v technicky/technologicky menej zabezpečených podmienkach. Zvlášť nie pred pacientom alebo jeho blízkymi. Za neetické sa považujú aj postupy zamerané na vlastnú reklamu, preberanie či odlákavanie pacientov, či iné neprípustné konkurenčné správanie.

Závažnou etickou požiadavkou je kolegiálna ochota odovzdávať nadobudnuté odborné poznatky a skúsenosti mladším kolegom v rámci ich **špecializačnej prípravy** a výcviku, či kontinuálneho vzdelávania. Ide o nevyhnutnú súčasť lekárskeho (zdravotníckeho) vzdelávania a zvyčajne sprostredkovaná mladším kolegom znalosti, schopnosti a zručnosti, ktoré sa je len ťažké, no zvyčajne temer nemožné „naučiť iba z kníh“. Od skúsenejšieho kolegu to vyžaduje veľa trpezlivosti, úsilia a práce navyše. Ide však súčasne aj o jednu z najkrajších, neoddeliteľných súčastí lekárskeho (zdravotníckeho) povolania!

Na druhej strane by bolo veľmi potrebné, a to práve v dnešnej dobe, viac pestovať úctu lekárov a zdravotníckych pracovníkov voči svojim učiteľom (ako to žiadala už *Hippokratova prísaha*), ako aj všestranne **dobré, kolegiálne vzťahy** medzi zdravotníckymi pracovníkmi. [31] Zaiste by to prispelo k obnoveniu spoločenskej úcty a vážnosti zdravotníckych povolání, ktoré sú v súčasnosti na veľmi nízkej úrovni. Tu je významná a nezastupiteľná aj úloha profesijných organizácií zdravotníckych pracovníkov (*komôr*), ako aj odborných (vedeckých) spoločností a spolkov združených v rámci *Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS)*.

Neetickým pokrivením je **falošná kolegiálna**, ktorá toleruje alebo za každú cenu zakrýva neprofesionálne, neetické správanie kolegu, prípadne ním zavinенý, či tvrdošijne uplatňovaný chybný postup, či rozhodnutie, hroziace poškodením zdravia alebo inými negatívnymi dôsledkami. Je v rozpore s povinnosťou zdravotníckeho pracovníka voči pacientovi (klientovi), voči kolegom, ba celému 'zdravotníckemu stavu' (po-

vinnosť dbať na patričnú odbornú úroveň výkonu zdravotníckeho povolania). Upozorniť, kolegiálne napomenúť – alebo dokonca nahlásiť nadriadeným zjavne chybujúceho kolegu vždy vyžadovalo značnú dávku profesijnej integrity a osobnej mravnej statočnosti (nezriedka negatívne následky pre osobu nahlasujúceho – angl. *whistleblower*).

2.3 Vzťah lekár – zdravotnícky systém [10, 12]

V dnešnej dobe pracujú lekári a všetci zdravotnícki pracovníci v danej krajine v rámci určitého **zdravotníckeho systému**. Ten do značnej miery podmieňuje a určuje vzájomné vzťahy jeho jednotlivých zložiek, ako aj právny, ekonomický a sociálny priestor, v ktorom môžu pracovať jednotlivé zdravotnícke a iné pomáhajúce profesie. Konkrétny zdravotnícky systém je výsledkom historického vývoja a existujúcich právnych, ekonomických a kultúrnych podmienok, charakterizujúcich tú – ktorú spoločnosť, vrátane možností a reálneho uplatnenia jej „prevažujúceho étosu“. Osobitne postoje tejto spoločnosti k slabším, chorým, zdravotne postihnutým, starým alebo ináč znevýhodneným osobám. Jedným z prejavov tohto étosu je aj podiel verejných zdrojov (finančných a iných), ktoré daná spoločnosť pridieľuje do oblasti zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia (*etické princípy solidarity a beneficencie*).

V súčasných rozvinutých spoločnostiach, ktoré sú zamerané predovšetkým na **prospech a ciele individua** („mladého, zdravého a bohatého“), sa nezriedka pozoruje nižšia citlivosť a ochota podriaďovať individuálne záujmy a ciele koordinovaným úsiliam o **spoločné dobro**, ktoré sa nesprávne vníma ako menej dôležité alebo „imaginárne“, či ako bremeno zaťažujúce osobný rozvoj a seba-uplatnenie jednotlivca. Jedným z prejavov je aj nižšia politická podpora pre alokáciu verejných zdrojov do zdravotnej a sociálnej oblasti (podobne ako do oblasti školstva – prípravy budúcich generácií na svoje povolanie a úspešný život). To spolu s inými, značne komplexnými príčinami môže viesť k **nedostatočnému financovaniu** systému zdravotníctva v danej krajine s potenciálne závažnými krátkodobými a dlhodobými následkami. Podobné neblahé účinky má aj „ekonomizácia za každú cenu“, ktorá zdanlivo (alebo aj skutočne) šetrí priame náklady v sektore zdravotníctva, avšak neracionálnym, v konečnom dôsledku škodlivým spôsobom. Vnútorň (alebo aj vonkajší, priznaný) dlh v oblasti zdravotníckeho systému, pokiaľ sa dlhodobou nerieši, vedie k zhoršeniu podmienok poskytovania a zníženiu kvality zdravotnej starostlivosti s dopadom na zdravie celej spoločnosti, osobitne na zdravie zraniteľných a znevýhodnených skupín obyvateľstva (avšak s možným spätným dopadom na celú populáciu). Klamlivým spôsobom sa nezriedka tento rozpor prenáša do konfliktu medzi poskytovateľmi (zdravotnícki pracovníci, lekári, zdravotné zariadenia) a oficiálnymi „platiteľmi“ zdravotnej starostlivosti z verejných zdrojov (zdravotné poisťovne).

Situáciu často zhoršuje aj také (nezriedka účelové) „nastavenie“ vzťahov a procesov fungovania zdravotníckeho systému ako celku, ktoré nezodpovedá jeho poslaniu a úlohám alebo konkrétnym potrebám, podmienkam a trendom vývoja v rámci tej-ktorej krajiny. Namiesto toho ide skôr o presadzovanie egoistických záujmov rôznych tzv. záujmových skupín, majúcich v danej chvíli moc alebo vplyv. Výsledkom sú chyby a deformácie **štátnej zdravotnej politiky**, ktorá má byť v každej krajine jednou z kľúčových priorít a zodpovednosťou zákonodarnej a výkonnej moci.

Tragická je situácia, ktorá v zdravotníctve danej krajiny umožňuje, či podporuje **korupciu**, kradnutie, (mnohonásobné) **predražovanie** vstupov, nekalé obohacovanie sa dodávateľov alebo distribútorov, či beztriestné **tunelovanie** zdravotníckeho systému a jeho zdrojov osobami alebo skupinami napojenými na verejnú moc (vláda, parlament, regionálne štruktúry): zdroje, určené na záchranu života a zdravia občanov, ako aj zdroje na podporu verejného zdravia, sa tak dostávajú mimo systému zdravotníctva, v ktorom sa však prehl-

buje ich aktuálny nedostatok. Tu nejde „iba“ o neetické (nemravné) konanie/správanie: hovoríme o skutočných („do neba volajúcich“) zločinoch voči ľudskosti, akokoľvek šikovne sú maskované pred očami (zvyčajne pasívnej) verejnosti.

Spomenuté príklady **problémov systému** zdravotníctva sú ťažvejšie v chudobných, rozvojových krajinách tzv. tretieho sveta. V tej, či inej forme však neobchádzajú ani krajiny rozvinatejšie, či bohaté. Patria k veľkým morálnym (etickým) paradoxom súčasnosti – s potenciálne katastrofickým dopadom do blízkej alebo vzdialenejšej budúcnosti (zníženie úrovne zdravotnej starostlivosti, podpory zdravia – s následným vzrastom morbidity, predčasnej mortality, poklesom natality atď.).

V uvedených súvislostiach vyvstáva závažná otázka profesijnej etiky a **zodpovednosti lekára**, či iného zdravotníckeho pracovníka. Čo môže jednotlivý lekár/zdravotník urobiť pre zlepšenie alebo napravenie **existujúcich deformácií** – v konečnom dôsledku majúcich priamy vplyv na jeho prácu a možnosti pomoci konkrétnym pacientom, či skupinám obyvateľstva (napr. komunitné zdravotnícke programy). Prvou možnosťou je dodržiavanie etiky (morálky) vo svojom vlastnom konaní a správaní – akokoľvek „nevýhodné“ sa to v daných podmienkach javí alebo môže javiť. Takéto konanie si aj v dnešnej dobe vyžaduje vysokú mieru **osobnej morálnej integrity** a osobnej statočnosti. Cenu správneho, statočného mravného postoja a konania lekára nemožno ani v dnešnej spoločnosti podceňovať – môže byť potrebným katalyzátorom zmeny k lepšiemu, aspoň v dosahu a okruhu činnosti danej osoby („cenou“ však nezriedka býva potláčanie, ba prenasledovanie takého „nepohodlného“ lekára, niekedy dokonca zo strany jeho „eticky prispôsobivejších“ kolegov).

Potenciálne významnejšiu možnosť predstavuje angažovanie sa lekára v rámci **profesijných organizácií** (komôr), prípadne spolkov a odborných spoločností Slovenskej lekárskej spoločnosti. Sú priestorom a možnosťou pestovania potrebnej kolegiálnej spolupatričnosti, solidarity (tak „úspešne“ rozbiehajú v uplynulom období). Je zásadne dôležité, aby sa do vedenia týchto dôležitých organizácií, ktoré by okrem plnenia iných svojich povinností mali byť aj rešpektovanými zástancami profesionality a etiky zdravotníckych povolání a etiky vzťahov a fungovania zdravotníckeho systému ako celku, dostávali mravne bezúhonné, odborne a verejne rešpektované osobnosti. Schopné tmočiť a presadzovať pravdivé, racionálne postoje a riešenia voči verejnosti ako celku, ale osobitne voči predstaviteľom výkonnej a zákonodarnej moci. Statočnosť a aktivita jednotlivých členov by mali byť zábezpečkou, aby **volení predstavitelia** lekárov a zdravotníkov cítili potrebnú morálnu podporu – ale aj náležitú mravnú kontrolu vo svojom pôsobení, a nepodľahli reálnym pokušeniam osobnej moci a vplyvu, alebo osobnému nátlaku, či zastrašovaniu.

2.4 Vzťah lekár – výrobcovia a distribútori liekov a zdravotníckych pomôcok

Lekár (prípadne iný zdravotnícky pracovník, napr. farmaceut) sa vo svojej praxi často podieľa na **rozhodovacích procesoch**, ktorých výsledkom je **pridelenie** (predpis) určitého zdravotného prostriedku alebo zdravotnej starostlivosti hrađených z verejných zdrojov pacientovi (napr. liek, zdravotná pomôcka, separátor kyslíka atď.) – alebo priame **odporúčanie** pre pacienta, aby si takýto prostriedok alebo zdravotnú starostlivosť zadovážil a uhradil z osobných finančných prostriedkov (u liekov, zdravotných pomôcok alebo výkonov zdravotnej starostlivosti nehradených alebo čiastočne hrađených z verejných zdrojov). Má preto významný, niekedy rozhodujúci vplyv na výber a použitie daného zdravotného prostriedku alebo výkonov zdravotnej starostlivosti v okruhu svojej odbornej pôsobnosti.

V situácii objektívne obmedzených zdrojov na zdravotnú starostlivosť a vzájomnej **konkurencie** výrobcov a dodávateľov (distribútorov) zdravotných prostriedkov a poskytovateľov

zdravotnej starostlivosti na danom **trhu** môže rozhodnutie alebo odporúčanie lekára (alebo viacerých lekárov, či farmaceutov) predstavovať trhovo významnú výhodu alebo nevýhodu. Táto skutočnosť je príčinou „odvekej“ snahy výrobcov a dodávateľov (distribútorov) o **ovplyvnenie** príslušných rozhodovacích procesov a osôb, ktoré sa na rozhodovaní podieľajú (lekára, farmaceuta, politika, úradníka zdravotnej poisťovne alebo regulačnej autority atď.), v prospech daného výrobku alebo služby. Osoby podieľajúce sa na rozhodovaní sa tak nezriedka môžu ocitnúť v situácii tzv. **konfliktu záujmov**, kedy ohľad na ich potenciálny alebo skutočný osobný prospech by mohol nežiaducim spôsobom ovplyvniť ich rozhodovanie vo veciach verejného záujmu, ktoré im boli zverené (napr. rozhodnutia o objednávaní, predpisovaní, registrovaní alebo kategorizovaní liekov).

