REVIEW

FILOZOFICKÉ VÝCHODISKÁ LEKÁRSKEJ ETIKY

Philosophical starting points of medical ethics

Mária Nemčeková

Vysoká škola v Sládkovičove, Fakulta verejnej politiky a verejnej správy

Summary

The author shows connections between philosophical starting points and identification of ethical problems associated with the medical practice. The Hippocrates concept of medicine was not only a moral change in the attitude to the patient and in the formulation of principles of non-malefficiency and beneficiency expressed in the known therapeutic idea: to cause no harm, to be helpful or at least not to be harmful. It particularly brought changes in ontology – by changing the concept of the disease and methodology – by the implementation of the causal criterion and searching for natural causes of the disease in disorders of somatic and mental relationships and also relationships to the external environment. Medicine was developed as a natural discipline and later also as a discipline oriented at natural science. The reflection and updating of ethical problems also correspond to this starting point and to understanding man. Enormous scientific, publication and control attention is being paid to ethical problems associated with the development of biomedicine and technical approaches to it, such as experiment with a human subject, interventions into the reproductive process, genetics, use of stem cells, transplantations, etc. Problems of the justification and conditions for preventing discrimination for any reasons are also being discussed. The least attention is being paid to ethical aspects of inter-human relationships including practical, informal implementation of patients' rights. Solution of moral dilemmas of physicians almost remains beyond the focus of interest. Special education in medical ethics including its humanitarian, anthropological (cultural and philosophical) orientation, discussion and exchange of knowledge concerning therapy with estimation of dignity or moderation of suffering also by non-pharmacological methods, as well as implementation of more numerous research studies aimed at ethical dilemmas of physicians could be helpful not only for patients but also for more considerable mental comfort of physicians.

Key words: philosophy – medical ethics – culture – values – moral dilemmas of physicians

Súhrn

Autorka poukazuje na súvislosť filozofických východísk s identifikáciou etických problémov, spätých s lekárskou praxou. Hippokratovská medicína nebola len morálnou zmenou prístupu k chorému a formulovaním princípov nonmaleficiencie a beneficiencie, vyjadrených v známej terapeutickej zásade: Neškodiť, pomáhať alebo aspoň neškodiť. Bola predovšetkým zmenou ontologickou – zmenou koncepcie ochorenia, metodologickou – uplatnením kauzálneho kritéria a hľadáním prirodzených príčin ochorenia v poruchách vzťahov somatického, psychického, ako aj vo vzťahu k vonkajšiemu prostrediu. Medicína sa vyvíjala ako naturálna, neskôr prírodovedná disciplína. Tomuto východisku a chápaniu človeka v ňom zodpovedá aj reflexia a aktualizácia etických problémov. Mimoriadna vedecká, publikačná pozornosť i kontrolná činnosť sa venuje

etickým problémom spätým s rozvojom biomedicíny a jej technizáciou, ako je experiment na ľudskom subjekte, zásahy do reprodukčného procesu, genetika, využívanie kmeňových buniek, transplantácie a i. Diskutujú sa aj otázky spravodlivosti a podmienky zabráňujúce diskriminácii z akéhokoľvek dôvodu. Najmenej pozornosti sa venuje etickým aspektom medziľudských vzťahov, vrátane praktickej, neformálnej realizácii práv pacientov. Riešenie morálnych dilem lekárov zostáva takmer mimo pozornosti. K zlepšeniu situácie nielen kvôli pacientom, ale aj v záujme väčšej psychickej pohody lekárov by prospela aj odborná príprava z lekárskej etiky, fundovanej aj humanitne, antropológiou (kultúrnou, filozofickou), diskusie a výmena poznatkov o liečbe s úctou k dôstojnosti či o zmierňovaní utrpenia aj mimofarmakologickými spôsobmi ako aj realizácia väčšieho počtu výskumných štúdií zameraných na etické dilemy samotných lekárov.

Kľúčové slová: filozofia – lekárska etika – kultúra – hodnoty – morálne dilemy lekárov

ÚVOD

Etické problémy v medicíne či v iných oblastiach života spoločnosti nevznikajú izolovane, aj keď sa etika považuje za samostatnú teoretickú disciplínu. Ak chceme lepšie chápať, prečo je nejaký jav morálnym problémom a hlbšie porozumieť etickým dilemám v medicíne, mali by sme vychádzať zo širších kultúrnych, historických a filozofických súvislostí. To znamená, zamýšľať sa predovšetkým nad tým:

- aké sú ontologické a epistemologické východiská – čo sa poznáva (dobová koncepcia človeka, ochorenia, nové problémy, nové hľadiská a záujmy);
- aké sú dominantné filozoficko-metodologické aktivity – ako sa poznáva, aké sú nové metódy, riešenia a interpretácie;
- a aká je etická reflexia týchto skutočností, čiže určité morálne vymedzenia praktickej činnosti, ktoré sú sekundárne, Aristotelom nazvané aj praktická filozofia, pretože sa týkajú nielen poznania, ale predovšetkým voľby a spôsobu konania.

