

ETICKÉ OTÁZKY MEDICÍNY V KONTEXTOCH ÉTOSU SÚČASNOSTI

ALEXANDRA SMATANOVÁ

Stupeň, forma, ročník štúdia: PhD., denná, 3.

Študijný program: etika

Konzultantka: prof. PhDr. Viera Bilasová, CSc.

Kľúčové slová: étos, medicína, rozhodnutia na konci života

Úvod

V tomto príspevku sa chcem zamerať na to, ako súčasná spoločnosť (progresívny technologický pokrok) a (seba)obraz človeka (dominancia individualizmu, nekritického egoizmu a hedonizmu, absolutizácia hodnoty autonómie, a pod) ovplyvňujú *vzťah medzi poskytovateľom a prijímateľom zdravotnej starostlivosti, chápanie zdravia človeka a v širšom kontexte aj zdravotnú starostlivosť*. Ako súdobý étos ovplyvňuje *internú morálku súčasnej medicíny*. Zameriam sa na to, ako sa zmenilo (na individuálnej i spoločenskej úrovni) chápanie vybraných konceptov, ktoré sú v medicíne podstatné – koncepty choroby, zdravia a smrti – a ako to ovplyvňuje medicínu, jej cieľ i metódy a následne i profesiu zdravotníkov a život samotných pacientov. Konkrétne poukážem na to, ako sa otázky na konci a o konci života, i v dôsledku uvedených zmien, stávajú problémom, ktorý musí medicína riešiť v nových (eticko-medicínskych) intenciách.

1 Interná a externá morálka medicíny

V rámci medicínskych vied, ktoré sú zamerané na človeka panuje zhoda v tom, že hodnota ľudského života je východisková hodnota, od ktorej sa odvíjajú ďalšie. Preto možno súhlasiť s Adelou Leškovou Blahovou, ktorá tvrdí, že „rešpektovanie a ochrana života v jeho užšom vymedzení ako ľudského života, je základnou hodnotou medicínskych vied“ (Lešková Blahová, 2010, s. 79). Základným cieľom medicíny je ochrana a záchrana ľudského života, predchádzanie a zbavenie pacienta choroby a prinavrátenie zdravia, ktoré sa chápe celostne, ako celková pohoda (*well-being*).

V tejto súvislosti sa podstatným stáva koncept kvality života pacienta, ktorý spočíva v uspokojovaní potrieb, nielen fyzických, ale ako píše Nemčeková, ide o potreby vznikajúce na úrovni somatickej, psychickej, sociálnej i duchovnej (1997, s. 28). S uspokojovaním potrieb pacienta súvisí i definovanie cieľa medicíny, kde liečebno-preventívna snaha medicíny zameraná na celkovú pohodu pacienta v sebe musí zahŕňať nielen liečenie, ale i starostlivosť. Tá *druhá rovina prístupu* je realizovateľná práve cez chápanie a *prístup k pacientovi ako osobe* vo všetkých jej dimenziách a potrebách, nielen k pacientovi ako biologickému organizmu (spleť tkanív a orgánov), ktorý je defektný a úlohou medicíny je opraviť ho. Starostlivosť implikuje *morálnu rovinu a tá nachádza svoj výraz vo vzťahu poskytovateľa a prijímateľa starostlivosti*, v ktorom sa prioritnou stáva ochrana života a zdravia pacienta ako osoby. Dôležité je, aby sa táto ochrana a podpora vykonávala určitým vhodným spôsobom – v čo najlepšom záujme pacienta a to nielen po odbornej, ale aj etickej stránke. Cieľ medicíny nachádza svoj výraz v liečení a v naplňaní *humánneho rozmeru medicíny* v každodennej zdravotnej starostlivosti.

Interná morálka medicíny, jej vlastné ciele a metódy, sú ovplyvňované externou *morálkou spoločnosti*. Tá vo svojich podobách determinuje spôsoby realizácie interných cieľov, ale aj jednotlivé metódy, ich výber a preferencie. *Charakter externej morálky má v súčasnosti špecifickú podobu a keďže interná morálka je zrkadlom jej hodnôt, ovplyvnená je aj klinickú prax*. Možno súhlasiť s V. Bilasovou, ktorá upozorňuje na silu tlaku týchto tendencií na profesijné oblasti predovšetkým v podmien-

kach súčasnej globálnej krízy morálky, ktorá „odhalila slabiny liberalizmu v ekonomike a politike, rovnako ako riziká konzumného života a hedonistickej morálky“ (2012, s. 178).