Blížšia analýza spomínaných procesov a javov ďaleko presahuje rámec tohto príspevku. Na tomto mieste azda postačí uviesť všeobecne známu skutočnosť, že niektoré **marketingové aktivity** v praxi dosiahli v minulosti rozmery, ktoré ďaleko presiahli rozumnú mieru – a nevyhli sa rôznorodému **korupčnému pôsobeniu** (nezriedka deformujúcemu základné vzťahy a aktivity v danom zdravotníckom systéme). Viedli tak miestami aj k zníženiu kvality zdravotnej starostlivosti, plytvaniu obmedzených, či nedostatkových zdrojov, ba dokonca k ohrozeniu zdravia pacientov (až po niektoré preventabilné liekové katastrofy). Z týchto dôvodov sú dnes marketingové aktivity v oblasti zdravotníctva v centre mnohorakej pozornosti, čo sa však, bohužiaľ, tiež nezaobchádza bez početných pomýlení, deformácií a paradoxov. Na až všeobecne rozšírené neetické marketingové pôsobenie napokon **dopláca samotný pacient** (finančne, ale nezriedka aj svojím zdravím). Mnohé odhalené škandály z tejto oblasti spôsobili **narušenie dôvery** verejnosti nielen voči komplexu vývoja a výroby zdravotníckych prostriedkov (osobitne liekov – „zlý farma biznis“), ale aj voči lekárom a iným zdravotníckym pracovníkom.

Tieto **postoje nedôvery** a verejného obviňovania – odhliadnuc od spomínaných skutočností – sú však niekedy verejnosti účelovo podsúvané nielen v rámci politického boja v oblasti zdravotnej politiky, ale aj osobami, výrobcami a distribútormi z oblasti tzv. **alternatívnej medicíny**, ktorá už v súčasnosti predstavuje široko rozvinutý, samostatný „biznis“ (s miliardovými obrátmi) so zúfalstvom, neistotou a dôverou pacienta. Príkladom sú rôzne, niekedy až bizarné liečiteľské metódy, ktoré sú jasne za hranicou súčasnej medicíny – alebo v priamom protiklade k nej (napr. homeopatia, „urinoterapia“, reiki atď.). Z tohto prostredia sa viedla na Slovensku aj veľmi nebezpečná kampaň proti systému pravidelného (po-vinného) očkovania (vyvrcholila v rokoch 2011 – 2014 až kauzami na Najvyššom súde a na Ústavnom súde SR). [14] Je v priamom rozpore s lekárskou etikou, keď sa lekár podieľa na takýchto liečiteľských aktivitách.

Na druhej strane treba patrične odlišiť postupy tzv. **komplementárnej medicíny**, ktoré sa zvyčajne zakladajú na racionálnom princípe a nikdy nejdú proti správne indikovaným medicínskym postupom (napr. fytooterapia).

Situáciu bolo prakticky vo všetkých krajinách potrebné riešiť všeobecne záväznými **právnymi predpismi** – najmä zákonmi, ktoré regulujú zaobchádzanie s liekmi, zdravotníckymi pomôckami, individuálne používanými prístrojmi (napr. respirátory, separátory kyslíka) (v Slovenskej republike osobitne zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a zákon č. 363/2011 Z.z. o podmienkach a rozsahu úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín), vrátane marketingových aktivít a reklamy (v Slovenskej republike najmä zákon č. 47/2001 Z.z. o reklame v znení neskorších predpisov).

Okrem spomínaných legislatívnych a iných aktivít na úrovni hlavných regulátorov zdravotníckeho systému (vláda, parlament), si však situácia z rôznych dôvodov vyžiadala aj určité

samoregulačné aktivity, a to jednak na strane **výrobcov** a dodávateľov (distribútorov) liekov a iných zdravotníckych prostriedkov – a tiež na strane **lekárov** a iných zdravotníckych pracovníkov, ktorí by sa za určitých okolností mohli ocitnúť v konflikte záujmov. Tieto aktivity smerovali k spracovaniu a prijatiu zásad etického konania a správania v tejto oblasti.

Na **medzinárodnej** úrovni je potrebné spomenúť najmä spoločnú aktivitu medzinárodných združení patientskych organizácií, lekárov a farmaceutického priemyslu, ktorá viedla k prijatiu spoločného dokumentu *Konsenzuálny rámec etickej spolupráce medzi patientskymi organizáciami, zdravotníckymi pracovníkmi a farmaceutickým priemyslom* (bližšie [20]).

Aj v **Slovenskej republike** boli zaznamenané viaceré pozitívne iniciatívy, príkladom môže byť *Spoločné vyhlásenie Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS) a Slovenskej asociácie farmaceutických spoločností zameraných na výskum a vývoj (SAFS) „Etické správanie je našou prioritou“* (2006).

2.5 Vzťah lekár – zdravotné poisťovne [10]

V rámci zdravotníckeho systému v Slovenskej republike (SR) sprostredkujú tok **verejných finančných zdrojov** od ich zdroja k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti zdravotné poisťovne (ZP). Tieto financie prichádzajú do ZP na základe platnej legislatívy od pracujúcich občanov cestou povinných odvodov na zdravotné poistenie alebo prostredníctvom transferov zo štátneho rozpočtu za ostatné kategórie občanov. Otázka dobrovoľného zdravotného pripoistenia zatiaľ v SR nenadobudla väčší praktický význam.

Vzájomné vzťahy medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a ZP v SR sú z mnohorakých príčin nezriedka **rozporuplné**. Hlavným praktickým problémom sa javí skutočnosť, že ZP pomerne často neuhradia poskytovateľom výkony skutočne poskytnutej, nevyhnutnej starostlivosti, resp. že takúto starostlivosť vopred v potrebnom rozsahu „nezazmluvnia“ (nenakúpia) (tzv. limity). Tým sa poskytovatelia dostávajú do **finančnej straty**, respektíve do situácie, kedy niet prostriedkov na obnovu nevyhnutnej infraštruktúry, technického vybavenia, na potrebnú modernizáciu a rozvoj. Trpí aj mzdová a personálna politika, čo spôsobuje nespokojnosť zdravotníckych pracovníkov a tiež nezanedbateľný odliv kvalifikovaných ľudských zdrojov do zahraničia. V dôsledku tohto nežiaduceho vývoja sa postupne znižuje kvalita a dostupnosť poskytovanej starostlivosti.

Primárny problém **nedostatku financií**, alokovaných politickými rozhodnutiami na úrovni parlamentu (štátny rozpočet) alebo vlády (rozpočet rezortu zdravotníctva) do zdravotníckeho systému sa (niekedy azda aj zámerne) prenáša do spomínaných rozporov. Na druhej strane sa však aj dnes stretávame u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, častejšie v štátnom sektore, s neracionálnym využívaním existujúcich verejných zdrojov, plytvaním, predraženým obstarávaním prístrojov a služieb, kupenciou – a inými **negatívnymi javmi**, ktoré situáciu ďalej zhoršujú. Vyskytujú sa aj prípady (je možné, že sú početnejšie, ako sa verejne pripúšťa), kedy lekári a iní zdravotnícki pracovníci alebo zdravotnícke zariadenia a iné organizácie **klamľivo vykazujú** ZP na úhradu výkony, ktoré v skutočnosti nere realizovali. Ani jedna, ani druhá situácia nie je v súlade s elementárnymi etickými požiadavkami – či už etiky politiky a správy vecí verejných, alebo profesijnej etiky lekára (zdravotníckeho pracovníka).

Lekár (zdravotnícky pracovník) sa niekedy dostáva do paradoxnej situácie, kedy je nespravodlivo, dokonca **verejne vy-dieraný** vzhľadom na všeobecne známe požiadavky jeho profesijnej etiky („veď skladal Hippokratovu prísahu“; „on/ona ako lekár/ka musí to alebo ono“). Pritom pôsobenie iných profesií (manažéri, ekonómovia, politici, finančníci, obchodníci atď.), hoci má neraz priamy, niekedy kľúčový vplyv na základné podmienky fungovania zdravotníckeho systému či daného zdravotníckeho zariadenia, takémuto „etickeému

hodnoteniu“ nepodlieha (títo „prísahu neskladali“ a teda „nemusia“ sa správať/konať eticky (!)).

Etický postoj lekára/zdravotníckeho pracovníka vo vzťahoch so ZP teda znamená aj pravdivé vykazovanie výkonov poskytnutej zdravotnej starostlivosti, avšak zároveň aj jeho angažované úsilie o nápravu existujúcich deformácií a nespravodlivosti (napríklad už pri dojednávani zmluvy so ZP). Môže tak urobiť napríklad cestou **profesijných združení** (komory, asociácie, vedecko-odborné spoločnosti), patričnej verejnej prezentácie problematických skutočností, ako aj vhodnými mediálnymi a politickými prostriedkami. Na význame v ostatnom čase nadobúda dobrá spolupráca lekára s **organizáciami pacientov**.

2.6 Vzťah lekára k sebe samému [31]

Súčasťou profesijnej etiky lekára (zdravotníckeho pracovníka) je aj správny vzťah – a povinnosti voči sebe samému. Nielen preto, že naplnením lekárskeho (zdravotníckeho) povolania by mal byť plnohodnotný, šťastný život (prvotné poslanie etiky – rozumové hľadanie správneho, dobrého, šťastného života). Ale lekár (zdravotník) by mal byť takým/tým, akým/kým má byť aj **kvôli svojim pacientom**. Hovoríme o jeho kladných vlastnostiach, schopnostiach, charaktere, o profesijných cnostiach (etika cností – pozri vyššie, bod 1).

Nezriedka sa zabúda na to, že medzi povinnosťmi lekára (zdravotníka) patrí aj **starostlivosť** o svoje **vlastné fyzické a duševné zdravie** – a v prípade choroby alebo pochybností má povinnosť vyhľadať príslušnú zdravotnú starostlivosť, konzultáciu. K tomu patrí aj povinnosť primeraného oddychu (napr. po nočnej službe, primeraná dovolenka) a primerane striedneho, zdravého spôsobu života. Ide aj o to, aby bol lekár (zdravotník) v službe vždy primerane fyzicky a duševne komponovaný, spôsobilý pre svoju prácu. Únava, vyčerpanosť a zlý zdravotný stav sú medzi známymi spolupôsobiacimi príčinami lekárskeho chýb a omylov. U lekárov v dôchodkovom veku je zákonom stanovená povinnosť podrobiť sa lekárskej prehliadke ohľadom zdravotnej spôsobilosti na výkon povolania. V žiadnom prípade sa k nej nesmie pristupovať „formálne“.

Lekár (zdravotník) by mal viesť **plnohodnotný, pekný život**. Mal by byť vo svojom prostredí prirodzeným vzorom kladných morálnych postojov, statočnosti, dôveryhodnosti a občianskych cností. Je smutné, ak lekár (zdravotník) podlieha nezdravým návykom a zlovykom (fajčenie, nadmerný konzum alkoholu, zavinene nezdravý spôsob života atď.) – podkopáva tým dôležitú súčasť svojej medicínskej (zdravotníckej) praxe: možnosť presvedčivej pozitívnej edukácie a vedenia pacientov k zdravému spôsobu života.

Lekárska (zdravotnícka) profesia patrila v minulosti medzi najdôveryhodnejšie, **mienkotvorné povolania** – aj kvôli „puncu“, ktorý jej v očiach verejnosti dávali vysoké a v praxi rešpektované nároky profesijnej (lekárskej/zdravotníckej) etiky. Mnohé vonkajšie vplyvy a negatívne javy tento obraz lekárskeho (zdravotníckeho) povolania vo verejnosti narušili. Náprava však musí prísť predovšetkým z radov a úsilím lekárov (zdravotníkov) samotných.

2.7 Lekár a etické komisie

Etické komisie sú nezávislé, multidisciplinárne skupiny odborníkov a osôb bez medicínskej alebo vedeckej kvalifikácie (tzv. laikov), ustanovené za účelom riešenia etických problémov, ktoré vznikajú v medicínskej (ošetrovateľskej) praxi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (*komisie pre klinickú (bio)etiku*) a tiež pri plánovaní a realizácii projektov biomedicínskeho výskumu (vrátane klinického skúšania liečiv a zdravotníckych pomôcok) (*etické komisie pre (biomedicínsky) výskum*). [11, 13]

Etické komisie sa môžu a majú vyjadrovať z etického hľadiska aj k rozhodnutiam a postupom zdravotnej politiky na jed-

notlivých úrovniach jej tvorby, realizácie a riadenia (inštitúcia, región, štát).

Podľa v súčasnosti platnej legislatívy (zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti) existujú v Slovenskej republike viaceré typy etických komisií (**Tab. 2**).