Tak to bolo aj v prípade vzniku etických kódexov liečenia, ktoré historicky v našej aj v iných kultúrach patria medzi najstaršie. Nie je to náhoda ani rozmar starovekých mysliteľov. V našej kultúre bola Hippokratova prisaha ustanovená približne v 5. storočí pred n. l., ktoré bolo aj dobou Sokrata a Platóna vo filozofii, dramatika Sofokla a dobou rozkvetu antickej demokracie. Ustanovenie záväzných morálnych kritérií ako súčasť spisov známych pod názvom *Corpus Hippocraticum*¹ bolo dané skutočnosťou, že zdravie, choroba, ľudský život a jeho kvalita, umieranie a smrť, nie sú len určité stavy alebo procesy, chápané cez zorný uhol vedy, ale pre človeka sú

predovšetkým významnými hodnotami, podmienenými danou kultúrou.

Príroda alebo kultúra?

Historicko-filozofickým medzníkom, ktorý predznamenal vznik lekárskej etiky v našej kultúre, bol v 6. storočí pred n. l. tzv. epistemologický (poznávací) obrat. Približne 100 rokov pred dobou Hippokrata II., nazývaného aj otcom medicíny, sa poznávací záujem obracia od kozmu a prírody k človeku. Základná otázka, ktorú vtedy položili tzv. sofisti, znela: *Akého pôvodu sú ľudské záležitosti?* Sú determinované prírodnými zákonmi, ktoré človek môže poznávať, využívať, ale nie meniť? Alebo sú ľudské záležitosti určované aj kultúrou, zvykmi, dohodami, zákonmi, ktoré, ako dielo človeka, sú variabilné, ľudia ich môžu meniť, vyberať si medzi nimi a niest' za túto voľbu zodpovednosť? Zároveň bola filozofom Protagorom formulovaná myšlienka, že „*Človek je mierou všetkých vecí...*“ (Platon/II., 1990, p. 473), ktorá sa stala východiskom poznávacích, vedeckých a praktických aktivít v našej antropocentricky orientovanej kultúre. Jej aplikácia v súvislosti s rozvojom vied a technizáciou medicíny prináša v súčasnosti množstvo etických problémov. Aj keď tieto základné otázky o podmienenosti človeka boli nastolené pred viac ako 2 a pol tisíc rokmi, odpovede na ne sú stále aktuálne, keďže sa týkajú určenia zodpovednosti za správanie alebo konanie.

Určuje sa napríklad nepríčetnosť alebo príčetnosť človeka v čase spáchania nejakého činu. Ak jeho správanie bolo zapríčinené „fýsis“ (jej patológiou, psychopatológiou), ktoré nemohol ovplyvniť, nemôže niest' za svoje správanie ani zodpovednosť a následky v duchu morálky či podľa práva.

Rozlíšenie pôvodu správania môže byť dôležité aj z hľadiska liečby či prevencie. Podľa zdravotníckej štatistiky zaznamenávame v Slovenskej republike rastúci trend suicidality, ktorá bola v rokoch 2008 a 2009 najvyššia od roku 1996 (Samovraždy ..., 2010). Otázka znie, či je tento nárast spôsobený rastom či nedostatočnou kompenzáciou psychických porúch alebo odráža aj osobné a sociálne konflikty a neschopnosť ľudí riešiť rôzne sociálne formy utrpenia. Z hľadiska prevencie je dôležité rozlišovať príčiny samovraždy a samovražedných pokusov (patologický stav, dekompenzácia), ktoré majú svoj pôvod skôr vo fyziologických poruchách, a dôvody takéhoto správania (sociálne či osobné konflikty a problémy), ktoré sú veľkou mierou ovplyvnené spoločnosťou a kultúrou. Týmto zisteniam by mali zodpovedať aj intervencie a prostriedky prevencie, najmä miera medzi využívaním farmakoterapie a psychoterapie, či profesionálna pomoc aj pri riešení osobných a sociálnych problémov. Práve v ponímaní (príčiny, dôvody, terapia) duševných ochorení či psychických porúch dochádzalo k najväčším názorovým stretom, ak sa otázka postaví nesprávne, kontradiktórne – „príroda alebo kultúra?“. Príkladom môže byť hnutie tzv. antipsychie, ktoré vrcholilo v 60. rokoch 20. storočia, ale určité problémy rezonujú aj v súčasnosti (Fleischer, 2003). Na jednej strane poukázalo na možnosti mocenského zneužitia inštitucionálne aplikovanej psychiatrie pod rúškom vedy tak, ako na to poukázal napr. M. Foucault (1993), až po jej odmietanie (napr. scientológmi). Na strane druhej možno toto hnutie chápať ako sebareflexívne, ktoré podnietilo nové metodologické a metodické postupy (napr. alternatívne metódy k medikácii) a prispelo k modernejším a humannejším psychiatrickým prístupom (Černoušek, 1994, p. 26–28). Aj v poznávaní etiológie somatických ochorení sa čoraz viac uznávajú aj kultúrne a sociálne vplyvy, ktoré prostredníctvom psychiky môžu ovplyvňovať somatické (Baštecký et al., 1993; Kaplan et al., 1996). Je však otázne, do akej miery sa poznatky, ktoré prináša psychosomatika, aj prakticky využívajú.