Tieto podmienky a súvislosti nanovo otvárajú otázky dotýkajúce sa chápania konceptov zdravia, choroby či smrti. Sú to koncepty, ktoré explicitne poukazujú na krehkosť a ohraničenie života vo všeobecnosti, ale aj v partikulárnych existenciálnych súvislostiach jednotlivca, ktorý sa v nich ocitá. Skôr či neskôr je každý z nás konfrontovaný našou konečnosťou v podobe podlomeného zdravia či nástupom choroby takým alebo onakým spôsobom. Ako osoby, teda vlastníci určitých vlastností (alebo máme potenciál vývinu určitých vlastností), sme nútení zaujať k týmto situáciám určité stanovisko a následne sa v súlade s našim postojom i správať a konať. *To ako budeme chorobu vnímať, čo budeme od lekárov očakávať, ako sa k vlastnej smrteľnosti postavíme, ale i to ako sa k nám pacientom správajú zdravotní pracovníci je determinované osobnosťou každého zúčastneného jednotlivca, ale i morálnou atmosférou spoločnosti. Étos formuje vnímanie toho, čo považujeme za hodnotné, formuje internú, individuálnu morálku osôb; a spätne, individuálne ciele, túžby a priania formujú charakter inštitúcií a ich mechanizmov presadzovania morálnych princípov a noriem. Považujem za podstatné preskúmať ako sa v dôsledku zmien étosu súčasnej spoločnosti zmenil náš prístup k chorobe, zdraviu i smrti a ako to ovplyvňuje cieľ medicíny a definovanie kvalitatívnej zdravotnej starostlivosti.*

2 Koncepty zdravia, choroby a smrti v súčasnosti

Od počiatku bolo hlavným cieľom medicíny zbaviť človeka bolesti, utrpenia, choroby a prinavrátiť mu jeho zdravie, aby mohol opäť pracovať, starať sa o seba a o svoju rodinu. Choroba je problém, ktorý sa v istom čase, v takej či onakej forme, priamo či nepriamo dotýka všetkých ľudí. Chorý človek chce byť čím skôr zdravý, pretože choroba, ktorá mu spôsobuje bolesť či utrpenie, ho vyrušuje v jeho bytí.

Podstatné je aj to, že choroba sa netýka len tela, ale celej našej existencie. Musíme sa zbaviť choroby aby sa nám prinavrátila naša transparentnosť, aby sme sa mohli opäť zameriavať na svet, nie na vlastné telo. V článku *Engineering flesh: towards an ethics of lived integrity* (2008) Derksen a Horstman využívajú na vysvetlenie toho čo je choroba ideu transparentnosti u Iheo. Byť chorý znamená, vysvetľujú autori, že naše vlastné telo už nie je pre nás transparentné, pretože sa otočíme svetom chrbtom a aktívne sa zameriame na naše telo, na tú časť nášho tela, ktorá nás bolí. A teda, keď sme chorí, náš chorý orgán sa stáva objektom nášho záujmu, narúša našu integritu a choroba taktiež spôsobuje, že sme konfrontovaný s našou konečnosťou a krehkosťou bytia (Derksen – Horstman, 2008). Teda choroba spôsobuje, že sa naše telo stáva objektom nášho záujmu, prekážkou v našom bytí vo svete. Taktiež Svenaeus charakterizuje chorobu ako odcudzený spôsob bytia vo svete. Podľa Svenaeusa choroba spôsobuje, že si uvedomíme, že nemáme úplnú kontrolu nad svetom, a že naše vedomosti sú nedostačujúce. Svenaeus spája chorobu so stratou významu (2001, s. 125 – 137).

Choroba nie je len odborný problém, ktorý sa dotýka len nášho tela a o ktorom môžu diskutovať len vedci, keďže oni vedia najlepšie čo človek prežíva keď je chorý. Choroba je chápaná ako problém, ktorý sa týka nielen tela, ale celkovej integrity človeka, je to existenciálny, individuálny problém, ktorý môže každý prežívať inak. Chorý človek venuje svojej chorobe pozornosť pretože choroba narúša našu integritu, jednotu a teda choroba súvisí s etickými otázkami, ako napríklad otázkou dôstojnosti, úcty či sebaúcty. Je zásahom do slobodnej voľby, ktorej ohrozenie sa prejavuje deformovaním či stratou vlastnej dôstojnosti cez strach, obavy, ľahostajnosť a pod. Taktiež, etické otázky súvisia i so spôsobom akým sa prinavracanie zdravia uskutočňuje. Prinavrátanie zdravia sa má uskutočniť určitým spôsobom, ako píše Beauchamp a Childress, cieľom [medicíny] teda bolo a má byť konať v najlepšom záujme pacienta (2009, s. 35). Ale čo to znamená, najlepší záujem pacienta; kto to vie posúdiť, pacient sám, spoločnosť alebo odborník?¹ Myslím si, že to závisí i od toho, čo pod pojmom zdravie či choroba chápeme.