Tab. 2 Typy etických komisií v Slovenskej republike [11]

- **Etická komisia** Ministerstva zdravotníctva SR (predtým „Centrálne etická komisia“, ustanovená v roku 1990; od počiatku i v súčasnosti má postavenie a plní úlohy tzv. „národnej etickej komisie“). Medzi jej hlavné úlohy patrí: poskytovanie konzultácií ministerstvu, ako aj iným ústredným štátnym orgánom vo veciach biomedicínskej etiky, vypracovávanie zásadných stanovísk k bioetickým problémom celospoločenského dosahu, pripomienkovanie legislatívnych návrhov a vybraných koncepcných textov zdravotnej politiky, konzultačná činnosť a metodické vedenie práce miestnych a regionálnych etických komisií, medzinárodná spolupráca a reprezentácia SR v problematike biomedicínskej etiky v príslušných európskych alebo globálnych grémiách ai.
- **Regionálne etické komisie**, zriadené na úrovni vyšších územných celkov (VÚC). Ich úlohou je riešenie závažnejších etických problémov vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a odbornou-metodické usmerňovanie práce miestnych etických komisií na území VÚC. V oblasti biomedicínskeho výskumu sem spadá predovšetkým posudzovanie výskumných projektov a klinického skúšania realizovaného v zariadeniach ambulantnej starostlivosti na území VÚC, ako aj projektov multicentrického biomedicínskeho výskumu (klinického skúšania).
- **Miestne etické komisie** zriaďujú riaditelia zdravotníckych zariadení na riešenie etických problémov vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a na posudzovanie etickej (a vedeckej) prijateľnosti výskumných projektov a klinického skúšania realizovaného v danom zdravotníckom zariadení (a následné monitorovanie priebehu schválených výskumných projektov, či klinického skúšania). Hlavným poslaním etických komisií pre biomedicínsky výskum je ochrana dôstojnosti, integrity, práv a oprávnených záujmov osôb, ktoré sa daného projektu, či klinického skúšania zúčastňujú (či už pacientov alebo zdravých dobrovoľníkov). Tieto komisie dohliadajú aj na rešpektovanie etických princípov uplatňujúcich sa pri príprave a realizácii, ba i pri vyhodnocovaní a publikovaní výsledkov výskumu, klinického skúšania (vrátane prevencie neetickeho správania – napr. vzniku vedeckého podvodu, a dodržiavania princípov *Správnej vedeckej praxe*).

Požiadavky na prácu etických komisií, ktoré posudzujú protokoly **klinického skúšania** produktov a liekov podľa zásad *Správnej klinickej praxe*, upravujú aj príslušné ustanovenia zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a súvisiace právne predpisy. Významné zmeny prinesie nová európska legislatíva – *Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 536/2014 zo 16. apríla 2014 o klinických skúšaníach liekov na humánne použitie, ktorým sa zrušuje smernica 2001/20/ES*. [25]

Lekár – pneumológ sa s problematikou etických komisií môže stretnúť v rôznych prípadoch – napríklad: ako člen etickej komisie sa môže priamo podieľať na jej činnosti; môže sa obrátiť na etickú komisiu so žiadosťou o stanovisko/konzultáciu ku konkrétnemu problému vo svojej praxi (pomoc pri riešení etického konfliktu/dilemy – zvyčajne prípadu so závažnou medicínsko-etickou problematikou, pri rozporoch v názoroch na morálne/eticke aspekty problému medzi jednotlivými zúčastnenými stranami (ošetrojúci tím, pacient, príbuzní atď.); ako zodpovedný riešiteľ môže etickej komisií

prezentovať svoj výskumný projekt; ako zodpovedný skúšajúci – expert môže sa zúčastniť prezentácie protokolu klinického skúšania pred etickou komisiou svojho zdravotníckeho zariadenia a podobne.

3. Etika výskumu v pneumológii

Biomedicínsky výskum je vysoko odborná a cieľavedomá činnosť, zameraná na získanie nových biologických a medicínskych poznatkov, s cieľom ich využitia na ochranu, prinavrátenie alebo zlepšenie zdravia človeka (ako jednotlivca i ako člena určitej populačnej skupiny). Je zásadnou podmienkou pokroku v medicíne a v konečnom dôsledku má umožniť zlepšenie a zefektívnenie zdravotnej starostlivosti. [22]

Okrem etických princípov platných pre oblasť výskumu vo všeobecnosti (*etika výskumu, etika výskumného pracovníka*), platia pre biomedicínsky výskum aj ďalšie závažné etické požiadavky, ktoré súvisia s ochranou dôstojnosti, života, zdravia, integrity, identity, práv a oprávnených záujmov ľudských osôb (účastníkov výskumu), ktoré sa danému výskumu podrobujú.

Keďže pred uskutočnením výskumu nepoznáme všetky okolnosti a ovplyvňujúce faktory skúšaného javu (napr. všetky vlastnosti nového liečiva) (tzv. *princíp neurčitosti*), je každá účasť vo výskume spojená s určitou mierou rizika. Zásadnou etickou požiadavkou je, aby miera tohto rizika, ako aj miera záťaž a podstupované nepohodlia boli pre účastníka výskumu prijateľné (podľa možnosti „minimálne“).

Posúdenie etickej akceptovateľnosti/prípustnosti daného výskumu/klinického skúšania je úlohou etickej komisie (viď vyššie – bod 2.7). [11] **Bez kladného stanoviska etickej komisie nemožno v SR začať žiaden biomedicínsky výskum, ani klinické skúšanie** (išlo by až o trestný čin!).

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

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

V súčasnosti najvýznamnejším, medzinárodne rešpektovaným kódexom etiky biomedicínskeho výskumu je **Helsinská deklarácia** Svetovej asociácie lekárov (WMA), prijatá v roku 1964 v Helsinkách a dosiaľ posledný raz revidovaná v 2013. Názov deklarácie dobre vyjadruje jej obsah – *“Etické smernice pre lekárov vykonávajúcich biomedicínsky výskum”*. Z celého radu ďalších etických kódexov spomeňme ešte aspoň *“Etické smernice pre vykonávanie biomedicínskeho výskumu s účasťou ľudských subjektov”*, ktoré v roku 1982 za širokej medzinárodnej účasti a po rozsiahlej diskusii vypracovala *Medzinárodná asociácia organizácií medicínského výskumu (CIOMS)*. Dosiaľ posledná revízia týchto pomerne podrobných etických smerníc, ktorá opäť odráža výsledky širokej medzinárodnej diskusie, je z roku 2002. Pre oblasť epidemiologických výskumov tá istá organizácia vypracovala *“Medzinárodné smernice pre etické hodnotenie epidemiologických štúdií”* (1991).

Právne podmienky pre vykonávanie biomedicínskeho výskumu, ktoré – ako sme už uviedli, do istej miery odrážajú prevládajúce etické postoje spoločnosti k danej problematike –

upravujú príslušné zákonné predpisy. V SR ide najmä o zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti (najmä § 5, §6, §26 – 34) a nadväzujúce právne predpisy.

Oblasť klinického skúšania liečiv upravujú aj príslušné ustanovenia zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach (najmä §29 – 45). Tu však, ako sme už uviedli, priniesie veľmi významné zmeny nová európska legislatíva – *Nariadenie č. 536/2014 zo 16. apríla 2014 o klinických skúšaní liekov na humánne použitie*. [25] V súčasnosti sa už začali prípravy na plné zosúladienie právnych predpisov Slovenskej republiky s týmto priamo záväzným nariadením (jeho plné uplatnenie v praxi sa očakáva v roku 2016, avšak môže sa v čase posunúť dopredu i dozadu).

4. Etika a ekonomika zdravotnej starostlivosti

Rastúce požiadavky na disponibilné zdroje pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti a ich objektívne obmedzený objem priniesli v priebehu druhej polovice 20. storočia nové etické problémy súvisiace s pridelením finančných a iných prostriedkov pre zdravotnú starostlivosť – a to tak na úrovni celého zdravotníckeho systému (alebo zdravotníckeho zariadenia): etické problémy **makrolokácie** prostriedkov, ako aj pri zohľadňovaní ekonomického hľadiska pri rozhodovaní o ordonovaní diagnostického alebo liečebného postupu u konkrétneho pacienta: etické problémy **mikrolokácie**. [23, 28, 32]

I keď lekári a zdravotnícki pracovníci neraz poukazujú na to, že úroveň makrolokačných rozhodnutí je mimo rámca ich **etickej zodpovednosti** („tá je skôr v rukách politikov, vlády a parlamentu“) – a zároveň tvrdia, že rozhodnutia o mikrolokácii by v dennej praxi vlastne nikdy nemali prichádzať do úvahy (t.j. že pacient by mal vždy, za každých okolností dostať to, čo mu podľa čisto medicínskych kritérií patrí, resp. mal by dostať to najlepšie – „podľa súčasných poznatkov vedy“), je spomenutá etická problematika dennou realitou.

Ak si v tejto situácii lekár (zdravotnícky pracovník) chce pri výkone svojej povolania zachovať **morálnu/eticú integritu**, vrátane nenarušenej, spravodlivej lojality voči svojim pacientom, musí sa s týmito problémami aktívne zaoberať a primeraným spôsobom sa s nimi vo svojej praxi vyrovnáť, či každodenne znova vyrovnávať.

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

Príkladom takejto iniciatívy v oblasti racionálnej farmakoterapie sú v SR už od roku 1997 *Metodické listy racionálnej farmakoterapie*. Sú pripravované vopred určeným postupom za účasti odbornej verejnosti, reprezentovanej príslušnou odbornou spoločnosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti (je garantom odbornosti pre danú oblasť medicínskeho poznania) a zdravotných poisťovní pod oficiálnou gesciou Ministerstva zdravotníctva.

Uvedené etické aspekty sú ešte vypuklejšie pri zabezpečení zdravotnej starostlivosti o osoby zo **zraniteľných skupín** obyvateľstva. Ide o osoby sociálne alebo ekonomicky znevýhodnené alebo ohrozené (napr. azylanti, bezdomovci, nezamestnaní, príslušníci niektorých etnických skupín, zanedbaní, osamelo žijúci starší ľudia). Zdá sa, akoby „väčšinová spoločnosť“ mala pre tieto „nepohodlné“ skupiny ľudí čoraz menej pochopenia. Etika lekára (zdravotníka) ho má motivovať k tomu, aby bol schopný a ochotný v potrebnej miere posky-

tovať starostlivosť a pomoc aj ľuďom z týchto „neperspektívnych“ skupín. A keď je to potrebné, aby sa stal niekedy aj ich zástancom. Lekár je lekárom každého človeka, ktorý práve potrebuje jeho profesionálnu pomoc. (Aj keď občas mu to dá veru „poriadne zabráť“!)

Závažné etické otázky vznikajú ohľadom zabezpečenia zdravotnej starostlivosti pre osoby, ktoré si svojím rizikovým správaním alebo nezdravým životným štýlom priamo alebo nepriamo **poškodzujú svoje zdravie** (napr. fajčiari, používatelia omamných drog, alkoholici, sexuálne promiskuitné osoby; ľudia obézni, odmietajúci fyzický pohyb, nedodržiavajúci zásady správnej životosprávy, stravovania; pacienti nedodržiavajúci liečebný režim a diétu, neužívajúci odporúčané lieky a pod.). Použitie prostriedkov a zdravotníckych kapacít z obmedzených verejných zdrojov (zo „solidárneho balíka zdravotníckych služieb“) je v týchto prípadoch z etického hľadiska ťažšie zdôvodniteľné: odporuje napríklad etickému princípu *spravodlivosti*. Jednou z línií etickej argumentácie je poukázanie na zdravotné, sociálne i morálne škody, ktoré by pre danú spoločnosť vyplývali z nečinnosti (t.j. z neposkytnutia pomoci, neriešenia daného zdravotného, či verejno-zdravotníckeho problému). Inou líniou argumentácie je pripomenutie neodňateľnej ľudskej dôstojnosti (a práv) každého človeka – i človeka robiaceho chybné rozhodnutia, majúceho zlozvyky a závislosti, či človeka podstupujúceho alebo vyhľadávajúceho riziko. Uplatňujú sa tu napríklad etické princípy *dobročinnosti* (beneficiencie), *solidarity*. Podrobnejšia analýza presahuje rámec tohto textu.