Kultúrou a jej hodnotami sú podmienené aj postoje k zdraviu, k chorobe, k reprodukčnému procesu a podobne. Ako príklad možno uviesť problém natality v rímskej kultúre, kde sa vysoko cení fertilita ženy bez ohľadu na vek, psychickú či sociálnu zrelosť, či dieťa pochádza

z trvalého zväzku alebo z náhodného vzťahu a podobne, čo ovplyvňuje postoje Rómov k reprodukcii (antikoncepcii, sterilizácii).

V kresťanskej (katolíckej) etike vychádza naopak riešenie etických a bioetických problémov z tzv. prirodzeného zákona, ktorý sformuloval v 13. storočí nášho letopočtu Tomáš Akvinský (1225–74). Jeho podstatou je myšlienka, že Boh stvoril svet a nastolil v ňom poriadok a účel, ktorý odráža jeho vôľu. Ľudský rozum je však schopný rozhodnúť a konať v súlade s týmto účelom. Samotné konanie je buď prirodzené, alebo neprirodzené, jeho mravné posúdenie nezávisí od výsledku, tým môže byť aj utrpenie. V *Katechizme katolíckej cirkvi* z roku 1997 (v slovenskom preklade z r. 1999) sú niektoré formulácie miernejšie, ale ontologické východisko sformulované T. Akvinským sa nemení. Homosexualita sa napríklad hodnotí ako „objektívne nezriadená náklonnosť“, ktorá je pre väčšinu týchto osôb skúškou a vyžaduje sa od nich pohlavná zdržanlivosť. Zároveň sa však apeluje na ľudí, aby prijímali tieto osoby s úctou, súcitom a bez náznaku nespravodlivej diskriminácie (Katechizmus katolíckej cirkvi, 1999, s. 568–569). Samovražda sa chápe ako čin v rozpore s morálnym zákonom, ako urážka lásky k blížnemu i lásky k Bohu, ale pripúšťa sa, že „... ťažké psychické poruchy, úzkosť alebo veľký strach pred životnou skúškou, utrpením alebo mučením môžu zmenšiť zodpovednosť samovraha...“, preto ... „Cirkev sa modlí za tých, ktorí si siahli na život“ (Katechizmus katolíckej cirkvi, 1999, p. 554). Eticky sú reflektované a analyzované aj nové vedecké a technické možnosti medicíny (prenatálna diagnostika, zákroky na ľudskom embryu, transplantácie, vedecký výskum a podobne), ale podstata morálky a jej ontologické východisko sa nemení – tieto možnosti sú hodnotené ako morálne len vtedy, ak slúžia zachovaniu života. Zabránenie plodeniu (použitie antikoncepcie), okrem periodickej zdržanlivosti a metód založených na sebaopozorovaní a využívaní neplodných období, sa považuje za neprirodzené, hodnotí sa ako zlé konanie, oplodnenie in vitro (homológne) je morálne neprijateľné, heterológne techniky sa považujú za závažne nemorálne (Katechizmus katolíckej cirkvi, 1999, p. 572–574). Z tejto ontológie však vyplýva aj tvrdenie, ktoré je problematické a môže viesť k netolerancii s inými názormi, presvedčeniami a konaním. Prirodzený zákon sa považuje za

všeobecný a nemenný (Katechizmus katolíckej cirkvi, 1999, p. 484), na základe toho nie je historicky ani kultúrne podmienený, ale univerzálny, založený viac na rozume ako na zjavení, preto ho môže poznať (a riadiť sa ním) ktokoľvek bez ohľadu na náboženské presvedčenie. Takéto chápanie však automaticky vylučuje možnosť považovať iné názory, postoje a konanie za morálne.

Protestantizmus je v niektorých postojoch zmierlivejší, opiera sa o biblické texty.

Filozofické východiská lekárskej etiky

Aj zdroje vývoja lekárskej etiky musíme hľadať nielen v etickom kódexe lekárov – v Hippokratovej prisaha, ale v dobových koncepciách ochorenia, ktoré boli východiskami terapie.

Hippokratovská medicína bola predovšetkým zmenou:

- ontologickou, zmenou koncepcie ochorenia;
- metodologickou – uplatnením kauzálneho kritéria a hľadania prirodzených príčin ochorení v poruchách vzťahov somatického, psychického ako aj vo vzťahu k vonkajšiemu prostrediu;
- prístupu k chorému – formulovanie princípov nonmaleficiencie a beneficiencie vyjadrených v známej hippokratovskej terapeutickej zásade: *Nīl nocēre, adiuvāre vel nīl nocēre* (Neškodiť, pomáhať alebo aspoň neškodiť).

Historik medicíny E. Entralgo (1995, p. 40–42) uvádza, že v dobe Hippokrata existovali v starovekom Grécku minimálne dva pohľady na chorobu a dva spôsoby jej liečenia – „nefyziologický“ a „fyziologický“. Predstavitelia „fyziologických“ prístupov (ku ktorým patrili aj Hippokrates II.), chápali ochorenie ako niečo prirodzené a hľadali patologické mechanizmy jeho vzniku. Aj keď poznali i niektoré psychické prejavy ochorení, dobové ponímanie fyzis im neumožňovalo chápať psychosomatické súvislosti v dnešnom význame (osobná odozva človeka a vnútorné prežívanie vo vzťahu k imunitnej odpovedi, „fyziológia emócií“ a jej somatizácia a podobne – pozn. M. N.). Ak aj bol „fyziologický“ lekár dobrým diagnostikom i terapeutom a liečil aj psyché chorého, jeho patológia nemohla byť psychosomatickou.