¹ Rozhodovanie v klinickej praxi je touto dilemou (kto posúdi, čo je dobro a pre koho) nevyhnutne sprevádzané. Ukazuje sa, že koncept dobra nemožno v rozhodovaní obísť, ale súčasne je tento koncept veľmi obšírny a vágny, a preto je uplatniteľný len ak sa oprieme o ďalšie hodnoty a princípy (napr. hodnota ľudskej dôstojnosti v paliatívnej medicíne).

Tradične, choroba bola chápaná ako stav, ktorý nám prináša bolesť či utrpenie, pretože choroba zasahuje človeka predovšetkým v jeho telesnej súčasti. Choroba nútila a núti k novej optike na seba samého a predovšetkým na vlastné telo, ktoré stráca svoju transparentnosť. Jej súčasťou sú bolesť, utrpenie, diskomfort a nepríjemné pocity súvisiace s vlastným „fungovaním“ v živote. A preto si myslím, že v tomto význame bola choroba aj v minulosti chápaná ako negatívna existenčná skúsenosť, ako zlo, ktoré si vyžadovalo liečbu. Medicína bola spájaná s liečením, odstraňovaním choroby čo predstavovalo dobro, a preto mala stále svoju morálnu dimenziu. Myslím si, že v minulosti bolo normálne to, čo sme mohli pozorovať u väčšiny, čo bolo všeobecne žiadané. Naviac, domnievam sa, že *zdravie malo v minulosti formu hypotetického imperatívu* – ak chceme byť zdraví, musíme akceptovať, že budeme niekedy chorí; medicína nám pomáha prekonávať chorobu. Neúspech medicíny bol znášaný ťažko, ale myslím si, že bol všeobecne akceptovaný ako reálna, hoc neželaná možnosť.

Myslím si, že koncept choroby (a tým pádom i koncept zdravia) sa v dnešnej dobe radikálne zmenil a to vďaka viacerým faktorom. K zmene dochádza i vďaka *progresívnemu výskumu v oblasti genetiky*. Choroba už nie je chápaná len ako existujúci stav, ale vďaka rôznym diagnostickým metódam na úrovni DNA sme schopní diagnostikovať riziko výskytu choroby u inak zdravého človeka. Dá sa povedať, že nikto už nie je úplne zdravý, pretože všetci máme predispozíciu k určitej chorobe. Ako píše Komenská, niektorí autori nazývajú takýto stav ako „*health – sick*“, teda zdravý chorý (2010, s. 239), čo adekvátne popisuje neurčitnosť či posun chápania toho čo rozumieme pod pojmom zdravie či choroba.

Ďalej, vďaka novým technológiám a medicínskym postupom sa nám darí eliminovať viaceré akútne choroby veľmi úspešne. Tabletky, medikamenty, vakcinácie a iné farmaceutické prostriedky sa stali samozrejmom súčasťou nášho života. Chorobu chápeme ako prekážku nášho bytia, ktorú môžeme eliminovať vďaka farmaceutikám, alebo medicínskym zákrokom. Choroba je vnímaná ako chyba v programe, ktorú treba vyriešiť za pomoci všetkých dostupných technológií. Nemáme čas byť chorí. Myslím si, že chorobu chápeme veľmi *redukcionisticky*, nevidíme širšie súvislosti, prepojenie telesnej a iných dimenzií nášho života. Chorobu, bolesť, utrpenie rozumieme ako synonymá, stavy, ktoré nemajú v živote miesto; nepátrame po hlbších príčinách, cieľom je zbaviť sa ich tak rýchlo ako sa len dá. Telesnosť, fyzické optimum sa stáva najdôležitejšou hodnotou, pretože je podmienkou našej výkonnosti najmä v práci, ktorá je pre mnohých zmyslom života. *Zdravie už nie je hypotetický, ale kategorický imperatív*. Zdravie sa stáva najvyššou hodnotou, choroba, bolesť či trpenie neanalyzujeme, chceme len necítiť nepohodlie a doktori sú úspešní vtedy, ak pre nás spraví to, čo od nich my pacienti žiadame a zbavia nás pocitu nepohodlia. Myslím si, že choroba je jednak chápaná širšie, na druhej strane redukcionisticky. *Širšie* v zmysle toho, že aj keď sa cítíme zdraví, máme určité predispozície a teda nie sme úplne zdraví. A redukcionisticky v zmysle, že nehľadáme hlbšie súvislosti choroby s našim životom, hľadáme len najefektívnejšiu úľavu.