5. Vybrané etické problémy pneumológa v klinickej praxi

5.1 Etické problémy spoločné s inými medicínskymi disciplínami

V súčasnej medicíne a zdravotníctve sú naďalej prítomné „večné“ **morálne/etické otázky**, s ktorými zápasili generácie lekárov a „zdravotníkov“ v priebehu minulých stáročí, či tisícročí. Viaceré z nich sme už spomenuli v predchádzajúcich častiach. Zvláštnosťou lekárskeho (zdravotníckeho) povolania je aj to, že je v princípe vždy aj morálnym/etickým úsilím a konaním. Preto je potrebné riešenia týchto problémov v praxi vždy znova aktualizovať a aplikovať. [1, 23, 26, 31, 33]

Okrem už vyššie spomínaných etických problémov, chceli by sme tu pripomenúť ešte aspoň tieto **aktuálne príklady**: dnes už veľmi dynamický vzťah lekára/zdravotníka a pacienta, jeho blízkych – problém pravdy a dôvery vo vzájomnej komunikácii; otázka dôveryhodnosti lekára/zdravotníka (aj v konfrontácii so „znalosťami Dr. Google univerzity“ (nekritické prijímanie suverénne prezentovaných, ale chybných informácií z internetu) alebo s rôznymi nezodpovednými šíriteľmi medicínskych dezinformácií); lojalita lekára/zdravotníka voči pacientovi (aj v kontraste s obmedzeniami a tlakom zo strany platcov, regulátorov a zdravotníckeho „manažmentu“); výkon zdravotníckeho povolania *lege artis* (v protiklade napríklad s „alternatívnou medicínou“, či nezodpovedným liečiteľstvom); kolegiálne vzťahy medzi zdravotníkmi (v situácii, keď vonkajšie sily i osobné a charakterové chyby tlačia na rozdelenie a vzájomné konflikty); vzťah medzi učiteľom a žiakom pri výchove nových generácií zdravotníckych pracovníkov; rozvíjanie odbornej úrovne zdravotníckeho povolania a napomáhanie pokroku medicíny; ochrana pacientov pred zneužitím ich dôvery a ťaživej zdravotnej situácie zo strany nekvalifikovaných osôb a organizácií, vrátane rozličných komerčných subjektov (napr. šarlatánstvo, alternatívna medicína, neúčinné prípravky, senzačné „bioenergetické“ diagnostické a/lebo liečebné (pseudo-)prístroje atď.); citlivosť zdravotníka/lekára na zdravotno-sociálne problémy svojho okolia a doby; postoj zdravotníka/lekára k rešpektovaniu a ochrane ľudského života od jeho počatia po prirodzenú smrť; problém sprevádzania a odbornej starostli-

vosti u ťažko chorého, či zomierajúceho pacienta; účinné tlázenie bolesti, liečba symptómov a zmiernovanie utrpenia chorých vhodnou symptomatickou, najlepšie však komplexnou, integrovanou paliatívnou liečbou.

Neobyčajný **pokrok** modernej medicíny a zdravotníctva však prináša aj mnohé **nové etické problémy**, ktoré súvisia s dosiaľ netušenými možnosťami celkom nových diagnostických a liečebných metód (a ich rizikami), nových prístrojov, *biotechnológií* a *nanotechnológií*, celulárnej a molekulárnej biológie a genetiky; s významnou komercializáciou súčasnej medicíny a zdravotníctva s dosiahnutím „ekonomického stropu“ pre zabezpečenie dostupnosti neustále vyvíjaných a ponúkaných diagnostických a liečebných možností; ako aj s prehlbujúcim sa *morálnym (etickým) pluralizmom* dnešnej (post)modernej spoločnosti a chýbaním spoločného antropologického a morálneho základu pre uspokojivé riešenie týchto narastajúcich problémov. [6, 8, 27]

Pneumológ sa zvyčajne priamo nestretáva s typickými etickými problémami nahromadenými **na začiatku ľudského života** (napr. problém morálneho statusu ľudského zárodka a plodu; asistovaná reprodukcia človeka; náhradné materstvo; génové manipulácie; selekcia ľudských zárodkov a plodov; starostlivosť o predčasne narodeného, prípadne o ťažko poškodeného novorodenca atď.). Môže sa však stretnúť s niektorými etickými problémami z oblasti *klinickej genetiky* (napr. problém genetického základu niektorých závažných chorôb (napr. mukoviscidóza), ich skríningu, problém starostlivosti o osoby s vysokým, **geneticky podmieneným rizikom** – a súvisiace otázky informovaného súhlasu, informovania tretích osôb, napr. pokrvných príbuzných alebo uvažovaného manželského partnera pacienta, či „nositeľa danej genetickej črty“; rešpektovanie „práva pacienta nebyť informovaný“ atď.). [27]

S očakávaným príchodom nových možností **génovej** alebo **bunkovej liečby** a ich uplatnením sa bude početnosť i závažnosť etických problémov z tohto okruhu ďalej zvyšovať (napr. problém bezpečnosti a dostupnosti génovej liečby, využitie somatických kmeňových buniek; otázka zákazu, či povolenia použitia kmeňových buniek z ľudských embryí, spojeného s problémom nenávratnej deštrukcie živých ľudských zárodkov, či azda až s riadeným, „účelovým“ počatím človeka – vytvorením ľudského embrya na „terapeutické“ alebo výskumné účely, alebo dokonca s klonovaním človeka). [5, 27]

Osobitnú kapitolu etických problémov prináša oblasť **konvergujúcich technológií** (definuje sa ako spoločné využitie biotechnológií, nanotechnológií, informačných technológií a vied o mozgu), ktorá prináša prekvapivé a účinné riešenia, ktoré boli dosiaľ nepredstaviteľné (napr. senzorké náhrady – „umelé oko“, „umelé ucho“, vysoko funkčné protézy končatín, implantovateľné prístroje zasahujúce do (pato)fyziologických, ale aj do psychických a nervových pochodov *in vivo* a mnohé iné). Jedným z prúdov v tejto oblasti je tzv. *kyborgizácia človeka* – intímne, dosiaľ nevídané spojenie človeka s (implantovateľným) počítačom, vrátane jeho napojenia na „internet“ budúcnosti. [7, 8]

V posledných desaťročiach narastajú aj snahy o „**zlepšenie človeka**“ (hnutie *trans-humanizmu* a *post-humanizmu*), ktoré sa nezdráhajú technickými a technologickými prostriedkami usilovať o zmenu „ľudskej prirodzenosti“ (toho, čo robí človeka človekom) (*antropotechnika*). Dosiaľ však nie je ani najmenšia zhoda, ktoré zmeny, vedúce k „post-človeku“, či „nad-človeku“ by boli skutočným dobrom (a na základe akých kritérií by sa to posudzovalo). [2, 8]

Úvahy o etických limitoch týchto nových skutočností presahujú rámec tohto textu.

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

narastajúcim tlakom na „ekonomizáciu“ medicíny a celej zdravotnej starostlivosti. [1, 3]

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

V tomto smere má zásadný význam a vysokú etickú hodnotu aj otázka štandardizácie a inovácie diagnostických a liečebných postupov, ich náležitej ekonomickej analýzy (napr. oblasť *farmakoekonomiky*), spojená s vypracovaním a implementáciou odborných odporúčaní (angl. *guidelines*) na národnej, prípadne na medzinárodnej úrovni (viď vyššie). O komplexný pohľad na túto problematiku a hľadanie inovatívnych riešení sa usilujú odborníci z okruhu **hodnotenia zdravotníckych technológií** (angl. *Health Technology Assessment – HTA*).

Zároveň s postupujúcou technizáciou medicíny a zdravotníctva, s rastúcimi diagnostickými i liečebnými možnosťami, intenzívnou „computerizáciou“ a hroziacou **dehumanizáciou** (odľudštením) a **depersonalizáciou** (odosobnením) zdravotnej starostlivosti (napr. reálne sa pracuje na konštrukcii robotov, ktoré by nahradili zdravotné sestry, ošetrovateľov – neskôr azda aj lekárov), zdravotnícky pracovník **nesmie stratiť** zo zreteľa samotného **pacienta**, jeho individualitu, dôstojnosť, oprávnené záujmy; rešpekt voči právam, identite, integrite a skutočnému dobru „celého človeka“, ktorý sa zveril do jeho starostlivosti. Tieto etické aspekty je potrebné rešpektovať aj pri tvorbe, uskutočňovaní a riadení verejných zdravotníckych programov. [1, 10]

Iným etickým problémom je objektívne narastajúca potreba starostlivosti o vekove **starších pacientov**, prípadne o pacientov s **chronickými, nevyliciteľnými** (ale neraz pomerne dobre liečiteľnými), alebo **malígnymi chorobami** (niekedy dokonca neprípustne označovaných ako „neperspektívni pacienti“). V mnohých z týchto prípadov dnešná medicína a zdravotníctvo nemôže poskytnúť vyliečenie (angl. *cure*), vždy sa však musí usilovať o poskytnutie primeranej odbornej starostlivosti (angl. *care*). Nikdy nesmie u pacienta rezignovať, alebo ho dokonca v jeho (zhoršujúcej sa) chorobe opustiť. Patričné zvládnutie symptomatickej, prípadne paliatívnej liečby nielen „pridáva život k rokom“ dlhodobo chorého pacienta, ale je aj zásadnou etickou požiadavkou. [4, 24, 29]

To zvláštnym spôsobom platí aj u početných pacientov s tzv. **funkčnými poruchami**, nezriedka spojenými s nie príliš sympatickou psychopatologickou symptomatológiou a správnym (napr. klinický obraz „somatizovanej neurózy“), ktorí neraz kladú veľké nároky na trpezlivosť, čas i na „etickú výbavu“ zdravotníkov.

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

Odmietanie tzv. dobrovoľnej **eutanázie** (úmyselné usmrtenie pacienta lekárom na žiadosť 'mentálne kompetentného' pacienta) (**Tab. 3**) a lekárskej pomoci pri samovražde neznamená rozhodnutie o aplikácii alebo pokračovaní tzv. **úpornej liečby** („liečebného“ postupu, ktorý pacientovi neprináša nijaký prospech, ale skôr iba predlžuje proces umierania, kto-

rý sa už začal, alebo zvyšuje, či predlžuje utrpenie pacienta, prípadne mu spôsobuje neprimeranú fyzickú alebo psychickú záťaž alebo zmrzačenie), ktorá sa i dnes, podobne ako za *Hipokratových* čias, považuje za neetickú (za „zlú medicínu“). Naopak, aj dnešný lekár alebo iný zdravotnícky pracovník musí byť schopný akceptovať **skutočnosť smrti** (svojej vlastnej – i smrti svojho pacienta) – a to skôr ako završenia a prirodzenej súčasť ľudského života, než ako iba nezmyselná „prehra“ medicíny, danej dnes dostupnou úrovňou medicínskeho poznania a technologických možností. Mravná integrita zdravotníckeho pracovníka i formát jeho osobnosti sa prejavujú v schopnosti a ochote sprevádzať pacienta (a nezriedka aj jeho príbuzných, či známych) na tomto neľahkom, ale zákonite prichádzajúcom úseku životnej cesty. [16, 21, 29]

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

Tab. 3 Eutanázia [12]

Podľa prítomnosti informovaného súhlasu pacienta sa rozlišujú nasledovné typy eutanázie:

- **dobrovoľná** – úmyselné usmrtenie pacienta lekárom na žiadosť 'mentálne kompetentného' pacienta,
- **nedobrovoľná** – vykonaná bez informovaného súhlasu pacienta,
- **násilná** – vykonaná napriek nesúhlasu pacienta.

Údaje klasickej *Remelinckovej správy* o eutanázii v Holandsku z roku 1991 dokumentujú výskyt všetkých uvedených typov eutanázie. „Dobrovoľný“ typ predstavoval približne 2300, „nedobrovoľný“ viac než 1000 pacientov z celkového počtu 118.000 úmrtí v danom roku a „násilný“ typ niekoľko desiatok pacientov. Počet prípadov lekárom asistovanej samovraždy bol približne 400. Ak sa brala do úvahy širšia definícia „úmyselného ukončenia alebo nezačatia život zachraňujúcej liečby, či už na žiadosť alebo bez žiadosti pacienta, vrátane podania letálnej dávky morfinu s úmyslom alebo „čiasťočným úmyslom“ ukončiť život pacienta“, počet pacientov, ktorí v Holandsku umreli v roku 1991 za uvedených okolností bol 23.350 (až 20%) zomrelých osôb. Zisťovanie sa opakovalo v roku 1995 a 2001. Získané údaje boli podobné, resp. vyššie (podrobnosti v príslušnej odbornej literatúre).

Rozlišovanie medzi tzv. **aktívnou eutanáziou** (smrť pacienta je výsledkom konkrétneho činu lekára – napr. podanie smrtiaceho lieku) a **pasívnou eutanáziou** (smrť pacienta je výsledkom úmyselného neposkytnutia život zachraňujúcej starostlivosti, výkonu) sa dnes už zväčša opúšťa. Z etického (i právneho) hľadiska ide v podstate o to isté: smrť pacienta je dôsledkom slobodného a úmyselného rozhodnutia lekára – a nie, ako v prípade nezačatia alebo upustenia od úpornej liečby, dôsledkom „prirodeného priebehu choroby“. Ilustratívnym príkladom je „eutanázia“ pacienta – diabetika predávkovaním („aktívna“) alebo nepodaním („pasívna“) inzulínu: v oboch prípadoch ide o zabitie, hoci klinický mechanizmus a jeho obraz sú odlišné (hypoglykemická verus ketoacidotická kóma).