„Nefyziologické“ lekárstvo, ktoré sa opieralo o vieru a iracionalitu človeka, sa zase v tej dobe nemohlo rozvinúť ako poznávajúce príčiny, čiže patologické, tak sa dejiny starogréckeho lekárstva javia ako nepretržitá koexistencia patológie, ktorá nedokázala byť „psychosomatickou“ s psychoterapiou, ktorá sa nemohla stať „patologickou“.

O niekoľko storočí neskôr Galenova etiológia mohla otvoriť cestu k fyziopatologickému, ako aj psychosomatickému chápaniu ľudskej choroby. Galenos (asi 129–200) videl príčiny chorôb v tele, vo vonkajšom prostredí alebo v duši. V duchu svojej doby sa však priklonil k naturalizmu hippokratovskej nozológie (Entralgo, 1995, p. 44–45). Schizma človeka, oddelenie tela od duše v medicínskom poznaní západnej kultúry nastúpila svoju cestu. Od dôb Galena sa v západnej kultúre vyvíjal medicínsky model, založený na výdobytkoch prírodovedy. Jeho pozitívom bol vývoj vedeckej medicíny a jej technizácia, ktoré ďaleko presiahli možnosti iných kultúr. Negatívnou stránkou týchto tendencií bola atomizácia poznatkov, posun záujmu od orientácie na chorého človeka k organopatológii, ktoré silneli úmerne s prudkým rozvojom prírodných vied. V prírodovedne fundovanej ovládateľskej paradigme myslenia je človek chápaný ako zložitý, ale vedou vysvetliteľný a v princípe technicky reparabilný biologický systém. Tomu zodpovedá aj vzdelávanie lekárov, ktoré už na začiatku 20. storočia kritizoval napríklad S. Freud (1991, p. 16), ktorý po stáročiach rehabilitoval diagnostickú i terapeutickú funkciu slova. Jeho myšlienky o kúzle slova, ktoré môže druhého urobiť blaženým alebo ho vohnať do zúfalstva, sú stále aktuálne. Nemecký lekár V. von Weizsäcker sa vyjadril, že celá lekárova výučba je o niečom a on sa potom v praxi stretne s niekým. Napriek prukému rozvoju vied o človeku od 19. storočia a poznatkom, že človeka nemožno považovať len za biologický systém, vedy spojené s rozvojom medicíny sa stále označujú ako biomedicínske, využívajúce prírodovednú metodológiu, ochorenia sa delia na somatické a psychické a s výnimkou psychiatrie sa málo akceptuje celosť človeka.

Reflexia problémov v lekárskej etike

Chápaniu človeka, zdravia a choroby v medicíne v historickom kontexte zodpovedá aj zvýznamňovanie morálnych problémov. Prevládajú tu

tendencie redukovať lekársku etiku na bioetiku, reaguje sa najmä na vývoj biomedicíny a jej technické možnosti. Etickú reflexiu uvádzame v poradí, ktoré odráža nielen časovú následnosť, ale predovšetkým zvýznamňovanie etických otázok vo vedeckých kruhoch i v politickej reprezentácii.

1. Experiment na ľudskom subjekte v medicíne

Najskôr to boli podmienky experimentu na ľudskom subjekte v medicíne a ochrana individua, ktoré su predmetom výskumu pred zneužitím (Norimberský kódex, 1947 a následné dokumenty)². Popri požiadavke ochrany práv individua obsahujú aj hľadisko morálnej zodpovednosti za použitie výskumu ako prostriedku na zlepšenie zdravotnej starostlivosti a ochrany zdravia zúčastnených. *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies* (1991) (Medzinárodné smernice pre etické posudzovanie epidemiologických štúdií) sa venujú etickým aspektom populačných výskumov. V dôsledku experimentov na ľuďoch (väzňoch, mentálne či inak postihnutých) a iných nehumánnych praktík (napr. eugenických), ktoré sa odohrávali už pred 2. svetovou vojnou nielen v Nemecku, ale aj v USA či iných krajinách, bola novelizovaná aj *Hippokratova prisaha*. Stala sa základom novodobého sľubu lekárov. Poznanie a morálna kodifikácia etických princípov a noriem však ešte nezaručujú aj ich plnenie. Dôraz sa kladie predovšetkým na tie činnosti a vzťahy, ktoré sú reglementované aj legislatívne. Motívom ochrany individua nemusí byť morálka, ale obavy z porušenia práva a jeho následkov. Základom činnosti etických komisií pôsobiacich v zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej republike je aj v súčasnosti posudzovanie etickej prijateľnosti biomedicínskeho výskumu.