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

liatívnej starostlivosti. Ochrana pacienta pred zbytočnou, úpornou liečbou je pre neho rovnako potrebná a užitočná, ako zabezpečenie všetkej potrebnej zdravotnej starostlivosti. Toto v princípe správne a potrebné rozhodnutie však vyžaduje – okrem rešpektovania príslušných medicínskych kritérií – aj čo najoptimálnejšiu, empatickú komunikáciu s pacientom a s jeho blízkymi, pre ktorého/ktorých je osobitne ťažké sa s takýmto rozhodnutím vyrovať a sa s ním stotožniť: niekedy ho totiž chápe/chápu ako „koniec všetkej nádeje“ (akoby „ortiel smrti“). Blízke osoby pacienta môžu dokonca trpieť *pocitmi viny*, že pre svojho drahého „neurobili všetko“, čo sa dalo, prípadne rôznymi typmi negatívnych emócií (a niekedy sa do tejto krízovej situácie prenáša aj ďalšia otvorená alebo skrytá osobná agenda zúčastnených). Jedným z dôvodov je dnes vo verejnosti chybná živěná pseudoviera vo „všemohúcnosť“ súčasnej medicíny a častá medikalizácia životných problémov („na všetko máme pilulku“). [21, 24, 29]

Závažnou príčinou deficitov v riešení existenciálnych problémov môže byť až systematické tabuizovanie **thanatologických otázok** (gr. *thanatos* – smrť; *thanatológia* – veda o posledných veciach človeka) [16], ich vytlačenie z verejného a osobného mentálneho priestoru v priebehu uplynulých desaťročí, a tiež v dnešnej masovej kultúre prezentujúcej ako ideál života ľudí „mladých, zdravých a bohatých“, „nesmrteľných“: súčasný človek nie je pripravený na riešenie ťažkých existenciálnych problémov, cíti sa nimi zaskočený, nezriedka je v takých životných situáciách bezradný. Môže sa potom stať obeťou rôznych šarlatánov alebo liečiteľov z okruhu tzv. alternatívnej medicíny, ktorí sú mu „schopní sľužiť všetko, čo mu žiaden lekár nie je schopný splniť“. Ide tu o eticky neprijateľný, bezohľadný obchod s ľudskou dôverou a zúfalstvom.

Pre lekára je veľmi dôležité primerane sa oboznámiť s dynamikou javov odohrávajúcich sa u pacienta v súvislosti s umieraním a smrťou, osobitne s jednotlivými štádiami, ktorými pacient typicky prechádza v procese vyrovnávania sa s vlastnou konečnosťou, s vlastnou smrťou, ako ich pôvodne popísala E. Kübler-Rossová (1957) [21]: šok – popieranie, zlosť, vyjednávanie, smútok – zúfalstvo, zmierenie. Umožní mu to lepšie pochopiť, očakávať i zvládať niektoré reakcie u pacienta, a tak účinnejšie pomôcť samotnému pacientovi i jeho blízkym.

5.2.4 Nezačatie alebo ukončenie umelej ventilácie

Závažnou etickou otázkou je **nezačatie** alebo **ukončenie** prístrojovej podpory alebo náhrady dýchania – **umelej ventilácie** pacienta vo veľmi ťažkom, terminálnom stave. Okrem pneumológie sa týka aj ďalších medicínskych odborov, ktoré sa zúčastňujú na starostlivosti o takého pacienta.

Ide o situáciu etickej dilemy, kedy na jednej strane je otázka **úpornej liečby** (viď vyššie) a **dystanázie** (tzv. zadržovaná smrť – chorému sa v danej chvíli nezmyselne aplikujú lieky alebo rôzne medicínske techniky (umelá ventilácia), ktoré sa snažia oddialiť (mnohokrát len na veľmi krátky čas) preukázateľne prichádzajúcu smrť pri veľmi nepriaznivom zdravotnom stave chorého) – a na druhej strane problém neposkytnutia „život zachraňujúcej“ (skôr iba život, resp. viac umiernenie predlžujúcej) starostlivosti: problém **eutanázie** (úmyselné ukončenie života chorého). V eticky správnom prípade je to, na tejto druhej strane, rešpektovanie nevyhnutného (v minulosti označovaného ako „prirodzeného“), respektíve súčasnými možnosťami medicíny primerane neovplyvniteľného **priebehu choroby**, vedúcej do terminálneho štádia a k smrti pacienta. [24]

Eticky o niečo jednoduchšiu situáciu predstavuje stav pacienta, u ktorého sa náležitým postupom preukázala **mozgová smrť** (smrť celého mozgu zisťovaná na úrovni súčasných poznatkov medicínskych vied v súlade s platnými právnymi predpismi). Rušiť pokoj mŕtveho nie je prípustné – a každá zdravotná starostlivosť sa ukončuje. Pochopiteľne, s výnimkou úkonov, ktorými sa preukazuje patričná úcta a starostlivosť mŕtvemu ľudskému telu (príprava na pohreb), ako aj s vý-

nimkou medicínsky indikovanej patologicko-anatomickej pitvy (v prípade nariadenia príslušnými orgánmi – aj súdno-lekárskej pitvy). Výnimku samozrejme predstavuje aj pokračovanie v resuscitačnej starostlivosti s cieľom zachovania životaschopnosti orgánov a tkanív pre účely transplantácie u **mŕtveho darcu**. [26]

U pacienta, kde **nie je mozgová smrť** prítomná a kde sa javí pokračovanie v umelej ventilácii ako výkon **úpornej liečby**, je situácia z medicínskeho, právneho i etického hľadiska zložitejšia. Navyše, každý pacient môže predstavovať – z rozličných dôvodov – aj samostatnú, osobitnú situáciu, ktorá si vyžaduje individuálny prístup a riešenie. Aj keď zodpovednosť príslušného ošetrojúceho lekára hľadať spolu s pacientom (ak je to možné), prípadne s jeho blízkymi (ak uvažujú a konajú v intenciách „najlepšieho záujmu pacienta“, čo nemusí byť vždy pravda) primerané, eticky akceptovateľné riešenie zostáva, vhodné je v takejto situácii požiadať o konzultáciu skúseného, patrične kvalifikovaného kolegu. V niektorých prípadoch je možnosť zvolania riadneho „lekárskeho konzília“ (ide o skupinu lekárov so zastúpením vopred určených odborníkov) v zmysle ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti (č. 576/2004 Z.z.). Vzhľadom k čoraz prehlbnejšiemu tímovému charakteru dnešnej zdravotnej starostlivosti (osobitne intenzívnej a reanimačnej) sa stáva zvyčajnou skutočnosťou diskusia, prípadne aj prijímanie podobných náročných rozhodnutí v rámci celého ošetrojúceho tímu. V osobitne zložitých situáciách je možnosťou predloženie prípadu a požiadanie o stanovisko miestnej **etickej komisie** (*etickej komisia pre klinickú (bio)etiku, nemocničná etická komisia*). [13]

Veľkou pomocou pri rozlišovaní a rozhodovaní vo vyššie uvedených medicínsky i eticky náročných prípadoch je existencia konsenzuálnych **odborných odporúčaní/smerníc** (angl. *guidelines*), ktoré stanovujú potrebné kritériá a náležitý postup. Vypracovávajú ich zvyčajne príslušné odborné spoločnosti v spolupráci s akademickými (aj bioetickými) inštitúciami, nezriedka aj za určitej účasti verejnosti (najmä v krajinách, kde je takáto verejná debata o eticky závažných otázkach už tradíciou). Na medzinárodnej úrovni je potrebné spomenúť *Smernice o rozhodovacom procese o medicínskych postupoch v situácii na konci života* (angl. *Guide on decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*), vypracované a prijaté Výborom pre bioetiku Rady Európy v novembri 2013. V podmienkach SR sa z iniciatívy viacerých odborných spoločností Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS) pripravuje publikovanie podobného (i keď stručnejšieho) dokumentu (pravdepodobne v priebehu roka 2015).

V niektorých krajinách existuje pre podobné prípady prax tzv. **predchádzajúcich dispozícií** pacienta (angl. *living will*). Ide o dokument, ktorý pacient preukázateľným spôsobom (najčastejšie pred notárom) overuje a stanoveným spôsobom ukladá (napr. v zdravotnej dokumentácii u svojho všeobecného praktického lekára, prípadne u inej poverenej osoby) a v ktorom sa vyjadruje k tomu, akú zdravotnú starostlivosť si praje, resp. nepraje v situácii, keď vzhľadom na svoj zdravotný a/lebo psychický stav nebude schopný o sebe rozhodovať. Nevýhodou takýchto dokumentov je zvyčajne chýbanie primeraného právneho rámca pre ich záväznosť, takže zvyčajne majú len odporúčajúci charakter – „berie sa na ne pri danom rozhodovaní zreteľ“, avšak lekár sa zvyčajne môže od nich odchýliť, keď koná v najlepšom záujme pacienta. V SR v súčasnosti takáto prax prakticky neexistuje a jej širšie zavedenie sa v dohľadnom čase neočakáva. [26]

V zahraničí sa množia prípady **súdnych procesov**, nezriedka priťahujúcich veľkú pozornosť médií a širokej verejnosti, v ktorých ide o **nezačatie** alebo **ukončenie liečby**, či inej zdravotnej starostlivosti, o ktorých oprávnenosti, potrebe, prípustnosti, či charaktere ako „úpornej“ liečby sa uplatňujú odlišné, rozporné stanoviská jednotlivých zúčastnených stránok: pacient, jeho blízki, prípadne zákonný zástupca alebo osoba poverená rozhodovaním za pacienta (angl. *surrogate decision-maker*), ošetrojúci lekár, či dnes už častejšie ošetrojúci tím.

5.2.5 Transplantácia pľúc

V pokročilých štádiách progresívnych bronchopulmonálnych chorôb alebo pri ťažkom poškodení štruktúry a funkcie respiračného systému z iných príčin (napr. geneticky determinované stavy, toxické poškodenia) môže byť medicínsky indikovaná **transplantácia pľúc**, v niektorých prípadoch spojená i s transplantáciou srdca. Vzhľadom na náročnosť samotného výkonu, prípravy pacienta i následnej starostlivosti – i vzhľadom na náročné organizačné a iné predpoklady, sa tento druh transplantácií dnes musí vykonávať výlučne na pracoviskách, ktoré s ním majú dostatočné praktické skúsenosti (odvíja sa od minimálneho počtu realizovaných výkonov ročne). Slovenskí pacienti sú v súčasnom období transplantovaní na transplantáčnych pracoviskách v zahraničí (správne indikovanú a vopred odsúhlasenú liečbu plne hradí zdravotná poisťovňa). Transplantačné centrum najskôr overuje správnosť indikácie výkonu u daného pacienta – a po splnení príslušných kritérií a podmienok ho zaraďuje na svoju čakaciu listinu. Okrem čisto medicínskych kritérií sa v každom prípade zvažujú aj etické aspekty. Oblasť transplantácií orgánov (a tkanív, buniek) je aj prísne právne regulovanou oblasťou (v SR ide najmä o príslušné ustanovenia zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a ustanovenia Naradenia vlády SR č. 20/2007 Z.z.).

Pri indikácii transplantácie ide o medicínsky i eticky náročné rozhodnutie, ktoré z **hľadiska pacienta** vždy musí zodpovedne zväžiť pomer očakávaného prínosu k rizikám samotného výkonu i k rizikám a úskaliam potrebnej potransplantačnej liečby a starostlivosti. Zároveň sa do úvahy zásadne berú osobný názor a postoje pacienta, čo sa premieta do procesu získania jeho slobodného a príslušne kvalifikovaného **informovaného súhlasu**. Predchádza mu tzv. úplné poučenie (podľa príslušných ustanovení zákona 576/2004 Z.z.). Náležitá ochrana práv a primeraných záujmov pacienta je tu dôležitou etickou požiadavkou, nakoľko pacient je vzhľadom na svoj nedobrý zdravotný stav vo výrazne závislom postavení a naplňa definíciu osoby zo zraniteľnej skupiny.

Pri transplantácii pľúc (prípadne spoločnej transplantácii pľúc a srdca) sa pochopiteľne môže použiť len orgán od **mŕtveho darcu**. Etické (i právne) požiadavky sú zamerané na ochranu potenciálneho darcu pred akýmkoľvek zneužitím alebo ujmom. Konštatovanie **mozgovej smrti** (smrti celého mozgu) sa vždy musí vykonať predpísaným postupom v súlade s platnými právnymi predpismi a medicínskym postupom *lege artis*. Diagnózu potvrdzuje *lekárske konzílium* určené podľa zákona. Stanovenie diagnózy mozgovej smrti musí byť personálne i procedurálne oddelené od rozhodnutia o darcovstve orgánov na transplantáciu.

Aj z hľadiska mŕtveho darcu (tkanív) a orgánov ide rovnako, ako u živého darcu o **akt darovania** (táto skutočnosť sa nie vždy dostatočne v tejto súvislosti vníma). V Slovenskej republike, podobne ako v mnohých iných krajinách, máme v dôsledku dlhoročného vývoja právneho systému i prevažujúcich etických/morálnych postojov k problematike transplantácií systém **predpokladaného súhlasu** s darovaním orgánov/tkanív od zomrelého. V praxi to znamená, že ak daná osoba za života preukázateľne neprejavila nesúhlas s darcovstvom, súhlas sa predpokladá (angl. *opting out system*). Zákon nevyžaduje súhlas príbuzných či blízkych osôb. V praxi sa však takýto súhlas (aj nad rámec zákona) žiada (z dôvodu nesúhlasu príbuzných mŕtveho – potenciálneho darcu sa u nás nerealizuje približne 10 – 15% odberov orgánov). Určitým nedostatkom tohto systému je naďalej relatívne nízka **informovanosť verejnosti** a chýbanie explicitného vyjadrenia potenciálneho darcu (existujú návrhy na položenie tejto otázky každému občanovi – napríklad pri vybavovaní občianskeho preukazu, s následným záznamom).

V krajinách s inou právnou tradíciou existuje systém **výslovného súhlasu** (angl. *opting in*) potenciálneho darcu: osoba za života urobí rozhodnutie, že v prípade svojho úmrtia chce

darovať orgány na transplantáciu (a nosí pri sebe príslušný preukaz darcu).

5.2.6 Pneumologická prevencia

Významnou úlohou pneumológie je v súčasnosti **preventívne pôsobenie**, ktoré je zamerané na predchádzanie vzniku, progresie a vzniku komplikácií závažných bronchopulmonálnych ochorení. Úspešná prevencia okrem medicínskych prínosov pre pacienta a spoločnosť (pre verejné zdravie) má zvyčajne aj pozitívny ekonomický dopad (spravidla mnohonásobne presahujúci vynaložené prostriedky na preventívne opatrenia). Jej etická/mravná hodnota je nesporná a veľmi vysoká.

Primárnou prevenciou sú snahy o zlepšenie životného a pracovného prostredia (prevencia zaprášenia, či toxického poškodenia pľúc inhalovanými škodlivinami), vakcinácia proti vybraným infekčným chorobám (povinná v detstve voči pertussis, invazívnym streptokokom a hemofilovým infekciám; v dospelosti dobrovoľná, osobitne v rizikových skupinách osôb – proti chrípke), a zvlášť široko založený boj proti fajčeniu – bohužiaľ, vo väčšine krajín sveta, vrátane SR, len málo úspešný. Sekundárnou prevenciou je včasné vyhľadávanie a liečba bronchopulmonálnych chorôb, s cieľom zabránenia alebo významného spomalenia ich progresie. Terciárna prevencia si kladie za cieľ zabrániť, prípadne včasne riešiť závažné, najmä život ohrozujúce komplikácie.

Záverom tohto stručného prehľadu možno konštatovať, že početné etické problémy, vynárajúce sa na širokom poli súčasnej pneumológie, si vyžadujú kontinuálnu pozornosť a odbornú etickú, ale predovšetkým osobnú morálnu reflexiu (uvažovanie) a konfrontáciu postojov a modelov konania a správania pneumológa v jeho každodennej praxi. Primeraná etická kompetencia pneumológa patrí dnes k dôležitým súčasťami jeho profesijného profilu.

Literatúra

1. ASHLEY BM, O'ROURKE KD. *Healthcare Ethics*. Georgetown University Press, Washington D.C. (USA), 2006, 352 s., ISBN: 9781589011168.
2. BOER T, FISCHER R. (Eds.) *Human Enhancement. Scientific, Ethical and Theological Aspects from a European Perspective*. Conference of European Churches, Brussels, 2013, 1st ed., 302 pgs, ISBN 2-88070-132-5.
3. BRADLEY P, BURLS A. *Ethics in Public and Community Health*. Routledge, London – New York, 2000, 208 s., ISBN: 0203170288 0415220556.
4. CARRASCO DE PAULA I, PEGORARO R. (Eds.) *Ageing and Disability*. Pontifical Academy for Life, Rome – Vatican, 2014, 1st ed., 292 pgs, ISBN 978-88-97830-33-7.
5. DIERICKX K, BORRY P. (Eds.) *New Challenges for Biobanks: Ethics, Law and Governance*. Intersentia, Antwerp – Oxford – Portland, 2009, 1st ed., 277 pgs, ISBN 978-90-5095-974-2.
6. FFORDE M. *Desocializácia. Kríza postmodernity*. Lúč VD, Bratislava, 2010, 384 strán, ISBN 978-80-7114-806-7.
7. FISHER E, JONES J, VON SCHOMBERG R. (Eds.) *Implementing the Precautionary Principle. Perspectives and Prospects*. Edward Elgar, Cheltenham – Northampton, 2006, 336 pgs, ISBN 1-84542-702-5.
8. GASTMANS CH, DIERICKX, NYS H, SCHOTSMANS P. (Eds.) *New Pathways for European Bioethics*. Intersentia, Antwerpen – Oxford, 2007, 1st ed., 224 pgs, ISBN 978-90-5095-670-3.
9. GLASA, J. Praktický prístup k riešeniu etických problémov v ošetrovateľskej praxi. *Med. Etika Bioet.* 2000; 7(3-4): 6 – 13 (ISSN 1335-0560).
10. GLASA, J. Stručný prehľad biomedicínskej etiky pre pracovníkov vo verejnom zdravotníctve. *Med. Etika Bioet.* 2009; 16(1-2): 17 – 27.
11. GLASA J, GLASOVÁ M, KRČMÉRYOVÁ T, GLASOVÁ H. Etická komisia: typy, podmienky členstva, spôsob práce a hlavné oblasti činnosti – vybrané praktické aspekty. *Med. Etika Bioet.* 2011; 18(1-2): 21-26.
12. GLASA J, GLASOVÁ H. Etické otázky v pneumológii. In: Krištúfek et al.: *Pneumológia...* (v tlači).
13. GLASA J, GLASOVÁ M. Zasadnutie etickej komisie – praktické aspekty. *Med. Etika Bioet.* 2012; 19(1-2): 15-20.
14. GLASOVÁ H, MOLITORISOVÁ M. Etické otázky v súčasnej vakcinológii. In: OLEÁR,

V, KRIŠTÚFKOVÁ, Z., KLEMENT, C. a kol. *Vybrané kapitoly z vakcinológie I*. Vydavateľstvo PRO, Bratislava, 1. vyd., 2014, s. 259-281. **15.** HAŠKOVCOVÁ H. *Lékařská etika*. Galén, Praha, 2. vyd., 1997, 199 s., ISBN 80-85824-54-X. **16.** HAŠKOVCOVÁ H. *Thanatologie*. Galén, Praha, 2. vyd., 2007, 244 s., ISBN 978-80-7262-471-3. **17.** CHILDRESS JF, BEAUCHAMP TL. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York, 1. vyd. 1984, 6. vyd. 2008, 452 strán, ISBN-13: 978-0195335705 **18.** JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE W. *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 5. vyd., 2002, Mc-Graw-Hill, New York, ISBN 0071387633. **19.** Krištúfek et al.: Pneumológia..., (v tlači). **20.** Konsenzuálny rámec etickej spolupráce medzi patientskými organizáciami, zdravotníckymi pracovníkmi a farmaceutickým priemyslom (z anglického originálu Consensus Framework for Ethical Collaboration between Patients' Organizations, Healthcare Professionals and the Pharmaceutical Industry, Ženeva, 20. 1. 2014), pôvodný slovenský preklad J. Glasa a H. Glasová, *Med. Etika Bioet.* 2014; 21(3-4): 13-14. **21.** KÜBLER-ROSS E. *Hovory s umírajícími*. (z angl. orig. *On Death and Dying*. Přel. B. Dvořáček), Hradec Králové, Signum unitatis ve spolupráci s agenturou TMG, 1992. 135 strán. ISBN - 80-85439-04-2. **22.** MUNZAROVÁ M. *Lékařský výzkum a etika*. Grada, Praha, 2005, 120 strán, ISBN 80-247-0924-4. **23.** MUNZAROVÁ M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Grada, Praha, 2005, 153 strán, ISBN 80-247-1024-2. **24.** MUNZAROVÁ M. *Euthanasie, nebo paliativní péče?* Grada, Praha, 2005, 108 strán, ISBN 80-247-1025-0. **25.** Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 536/2014 zo 16. apríla 2014 o klinických skúšaníach liekov na humánne použitie, ktorým sa zrušuje smernica 2001/20/ES. *Úradný vestník Európskej únie*, 27.5.2014 (SK), L 158/1 - 76 (dostupné na <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=CELEX:32014R0536>) **26.** PEGORARO R, PUTOTO G, WRAY E. (Eds.) *Hospital Based Bioethics. A European Perspective*. Piccin, Padova, 1st ed., 2007, 178 pgs, ISBN 978-88-299-1841-6. **27.** PFLEIDERER G, BATTEGAY M, LINDPAINTER K. (Eds.) *Knowing One's Medical Fate in Advance. Challenges for Diagnosis and Treatment, Philosophy, Ethics and Religion*. Karger, Basel, 2012, 1st ed., VI + 122 pgs, ISBN 978-3-8055-9649-7. **28.** SELLIN J. *Access to Medicines. The Interface between Patents and Human Rights. Does One Size Fit All?* Intersentia, Cambridge - Antwerp - Portland, 2014, 1st ed., 493 pgs, ISBN 978-1-78068-247-1. **29.** SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*. Karmelitánské nakladatelství, Kotelná Vydří, 2011, 152 s., ISBN **30.** SVATOŠOVÁ M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Grada, Praha, 2012, 109 s., ISBN 9788024741079. **31.** SVETOVÁ ASOCIÁCIA LEKÁROV. *Průručka lékařské etiky*. (slovenský preklad), SLS Bratislava, 2008, 1. vyd., 134 strán, ISBN 978-80-8095-036-1. **32.** TOEBES B, HARTLEV M, HENDRIKS A, HERRMANN R. *Health and Human Rights in Europe*. Intersentia, Cambridge - Antwerp - Portland, 2012, 1st ed., 310 pgs, ISBN 978-94-000-0151-0. **33.** VÁCHA M, KÖNIGOVÁ R, MAUER M. *Základy moderní lékařské etiky*, Portál, Praha, 1. vyd., 2012, 304 s., ISBN 978-80-7367-780-0.

Dalšia literatúra u autorov.

Glasi J, Glasová H. **Etické problémy v súčasnej pneumológii. / Ethical Problems in Contemporary Pneumology. Med. Etika Bioet.** 2015; 22(1-2): 8-21.

Abstrakt

Práca prináša prehľad najčastejších etických problémov, s ktorými sa dnes stretáva lekár - pneumológ a jeho spolupracovníci pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom s pľúcnymi chorobami. Po stručnom všeobecnom úvode, v ktorom autori preberajú základnú terminológiu a kontext súčasnej klinickej bioetiky v pneumológii, sa pozornosť venuje etickým otázkam, ktoré sa objavujú v jednotlivých profesijných vzťahoch a odborných medicínskych činnostiach pneumológa: vo vzťahu k pacientom, k spolupracovníkom v ošetrovacom tíme, k výrobcam a distribútorom liekov a zdra-

votníckych prístrojov a pomôcok, k zdravotníckemu systému a zdravotným poisťovniam, k etickým komisiám, a tiež v jeho správnom vzťahu k sebe samému. Osobitné časti práce sú venované etike výskumu v pneumológii a vzťahom medzi etikou a ekonomikou pri rozhodovaní o poskytovaní potrebnej zdravotnej starostlivosti. Podstatná časť prehľadu sa potom venuje etickým otázkam, ktoré sa týkajú konania a rozhodovania pneumológa v klinickej praxi. Medzi inými sú to najmä: problematika liečby respiračnej insuficiencie a tiesne, otázky primeranej liečby pri progresii chronických pľúcnych chorôb a v pneumologickej onkológii, nezačatie alebo ukončenie medicínsky neindikovanej umelej ventilácie, paliatívna a terminálna starostlivosť v pneumológii, transplantácia pľúc a problémy pneumologickej prevencie. Autori konštatujú, že početné etické problémy, vynárajúce sa na širokom poli súčasnej pneumológie, si vyžadujú kontinuálnu pozornosť a odbornú etickú, ale predovšetkým osobnú morálnu reflexiu a konfrontáciu postojov a modelov konania a správania pneumológa v jeho každodennej praxi. Primeraná etická kompetencia pneumológa patrí dnes k dôležitým súčasťami jeho profesijného profilu.