2. Etické problémy

Etické problémy, spojené s procesuálnou stránkou práce lekára a s obavami o prekročenie hraníc humánosti, kde iniciatíva vychádza najmä od stúpcov kresťanského učenia:

- zásahy do reprodukčného procesu – umelé prerušenie tehotenstva, asistovaná reprodukcia, sterilizácia (kde môže zdravotnícky pracovník uplatniť výhradu svedomia a nezúčastniť sa týchto výkonov podľa zá-

kona č. 576/2004, § 12, ods. 3), antikoncepcia, predimplantačná diagnostika, prenatalná diagnostika a terapia;

- transplantológia;
- genetika a génová terapia;
- využitie kmeňových buniek;
- etické problémy spojené s rozvojom tzv. neurovied, použitím farmák, psychofarmák a i.;
- rozhodovacie procesy a terapia umierajúcich (End of life decision making).

Etickým problémom spojeným s biomedicínskym výskumom, ktorého predmetom je ľudský subjekt, a dilemám súvisiacim s rozvojom biomedicíny a jej technickými možnosťami sa venuje veľká pozornosť na rôznych vedeckých podujatiach, v odborných a vedeckých publikáciách i vo vzdelávaní. Hranice možností lekára sú vymedzované aj legislatívne (napr. vo vzťahu k UPT, eutanázii a podobne).

3. Spravodlivosť

Rozdeľovanie zdrojov, dostupnosť zdravotníckej starostlivosti a formálne, legislatívne vymedzené kritériá zabráňujúce diskriminácii z akéhokoľvek dôvodu.

4. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako medziľudský vzťah

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti ako medziľudský vzťah a jeho etické aspekty – tento komplex etických otázok bol identifikovaný najneskôr (približne od 80. rokov 20. storočia)³ a záujem o ich praktickú realizáciu je v našich podmienkach skôr formálny, zodpovedajúci požiadavkam legislatívy. Vo všetkých dokumentoch, najmä európskeho, ale i národného významu, sa zdôrazňuje predovšetkým princíp autonómie a z neho vyplývajúce právo na sebaurčenie ľudí spôsobilých na právne úkony (informovaný súhlas). Ich rozpracovanie a zkomponovanie do výučby lekárov i do praktickej činnosti ďaleko zaostáva za biomedicínskymi diskusiami.

Základné etické problémy boli formulované v *Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe* (1994). (Deklarácia o rozvoji práv pacientov v Európe) a sú rozdelené do šiestich oblastí:

- Ľudské práva a hodnoty v zdravotnej starostlivosti – uplatnenie hodnôt v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti

- Informovanosť
- Súhlas
- Dôvernosť a súkromie
- Liečenie a ošetrovanie
 - s úctou k dôstojnosti
 - zmiernovanie utrpenia v súlade so súčasnými poznatkami
- Uplatnenie

V Slovenskej republike pracovala z iniciatívy Asociácie nemocníc Slovenska a s podporou finančných grantov Veľvyslanectva Holandského kráľovstva v SR od roku 1993 komisia, ktorá vydala v r. 1995 *Práva pacientov* aktualizované na naše podmienky. Boli vytlačené aj informačné letáky v slovenskom, maďarskom, ukrajinskom a rómskom jazyku. Niektoré nemocnice ich odmietli umiestniť dostupne pre pacientov, inde sa postupne „vytratili“. Až snahy o vstup do Európskej únie a aproximácia práva vzbudili „nutný záujem“ o túto problematiku. Vláda SR vydala Práva pacienta v SR až v r. 2001 a následne boli niektoré práva zakomponované v zákone č. 576/2004 Z. z. (§ 6 Poučenie a informovaný súhlas). Uplatňovanie práv pacientov sa často redukuje práve na informovaný súhlas, nakoľko to vyžaduje legislatíva. Proces získavania informovaného súhlasu či jeho odmietnutia býva formálny (podpis pacienta). Veľmi malá pozornosť vo výučbe, v praxi poskytovania starostlivosti, ako aj v publikáciách lekárov sa venuje konkretizácii týchto práv (napr. význam sebaúčty pre pacienta, komunikácia s ním) napriek tomu, že uplatňovanie práv pacientov je jedným z kritérií hodnotenia zdravotnej starostlivosti a v mimomedicínskej literatúre sú tieto otázky dostatočne rozpracované (Křivohlavý, 1989; Haškovcová, 1994a, b; Nemčková et al., 2004). Konferencie na túto tému, usporiadané na národnej úrovni, sú skôr vzácnosťou.⁴ Súvisí to jednak s problémom, že biomedicínske vedy a na nich založené vzdelávanie lekárov nemôžu dávať odpovede na otázky, ktoré vyplývajú z práv pacientov a z uplatnenia hodnôt v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa Entralga (1995, s. 108) antropologické prístupy v medicíne na prelome 19. a 20. storočia, ktoré z psychoanalýzy (najmä A. Adlera a C. G. Junga) prenikali aj do oblasti organických chorôb, boli skôr ojedinelými a tento trend sa takmer nezmenil. Málokoho zaujíma, odkiaľ majú lekári nadobudnúť nevyhnutné komunikačné zručnosti, ale

aj čas, potrebný pre oboznamovanie pacienta alebo jeho zákonného zástupcu so skutočnosťami, ktoré sú predmetom informovaného súhlasu, ak tento nemá byť len formálnym podpisom a/alebo nadmernou psychickou záťažou lekára i pacienta. Nezanedbateľnou skutočnosťou, ktorá „limituje“ komunikáciu s pacientom a sťažuje neformálne poskytovanie informovaného súhlasu, je aj tlak zdravotných poisťovní a bodovanie výkonov, ktoré je zamerané predovšetkým na inštrumentálne aktivity zdravotníckych pracovníkov.

Ešte väčšou neznámosťou sú problémy dôstojnosti a zmiernovania utrpenia (s výnimkou tlmenia bolesti farmakami či fyzikálnymi prostriedkami). Podľa zákona Národnej rady SR č. 576/2004, § 11: „*Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti má každý právo za podmienok ustanovených týmto zákonom na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej integrity a psychickej integrity (ods. a) na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotníckych pracovníkov (ods. i).*“ Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, ktorý je prílohou č. 4 k zákonu č. 578/2004 Z. z., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, tiež zaväzuje rešpektovať dôstojnosť a zmiernovať utrpenie. Bez konkretizácie a aplikácie na prax, však zostávajú tieto apely len abstrakciou.

Predpokladom naplňania týchto morálnych a právnych noriem môže byť len rozširovanie poznatkov lekára o človeku, presahujúce prirodvednú metodológiu a hľadanie odpovedí aj na otázky: *Čo je utrpenie a čím môže byť zmiernované? Aký má byť dôstojný prístup k chorému, či inak, čo znamená liečiť a ošetrovať pacienta s úctou k jeho ľudskej dôstojnosti?* Na rozdiel od ošetrovateľstva (Žiaková, Šutarík, 1998) sa lekárske a biomedicínske vedy (častočne s výnimkou psychiatrie, Fetisovová et al., 2003; Farský, 2011) nezaoberajú dôvodmi utrpenia, akými sú napríklad narušenie sebaúcty a pocity nedôstojnosti, osamelosť, pocity bezcennosti, bezmocnosti, beznádeje a iné negatívne odozvy na situáciu ochorenia či poskytovania starostlivosti, ktorými pacienti často trpia. Aj keď objasnenie podmienok liečenia a ošetrovania s úctou k dôstojnosti by vyžadovalo hlbšiu analýzu, zjednodušene môžeme povedať, že ide o také podmienky, prístup a uplatnenie hodnôt, ktoré neznižujú sebaúctu pacienta (Nemčková et al., 2004).

Dôvodom prehodnocovania prístupov k pacientom nie sú len požiadavky na zvýšenie

ochrany osobnosti a zabezpečovanie jej ľudských práv, vrátane práva na sebaurčenie, ale aj pribúdajúce vedecké poznatky o vzťahoch a koreláciách somatického a psychického, ako aj psychického a sociálneho či duchovného. Osobná odpoveď na patologický proces, prežívanie a duševné stavy, prostredníctvom základných vnútorných informačných systémov ovplyvňujú somatické. Je známe, že dlhodobé pôsobiacie stresory, najmä psychosociálneho pôvodu, oslabujú imunitný systém a znižujú obranyschopnosť (Baštecký et al., 1993; Feriančík, Štvrtinová, 1993; Kaplan et al., 1996), čo sa následne môže prejavovať aj somaticky.

5. Etické konflikty a morálne dilemy lekára

Pôsobeniu stresorov sú však vo veľkej miere vystavení aj lekári a iní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Ide o rizikové skupiny ohrozené napr. syndrómom vyhorenia či násilím v súvislosti s výkonom povolania. Kým výskum v ošetrovateľstve sa veľkou mierou zaoberá aj etickými problémami a morálnymi dilemami sestier, najmä v USA, Veľkej Británii, Austrálii a v škandinávskych krajinách, etické problémy lekárov zostávajú takmer bez povšimnutia.

Jeden z mála výskumov v tejto oblasti bol realizovaný v USA vo Výskumnom centre University of Massachusetts, Boston (Hurst et al., 2005). Podmienkou zaradenia do výskumnej vzorky bola priama práca s pacientom pri lôžku, minimálne trojročná prax v odbore interná medicína, u onkológov a lekárov JIS (critical care) sa vyžadovala navyše aj dvojročná prax v týchto odboroch. Zo 600 vytypovaných spĺňalo tieto kritériá 537, z ktorých odpovedalo 344 (64 %). Išlo o kvalitatívny výskum (počítačom zaznamenávané telefonické interview).

Respondenti dostali tri otvorené otázky:

- Môžete opísať súčasné etické dilemy, ktoré prežívate pri poskytovaní starostlivosti?
- Ktoré sú primárne (najvážnejšie) etické otázky alebo dilemy v týchto situáciách?
- Prosím, stručne opíšte rozhodnutia, ktoré ste urobili v týchto situáciách.

Najväčšie zaťaženie udávali lekári intenzívnej starostlivosti, viac ako onkológovia, onkológovia viac ako internisti.