Kľúčové slová: klinická etika, pneumológia, pneumológ, profesijné vzťahy, etické komisie, etika a ekonomika, paliatívna starostlivosť, primeraná liečba, pneumologická onkológia

Abstract

The paper brings an overview of the most common ethical issues that are faced nowadays by a physician - specialist in pneumology and his co-workers when providing care to the patients with pulmonary diseases. Following a brief general introduction, in which the basic terminology and context of contemporary clinical bioethics in pneumology are reviewed, the focus is on ethical issues that arise in various professional relationships and medical work of the pneumologist: in his/her relationships to the patients, his/her co-workers in a health care team, to the producers and distributors of medicinal drugs, medical devices and medical aids, to the particular health care system and health insurance companies, to ethics committees, and also in an appropriate relationship/attitude toward himself/herself. Particular parts of the paper are devoted to the ethics of pneumology research and to the relationships between ethics and economics in decision-making about providing the necessary health care. A considerable part of the paper deals afterwards with the ethical issues connected with conduct and decision-making of a pneumologist in his/her clinical practice. The following have been pin pointed among others: problems of treatment of a respiratory insufficiency and distress, appropriate treatment during the progression of chronic pulmonary diseases an in pulmonary oncology, withholding or withdrawing of the medically non-indicated artificial ventilation, palliative and terminal care in pneumology, lung transplantation, problems of prevention. Authors observe that numerous ethical issues arising within the broad field of contemporary pneumology do require a continuous attention, as well as both a professional, but even more an individual personal reflection and confrontation of the concrete attitudes and models of conduct of the pneumologist in his/her everyday's practice. An appropriate ethical competency clearly belongs today to important components of the pneumologist's professional profile.

Key words: clinical ethics, pneumology, pneumologist, professional relationships, ethics committees, ethics an economics, palliative care, appropriate care, pneumological oncology

Adresa pre korešpondenciu: Prof. MUDr. Jozef Glasi, CSc., PhD., Ústav farmakológie, klinickej a experimentálnej farmakológie LF SZU a Ústav zdravotníckej etiky FOaZOŠ SZU, Limbová 12 - 14, 833 03 Bratislava, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

STANOVISKO K NIEKTORÝM ETICKÝM ASPEKTOM TZV. NÁHRADNÉHO MATERSTVA

Subkomisia pre bioetiku Teologickej komisie Konferencie biskupov Slovenska

Subkomisia pre bioetiku Teologickej komisie Konferencie biskupov Slovenska sa na svojom zasadnutí dňa 8. novembra 2014 v Bratislave zaoberala náliehavými etickými otázkami, ktoré kladú veriaci i mnohí ľudia dobrej vôle vo veci tzv. náhradného materstva. V súčasnosti sa totiž vo verejnom, a osobitne v mediálnom priestore, tzv. náhradné materstvo často predstavuje v priaznivom svetle. Ponúka sa ako medicínska pomoc bezdetným párom, či už žijúcim v manželstve alebo mimo neho, alebo aj jednotlivcom, aby mohli do svojho prostredia prijať „vlastné dieťa“. Objavujú sa dokonca návrhy, aby sa táto neprijateľná medicínska a právna procedúra podľa príkladu niektorých štátov aj na Slovensku legalizovala, prípadne aby sa podporovala a ďalej rozšírila nekritickým prijatím zo strany nedostatočne informovanej verejnosti a použitím finančných prostriedkov z verejných zdravotníckych zdrojov.

Subkomisia sa po dôkladnom zvážení relevantných medicínskych faktov, a tiež celého radu závažných sociálnych, etických a právnych skutočností spojených s tzv. náhradným materstvom, rozhodla v súlade s doterajšími vyjadreniami Učiteľského úradu Katolíckej cirkvi (1 – 4, 6) vydať k veci toto stanovisko.

1. Tzv. **náhradné materstvo** (alebo zástupné, surrogátne materstvo; prepožičanie, prenájom maternice) je medicínsky postup, pri ktorom žena na základe predchádzajúceho dohovoru alebo zmluvy do svojho tela prijme ľudské pohlavné bunky alebo ľudské embryo či embryá, s úmyslom vynosiť a po pôrode odovzdať inej osobe alebo osobám narodené dieťa s cieľom osvojenia. Predstavuje závažné zneužitie medicíny, biomedicínskej vedy i práva. Z morálneho hľadiska ide o podvod, zneužitie a krivdu voči hlavným zúčastneným osobám: voči „sociálnym“, prípadne „genetickým“ rodičom dieťaťa, tzv. náhradnej matke, ako aj voči samotnému dieťaťu. Zároveň táto procedúra korumpuje a hlboko mravne poškodzuje lekárov, zdravotníckych pracovníkov či osoby z iných profesií, ktoré sa na nej zúčastňujú (napr. ošetrovatelstvo, farmácia, právo, manažment).

2. Voči tzv. **náhradnej matke** dieťaťa ide zvyčajne o morálne nepripustný vzťah zvecnenia, obchodovania (predaja) jej tela. Teda nielen o akýsi prenájom maternice, ale o komerčné zneužitie celého tela ženy, ktorá sa v celistvosti podieľa na všetkých procesoch a záťaži, súvisiacich s tehotenstvom. Po pôrode, keď má odovzdať dieťa ako očakávaný „produkt“ svojho tehotenstva jeho „sociálnym“ rodičom, prerušujú sa všetky prirodzené biologické, emocionálne, sociálne a ostatné sprievodné väzby, ktoré si žena – matka počas tehotenstva zvyčajne k dieťaťu vytvára. Niektoré biologické a psychologické väzby, ako vieme, nepominú po celý život tzv. náhradnej matky (aj keď nie sú vždy uvedomované). Krivda voči žene nosiacej akoby „cudzie“ dieťa, ktoré po pôrode musí odovzdať iným ľuďom, nie je menšia ani vtedy, keď to pomýlená žena robí z altruistických či iných zdanlivo dobromyseľných dôvodov a bezodplatne (napr. matka vynosiť dieťa dcére alebo aj naopak, partnerka partnerke, priateľka dvom partnerom atď.). V kontexte komerčného vzťahu ide vždy o hlboké poníženie ženy, ktoré predstavuje formu novodobého zotročenia, prostitúcie a obchodu s ľuďmi (ten sa týka rovnako tzv. náhradnej matky, ako aj jej dieťaťa).

3. Voči **„sociálnym“ rodičom** dieťaťa ide o klamstvo, resp. podvod v tom zmysle, že dieťa, ktoré cestou tzv. náhradného materstva dostanú do starostlivosti, vlastne nie je ich biologickým dieťaťom: biologicky ide o dieťa ženy, ktorá ho nosila pod srdcom. Nanajvýš, ak bolo dieťa počaté z ich vlastných pohlavných buniek, ide o dieťa, ktoré preberá od nich čiastočne (ak išlo aj o pohlavné bunky darcu) alebo úplne (ak išlo o pohlavné bunky oboch rodičov) len genetický základ („genetický“ rodičia): jeho biologické uskutočnenie, ako dnes čoraz hlbšie chápeme, je však vždy podstatne ovplyvnené životom, biologickými a inými vplyvmi organizmu tzv. náhradnej matky. Ako hovorí stará múdrosť: „Nie je jedno, ktorá žena dieťa nosila.“

Je tiež potrebné zdôrazniť, že túžba po vlastnom dieťati, ktorá sama osebe môže byť dobrá, z morálneho hľadiska neopravňuje nikoho uchýľovať sa k mravne neprijateľným prostriedkom na jej naplnenie. Tým menej k postupom, ktoré zahŕňajú nespravodlivosť a ubližovanie nevinným (tzv. náhradnej matke, počatému dieťaťu, zúčastneným zdravotníckym pracovníkom a iným). Túžba po dieťati nie je v žiadnom prípade „právom na dieťa“ – a nikto nemá povinnosť druhému takéto domnelé právo naplniť (3). Túto povinnosť nemá ani štát, medicína alebo zdravotnícky systém, a ani ich predstavitelia či pracovníci.

Budúci „sociálni“ rodičia, ktorí si objednávajú služby tzv. náhradnej matky, konajú tak v rozpore so základnými morálnymi princípmi slobodnej demokratickej spoločnosti (napr. zákaz obchodovania s ľuďmi, komercializácie ľudského tela, vykorisťovania, ponižovania a zneužitia osôb atď.), so všeobecne rešpektovanými ľudskými právami, ako aj v protiklade s oprávnenými záujmami tzv. náhradnej matky a nimi objednávaného dieťaťa. Navyše, často ide o zneužitie ťaživých ekonomických a sociálnych podmienok žien a rodín, z ktorých sa v chudobnejších krajinách alebo komunitách získavajú tzv. náhradné matky, či tzv. nízko-nákladové náhradné matky. Primárna zodpovednosť objednávateľov – budúcich „sociálnych“ rodičov dieťaťa – nie je nijako umenšená skutočnosťou, že sú nezriedka „obeť“ bezohľadnej reklamy a manipulácie.

4. Voči **dieťaťu** tzv. náhradnej matky ide o krivdu preto, že prichádza na svet počatím v nezvyčajných, niekedy až bizarných podmienkach, pričom dochádza k umelému, vopred plánovanému rozdeleniu medzi jeho genetickými, biologickými a sociálnymi rodičmi. Navyše, jeho počatie sa zvyčajne uskutočňuje niektorou z metód tzv. asistovanej reprodukcie (1 – 6). Táto rozporuplná situácia predstavuje pre dieťa závažné riziká z hľadiska jeho biologickej a psychickej identity, jeho osobnosti a ďalšieho zdravého vývinu. Ohrozuje aj právo dieťaťa pravdivo poznať svoj biologický pôvod. Dieťa v tomto kontexte – v príkrom rozpore s jeho dôstojnosťou, základnými ľudskými právami i s príslušnými etickými normami – vystupuje ako produkt, tovar, ktorého „výrobu“ si niekto objednáva, za ktorý sa platí a na ktorý sa, aspoň podvedome, vzťahujú aj iné skutočnosti a procedúry obvyklé vo výrobných alebo v obchodných vzťahoch (napr. „kontrola kvality“ či následná „reklamácia“). Ako názorne ukázali viaceré medializované prípady, spôsobuje to aj ďalšie, ťažko riešiteľné problémy (napr.: Čo s dieťaťom, ktoré sa narodí zdravotne postihnuté, prípadne čo robiť v situácii, keď budúci „sociálni“ rodičia zmenia názor alebo svoje vzájomné vzťahy – a objednané dieťa už nechcú prijať?).

5. Voči **obetovaným deťom**, teda tým ľudským bytostiam, ktoré sa v kontexte tzv. náhradného materstva síce umelo počali, ale neskôr sa neprenesú do maternice ženy, či už preto, že boli označené za chybné alebo za nadbytočné, alebo aj po prenesení do maternice ich vývoj nepokračuje a odumrú, spôsobuje tzv. náhradné materstvo nielen krivdu, ale nenapraviteľný zločin: pre prípadné narodenie jedného dieťaťa sa „obetujú“, zahynú mnohé iné (6).

6. Voči iným **osirelým deťom**, ktoré by mohli byť adoptované, ide o krivdu preto, že sa aj takto znižuje ich reálna možnosť dostať sa do adoptívnej starostlivosti a mať vhodnú rodinnú prostredie pre svoj vývin a dobrý štart do života, napriek nešťastnej situácii, do ktorej sa nevinne svojím osirením alebo opustením žijúcimi rodičmi dostali. Tolerancia či dokonca podpora danej spoločnosti vo vzťahu k produkcii (akoby) „vlastných detí“ pre záujemcov o služby tzv. náhradného materstva môže znížiť šance osirelých a opustených detí na nájdenie vhodných adoptívnych rodičov. Zároveň sa tým v nich a tiež v spoločnosti môže zakoreňovať vedomie, že sú „nechcené“.

7. Voči **spoločnosti** znamená presadzovanie či akákoľvek podpora tzv. náhradného materstva veľmi rizikové konanie. Je totiž v skutočnosti zameraná proti samotným základom jej sociálnej štruktúry a demokratického fungovania, s potenciálne závažnými mravnými, sociálnymi a právnymi dôsledkami. Javí sa ako nezodpovedný, komerčne motivovaný útok smerovaný proti zdravej rodine, manželstvu, rodičovstvu, materstvu. Ľudské, medicínsko-zdravotnícke, právne i finančné prostriedky, chybne smerované do oblasti tzv. náhradného materstva, by zákonite chýbali na zabezpečenie iných, naozaj prínosných a potrebných výkonov zdravotnej či sociálnej starostlivosti.

Z týchto dôvodov je povinnosťou každého kresťana i každého človeka dobrej vôle mať jasno v uvedených otázkach, zaobstarať si a poskytovať v rámci svojich možností náležité informácie o tejto veci vo svojom okolí, a tiež podporovať vhodnými prostriedkami účinné zabránenie uvedenia takýchto praktík do medicínskeho, zdravotníckeho či právneho prostredia na Slovensku. Osobitne dôležitá je v tejto oblasti úloha dobre informovaných pracovníkov masovokomunikačných médií, dnes predovšetkým osôb pracujúcich v prostredí internetu (odborné, popularizačné či rodinné webové stránky; blogosféra) a sociálnych sietí. Nezastupiteľnú úlohu ochrany spoločného dobra, ľudskej dôstojnosti a prirodzených práv každého človeka – občana pred nebezpečnými, nekalými praktikami a zneužitím, ako aj ochrany verejného, resp. štátneho záujmu, majú vláda a parlament Slovenskej republiky. Subkomisia vyzýva všetkých spomínaných činiteľov i všetkých ľudí dobrej vôle, aby sa podľa svojich možností, kompetencie a zodpovednosti zasadili za ochranu slovenského prostredia, našich rodín, osobitne však našich žien a dievčat pred spomínanými hrozbami fyzického, mravného a komerčného zneužitia.

V Bratislave 8. decembra 2014

Mons. Milan Lach SJ

predseda Subkomisie pre bioetiku TK KBS

Poznámky

1. Porovnaj Kongregácia pre náuku viery: Inštrukcia *Donum vitae* o rešpektovaní rodiaceho sa ľudského života a o dôstojnosti plodenia (z 22. 2. 1987), SSV Trnava, 1998, 81 strán, ISBN 8071622338, s. 56, II. 3: „*Je mravne dovolené tzv. náhradné materstvo? Nie je, a to z tých istých dôvodov, ktoré vedú k odmietaniu umelého heterológneho oplodnenia. Odporuje totiž jednote manželstva a dôstojnosti plodenia ľudskej osoby. Náhradné materstvo je objektívnym popretím záväzkov, ktoré vyplývajú z materskej lásky, manželskej vernosti a zodpovedného materstva. Uráža dôstojnosť a právo dieťaťa, aby bolo počaté, nosené v matkinom lone, prinesené na svet a vychovávané vlastnými rodičmi. Náhradné materstvo prehlbuje, a to na úkor rodín, oddelenie fyzických, psychických a mravných prvkov, na ktorých sa zakladajú rodiny.*“

2. Porovnaj Katechizmus Katolíckej cirkvi (1997), čl. 2376: „*Techniky, ktoré vylučujú spoločné rodičovstvo zásahom osoby, ktorá nepatrí k manželskej dvojici (darovanie spermy alebo vaječnej bunky, prepožičanie maternice), sú závažne nemorálne. Tieto techniky porušujú právo dieťaťa narodiť sa z otca a matky, ktorých pozná a ktorí sú medzi sebou spojení v manželstve. Zrádzajú výlučné právo manželov stať sa otcom a matkou iba jeden prostredníctvom druhého.*“ (dostupné na www.kbs.sk)

3. Porovnaj Katechizmus Katolíckej cirkvi (1997), čl. 2378: „*Dieťa nie je dlh, na ktorý možno mať nárok, ale dar. Najvznešenejším darom manželstva je nová ľudská osoba. Dieťa nemožno považovať za predmet vlastníctva, k čomu by viedlo uznanie domnelého „práva na dieťa“. V tejto oblasti má iba*

dieťa skutočné práva: právo byť plodom osobitného úkonu manželskej lásky svojich rodičov a aj právo byť rešpektované ako osoba už od chvíle svojej ho počatia.“ (dostupné na www.kbs.sk)

4. Porovnaj Kongregácia pre náuku viery: Inštrukcia *Dignitas personae* o niektorých otázkach bioetiky (z 8. 9. 2008), najmä č. 4 – 6, 8 – 10, 12, 14 – 16. (dostupné na www.kbs.sk)

5. Porovnaj Subkomisia pre bioetiku Teologickej komisie KBS: Vyhlásenie k problému oplodnenia v skúmavke (z 6. 11. 1999), Vyhlásenie k problému umelého oplodnenia (z 27. 1. 2001), Stanovisko o darcovstve pohlavných buniek (z 22. 4. 2012) (dostupné na www.kbs.sk)

6. Porovnaj Kongregácia pre náuku viery: Inštrukcia *Dignitas personae* o niektorých otázkach bioetiky (z 8. 9. 2008), č. 14, pozn. 27: „*Treba však poukázať aj na to, že vzhľadom na pomer medzi celkovým počtom vytvorených embryí a tými, ktoré sa skutočne narodia, je počet obetovaných embryí veľmi vysoký. ... V súčasnosti aj v najväčších strediskách umelého oplodnenia dosahuje počet obetovaných embryí viac než 80 %.*“ (dostupné na www.kbs.sk)

Text prevzatý z internetovej stránky KBS - <http://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-komisii-a-rad-kbs/c/stanovisko-k-aspektom-nahradneho-materstva>.

32. Kresťanská viera, pretože hlása pravdu o absolútnej Božej láske a otvára sa moci tejto lásky, dosahuje najhlbší stred skúsenosti každého človeka, ktorý prichádza k svetlu práve vďaka láske a je povolaný milovať, aby zotrval vo svetle. Prví kresťania, hnaní túžbou osvetľovať všetko, čo jestvuje Božou láskou, zjavenou v Ježišovi, a v snahe milovať touto láskou našli v gréckom svete a v jeho smäde po pravde vhodného partnera dialógu. Stretnutie evanjeliového posolstva s filozofickým myslením antického sveta sa stalo rozhodujúcim krokom, aby sa evanjelium dostalo ku všetkým národom a vytvorilo plodnú spoluprácu viery a rozumu, ktorá sa rozvíjala v priebehu storočí až do našich čias. Blahoslavený Ján Pavol II. vo svojej encyklike *Fides et ratio* ukázal, ako sa rozum a viera navzájom posilňujú. Keď nájdeme plné svetlo Ježišovej lásky, objavujeme, že v každej našej láske bol prítomný záblesk jeho lásky, a chápeme, čo bolo jej posledným cieľom. Skutočnosť, že naša láska nesie so sebou svetlo, nám súčasne pomáha vidieť cestu lásky smerujúcu k jej naplneniu v plnom darovaní sa Božieho Syna za nás. V tomto okružnom pohybe svetlo viery osvetľuje všetky naše ľudské vzťahy, ktoré možno žiť v spojení s Kristovou láskou a nežnosťou.

34. Svetlo lásky, vlastné viere, môže osvecovať otázky našich čias o pravde. Pravda sa dnes často zužuje na subjektívnu autenticitu jednotlivca, platnú len pre individuálny život. Spoločná, všeobecná pravda v nás vyvoláva strach, pretože si ju spájame s neúpros-ným diktátom totalitarizmov.

Ak je však pravda pravdou lásky a otvára sa v osobnom stretnutí s Iným a s druhými, potom sa vyslobodzuje z uzavretosti jednotlivca a môže sa stať súčasťou spoločného dobra. Pretože je pravdou lásky, nie je pravdou, ktorá sa násilne vnucuje, ani nepotláča jednotlivca. Keďže sa rodí z lásky, môže zasiahnuť srdce, osobný stredobod každého človeka. Z toho jasne vyplýva, že viera nie je neúpros-ná, ale rastie s polužitím, ktoré má v úcte druhého. Veriaci nie je arogantný. Naopak, pravda ho činí pokorným, uvedomuje si, že nie sme vlastníkmí pravdy, ale skôr ona objíma a vlastní nás. Istota viery nás nerobí ani strnulými, ale dáva nás do pohybu a umožňuje svedectvo a dialóg so všetkými.

Na druhej strane svetlo viery v jednote s pravdou lásky nie je cudzie materiálnemu svetu, pretože láska sa vždy žije v tele a duši. Svetlo viery je vtelené svetlo, ktoré prúdi z Ježišovho žiarivého života. Svetlo viery osvecuje aj hmotu, vkladá dôveru v jej poriadok, vie, že v nej sa otvára cesta harmónie a čoraz širšieho porozumenia. Pohľad viery je obohatením pre pohľad vedy. Vedca požíva, aby zostal otvorený realite v celom jej nevyčerpatelnom bohatstve. Viera prebúda aj kritický zmysel, keďže vede bráni vyhľadávať zadostučinenie vo vlastných formuláciách a pomáha jej pochopiť, že príroda je vždy väčšia. Tým, že viera podnecuje obdiv nad tajomstvom stvorenia, rozširuje horizonty rozumu, aby lepšie osvetlila svet, ktorý sa otvára vedeckému bádaniu.

Encyklika pápeža Františka *Lumen fidei*, 29.6.2013, text prevzatý zo stránky www.kbs.sk.

International conferences in Bratislava sponsored by the Council of Europe

Medzinárodné konferencie v Bratislave podporené Radou Európy

(1992 - 2014)

- Regional Czecho-Slovakia - Hungary - Poland Symposium – Contemporary Problems in Medical Ethics, Bratislava, January 3-4, 1992 (P)
- Council of Europe Conference – Teaching of Bioethics in Europe, Bratislava, November 23 - 25, 1993
- International Course in Bioethics and International Bioethics Conference – Health Care under Stress – Maintaining Integrity in Time of Scarcity, Bratislava, August 26 - 31, 1996
(with the Information and Documentation Centre on the Council of Europe, Bratislava) (P)
- International Conference – Convention on Human Rights and Biomedicine, June 25 – 26, 1999 Bratislava (on the occasion of the 50th anniversary of the Council of Europe) (Program DEBRA)
- International Bioethics Conference – Ethics Committees in Central & Eastern Europe, Bratislava, October 26 – 27, 2000 (Program DEBRA) (P)
- International Bioethics Conference – Ethics of Human Genetics: Challenges of the (Post) Genomic Era, Bratislava, October 23 – 24, 2002 (Program DEBRA) (P)
- International Conference – Clinical Ethics Support, Bratislava, November 18 – 19, 2004 (Program DEBRA) (P)
- 8th Conference of the Ministers of Health of the Council of Europe Member States – People on the Move: Challenges for Health and Human Rights, Bratislava, November 22 – 23, 2007 („Bratislava Declaration on Migration, Health and Human Rights“ adopted)
- Council of Europe Regional Conference – Oviedo Convention in Central and Eastern European Countries, Bratislava, September 24 – 25, 2009
(on the occasion of the 60th anniversary of the Council of Europe and the 10th anniversary of the entry into force of the Oviedo Convention) (Program DEBRA) (P)
- Regional International Bioethics Conference – Genetic Testing for Health Purposes in Central and Eastern Europe, Bratislava, May 29 – 30, 2014 (Program DEBRA) (P)

(P) – Proceedings published.

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. Medzinárodný, dvojjazyčný, 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 a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. International, bilingual, scientific – professional journal for medical ethics and bioethics. It is devoted to the broadest medical and health care professional public in the Slovak Republic and abroad. Journal pays special attention to the informational and educational needs of ethics committees' members. It aims to foster international exchange of information and dialogue in the field of medical ethics and bioethics. The journal publishes information on actual activities and events in the field of medical ethics and bioethics, original papers, review articles, important materials and documents, continuous course for ethics committees' members, letters to the editor and book reviews. Original research and review papers published in the journal are peer-reviewed and they must abide to the usual international standards. The journal was founded in 1994 by the Institute of Medical Ethics and Bioethics Foundation. During the early years of its existence, editing of the journal was related to the scientific and professional activities of the Institute of Medical Ethics and Bioethics, the joint centre of the Institute for Postgraduate Education of Health Care Professionals and the Faculty of Medicine of the Comenius University 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. Krčméryová, J. Labus¹, J. Matulník, J. Palaščík, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: M. Babál¹, A. Bajan, I. Duriš¹, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčméry ml., M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, M. Makai¹, E. Mathéová, M. Mojzešová, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský, J. Trizuljaková ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, NY), 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.: (00421) 905.208.146 ■ Registrované MK SR pod číslom 964/94. ■ Published by Charis a. s. Publishing House, Ipělská 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.