Problémy v poradí závažnosti a miery morálnej záťaž pre lekárov:

- nesúhlas umierajúceho pacienta so život zachraňujúcou terapiou;
- odmietnutie intervencie (transfúzie, amputácie, chemoterapie a i.);
- spory so zákonným zástupcom;
- neistota, čo je najlepší terapeutický cieľ, neistota o spôsobilosti správne sa rozhodnúť;
- žiadosti (príbuzných) o neúčinnú, resp. úpornú terapiu, o zatajenie pravdivého stavu pacientovi, o asistovanú smrť;
- výmena informácií, komunikácia, dôvernosť, povedanie pravdy;
- nedostatok vedomostí a limity medicíny;
- rozdeľovanie prostriedkov;
- cudzie zásahy do rozhodovania;
- spory s kolegami;
- konflikt s pravidlami, smernicami;
- konflikt záujmov.

Na otázku, ako sa vyrovnávajú s týmito situáciami, lekári odpovedali, že preferujú možnosť vzdelávania a získavania informácií z lekárskej etiky pred konzultáciami s etickými poradcami, hoci pre 83 % respondentov boli takéto konzultácie dostupné (Hurst et al., 2005).

Podobné výsledky ukázal aj výskum v Univerzitnej nemocnici v Rijeke, Chorvátsko, kde sa ho zúčastnili lekári i sestry (Sorta-Bilajac et al., 2008).

ZÁVER

Dejiny prinášajú mnoho dôkazov, že etické princípy sú len orientujúce, kódexy a morálne normy samy o sebe nestačia. Vždy sa nájde príležitosť, ako ich obísť alebo zdôvodniť ich relativitu a konať v mene egoistických, individuálnych či skupinových záujmov alebo ich teoreticky deklarovať a v praxi čiastočne alebo úplne ignorovať. Predovšetkým závisí od každého lekára, ako chápe svoje povolanie, ako sa mu darí nájsť správnu mieru vlastnej psychickej obrany a klinického odstupu, aby sa vyhol krajnostiam – vyhoreniu či necitlivosti. Jeho postoje sú však výraznou mierou ovplyvnené aj poznatkami a obsahom vzdelávania, ako aj organizačnou štruktúrou a podmienkami lekárskej praxe.

V tomto by mala lekárom pomáhať aj odborná príprava z lekárskej etiky, fundovanej humanitne, antropológiou (kultúrnou, filozofiou), diskusie a výmena poznatkov. Zlepšenie

situácie by prospela aj realizácia väčšieho počtu výskumných štúdií, zameraných na etické problémy a dilemy samotných lekárov, vrátane tých, ktoré môžu byť dôsledkom podmienok, v ktorých sa poskytovanie zdravotníckej starostlivosti vykonáva.

* Práca vznikla ako súčasť riešenia projektu č. VEGA č. 1/0100/10.

Poznámky:

1. Corpus Hippocraticum po prvýkrát vyšiel tlačou v r. 1526 (Pollak, 1968, s. 273) a bol používaný v Európe až do 19. storočia. Názory na pôvod týchto textov nie sú jednotné. Uvažuje sa, že texty vznikali v 5.–4. storočí pred n. l. až v 2. storočí n. l. (Slovník antické kultury, 1974, s. 26). Podľa iného zdroja spisy vznikli pred smrťou Aristotela v r. 322 pred n. l. a boli spísané v 3. storočí pred n. l. pre alexandrijskú knižnicu (Pollak, 1968, s. 272).
2. Z materiálov Norimberského procesu s vojnovými zločincami, 1947: V dňoch 24.–26. 5. 1943 boli na vedeckej konferencii v Berlíne, za prítomnosti 457 lekárov, prednesené výsledky pokusov so smrteľnou infekciou, spôsobenou mikróboom *Clostridium perfringens*, ktorá spôsobuje plynovú snet'. Z hľadiska „čisto“ vedeckého išlo o dokonalú organizáciu, so všetkými vedeckými náležitosťami. Na profesionálne zhotovených tabuľkách boli údaje o pokusných objektoch – o počte sledovaných, ich pohlaví, o použitých metódach, rozdieloch úmrtia a chorobnosti v kontrolnej skupine a podobne. Dokumentácia bola vyhotovená medzinárodne prijatými znakmi. Všetko, ako má byť v serióznej vedeckej práci. Za týmito symbolmi však neboli pokusné zvieratá, ale 75 poľských väzňov z Ravensbrücku, ktorí boli premyslene zraňovaní tak, aby rany bolo možné infikovať. Všetci lekári, zúčastnení na tejto verejnej prednáške prisahali v mene Hippokrata, že budú konať len dobro v prospech ľudí (Málek, 1983, s. 58–60).
3. Prvú chartu práv pacientov sformuloval lekárnik David Anderson v USA (1971). Americká asociácia nemocníc prijala chartu práv pacientov v roku 1973. Na presadzovanie práv pacientov v praxi významne prispieva aj Svetová zdravotnícka organizácia. Jej experti skúmajú túto problematiku od konca 80. rokov vo viacerých krajinách. V roku 1981 prijala *Deklaráciu práv pacientov WMA* (World Medical Association), v januári 1984 Parlament Rady Európy. V snahe zlepšovať postavenie chorého človeka a zaisťovať dodržiavanie ľudských práv v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti bola prijatá *Deklarácia o rozvoji práv pacientov v Európe* (Amsterdam 1994). Orgány WHO i ďalšie inštitúcie ako European Society for Philosophy of Medicine and Health Care sa permanentne zaoberajú jej tematickým rozpracovávaním a hodnotením praktického dodržiavania. V Kodaní pracuje stála komisia WHO pre práva pacientov v Európe, v Paríži pôsobí Interna-

tional Bioethics Committee of Unesco. Spoločenskú kontrolnú funkciu by mali plniť aj etické komisie.

4. Jedno z mála podujatí, kde boli prezentované a diskutované etické problémy pacientov i lekárov, bola vedecko-odborná a vzdelávacia schôdza: 8. Guhrove dni dýchania na tému: Etické problémy v medicíne, ktorú zorganizovali SLS, Slovenská pneumologická a fúzeologická spoločnosť, Slovenská spoločnosť alergológie a klinickej imunológie, Regionálna lekárska komora v Prešove a Sanatórium Dr. Guhra v Tatranskej Polianke v dňoch 4.–5. 3. 2011.

LITERATÚRA

1. Baštecký J, Šavlík J, Šimek J (1993). Psychosomatická medicína. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 368 p.
2. Černoušek M (1994). Šílenství v zrcadle dějin. Praha: Grada – Avicenum, 228 p.
3. Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. 1994 [on-line]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, [cit. 2008-05-28]. Dostupné z: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
4. Entralgo PL (1995). Nemoc a hřích. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 136 p.
5. Farský I (2011). Spirituálne potreby u pacientov so psychickými poruchami. Doktorandská dizertačná práca. Ev. č. 7a52dbe8-dcd9-4976-b7e6-a118b18dd5ed. Martin: Univerzita Komenského, JLF.
6. Feriančík M, Štvrtinová V (1993). Stres, stresové proteíny a imunitný systém. Klinická imunológia a alergológia, 2: 13.
7. Fetišová Ž, Ondrejka I, Adamicová K, Mažgútová A (2003). Akútne a chronické ochorenie z aspektu subjektívneho prežívania pacientov. In Žiaková K et al.: Výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve [CD-ROM]. Bratislava-Martin-Olomouc: Univerzita Komenského, JLF a Palackého Univerzita, LF, p. 75–80.
8. Fleischer J (2003). Antipsychiatria dnes a u nás. In Psychiatria [on-line]. 10/2: 52–54. [cit. 2011-08-18]. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2003/psy2-2003-cla2.pdf>
9. Foucault M (1993). Dějiny šílenství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 209 p.
10. Freud S (1991). Vybrané spisy/I. 2.vydání. Praha: Avicenum, 479 p.
11. Haškovcová H (1994a). Lékařská etika. 1. vydání. Praha: Galén, 230 p.
12. Haškovcová H (1994b). Slovo úvodem. In Kübler, Rossová E: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. 1. vydání. Praha: Tvorba, 288 p.
13. Hurst et al. (2005). How psysicians face ethical difficulties: a qualitative analysis. In J Med Ethics [on-line]. 31: 7–14. [cit.2011-02-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1734016/pdf/v031p00007.pdf>
14. International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies (1991). [on-line].[cit. 2011-02-17] Dostupné z: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/1991_texts_of_guidelines.htm

15. Kaplan RM, Sallis JF jr., Patterson TL (1996). *Zdravie a správanie človeka*. 1. vydání. Bratislava: SPN, 450 p.
16. Katechizmus katolíckej cirkvi (1999). 2. vydání. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 918 p.
17. Křivohlavý J (1989). *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 108 p.
18. Málek P (1983). *Sondy pod povrch lékařské vědy*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 364 p.
19. Nemčeková M, Žiaková K, Mištuna D (2004). *Práva pacientov: medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 214. p.
20. Platon (1990). *Dialógy/ II*. 1. vydání. Bratislava: Tatran, 1990. 704 p.
21. Pollak K (1968). *Medicína dávnych civilizácií*. 1. vydání. Praha: Orbis, 324 p.
22. Rákay A (1998). *Podaj ruku smrti*. 1. vydání. Bratislava: H&H, 232 p.
23. *Samovraždy a samovražedné pokusy v SR 2009*. Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, [on-line]. 2010. [cit. 2011-02-22]. Dostupné z: <http://data.nczisk.sk/publikacie/zs1005.pdf>
24. *Slovník antické kultury* (1974). 1. vydání. Praha: Odeon, 718 p.
25. Sorta-Bilajac I, Bazdarić K, Brozović B, Agich GJ (2008). Croatian physicians' and nurses' experience with ethical issues in clinical practice. In *J Med Ethics*. [on-line]. 34: 450–455, doi: 10.1136/jme.2007.021402 [cit. 2011-03-24]. Dostupné z: <http://jme.bmj.com/content/34/6/450.abstract>
26. Zákon č. 576/2004 Z. z., Národnej rady Slovenskej republiky o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
27. Zákon č. 578/2004 Z. z., Národnej rady Slovenskej republiky o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
28. Žiaková K, Šutarík L (1998). Nevyliečiteľne chorý a jeho duchovné potreby. In Šlosiar J: *Fenoméni duchovnosti v súčasných spoločenských premenách*. Banská Bystrica, Katowice: Katedra filozofických vied Fakulty humanitných vied Univerzity M. Bela, Inštitút filozofie Sliezkej univerzity, p. 28–31.

Mária Nemčeková
majnemcekova@gmail.com