Vznik novej ideológie nazvanej „*healthism*“ je tak prirodzeným dôsledkom tohto posunu v chápaní toho čo je zdravie či choroba. Túto ideológiu charakterizuje Skrabanek ako nezdravú posadnutosť zdravím. Znamená to, že *v dnešnej spoločnosti sú ľudia posadnutí svojim zdravím, a teda svojou telesnosťou, telom*. Telo už nie je chápané len ako schránka duše, nie je len inštrumentom. V tejto ideológii už neplatí ani názor, že telo a duša sú na tej istej úrovni, a teda, že ich hodnota je rovnaká. V healthizme má telo väčšiu hodnotu ako vnútro, duch či duša. Ako píše Dierickx (2003), *choroba je niečo hriešne*, zdravie je dobro. Takéto normatívne uchopenie zdravia a choroby odzrkadľuje aj rebríček hodnôt dnešného človeka; najdôležitejšou hodnotou človeka sa stáva telo, ktoré má byť zdravé.

Takéto naladenie spoločnosti, *prístup k tomu čo je choroba, zdravie, sa prejavuje i v našom chápaní smrti*, pretože ako píše P. Bruckner, sme posadnutí našim zdravím, a sa „od nás očakáva, že sa budeme vzpierať smrteľnosti (2011, s. 14). A tento náš postoj pre-determinuje i naše očakávania voči medicíne a doktorom, a teda i rozhodnutia o konci a na konci života. Smrť v dnešnej dobe nemá svoje vlastné miesto. Na jednej strane, častokrát je smrť chápaná len v súvislosti s utrpením, zlom a je odsúvaná nielen z nášho myslenia², ale i z našich životov. Dochádza k medikalizácii smrti; smrť sa čoraz

² Jánkélévitch navrhuje, aby sme o smrti uvažovali v troch rovinách – tretej, druhej a prvej (1966, s. 22), podľa toho ako sa nás smrť dotýka. Myslím si, že smrť v tretej osobe je nám v dnešnej dobe podsúvaná médiami dennodenne, a preto sa môže zdať, že sa o smrti hovorí v dostatočnej miere. Avšak smrť v druhej či prvej osobe je tá optika smrti,

častejšie odohráva v zdravotných zariadeniach, mimo rodiny či blízkych, osamote. Na druhej strane, dochádza ako keby k de-mystifikácii smrti; smrť stráca svoj charakter tajomnosti a nevyspytateľnosti, pretože niektorí chcú mať absolútnu kontrolu nad svojim telom a životom, a teda i nad tým kedy a ako zomrú.

3 Rozhodnutia na konci a o konci života

Myslím si, že novodobé chápanie smrti (spolu so súčasným chápaním konceptov zdravia a choroby), a teda i života, má priamy vplyv na medicínu, jej povinnosti, ale aj požiadavky pacientov. Možnosti medicíny sa rozširujú, pomáha sa viacerým ľuďom, ale dôsledkom je i to, že veľa chorôb sa mení z fatálnych na chronické a poskytnúť ľuďom, ktorých život je takto predĺžovaný, kvalitný život je ťažké.

Ak smrť je niečo zlé, neprirodzené a treba ju odsúvať čo najďalej tak ak sa nám to podarí, je naše úsilie úspešné. A tento postoj k smrti, telu a životu má obrovský vplyv na voľby v medicíne. Umelá výživa a hydratácia, a teda umelé predĺžovania života, je častou voľbou i v prípade pacientov, ktorých kvalita života je diskutabilná, nie je tam šanca na uzdravenie, ba dokonca toto umelé predĺžovanie života môže pacientovi a jeho blízkym spôsobiť viac škody než prospechu. Na druhej strane, čoraz častejšie vznikajú i opačné situácie; mnoho pacientov alebo príbuzní nekompetentných pacientov sa dožadujú svojho práva na sebaurčenie, autonómiu či dôstojnosť a s tým spojenú možnosť ukončiť svoj život, alebo život pacienta za pomoci lekárov a postupov ako je eutanázia, asistovaná samovražda a pod.

Domnievam sa, že v nadväznosti na zmenu očakávaní a potrieb pacientov, sa pod vplyvom externej morálky transformuje i samotný cieľ medicíny. Môže sa zdať, že cieľom medicíny sa stáva predĺžovanie života za každú cenu; primárnym cieľom je liečenie a starostlivosť akoby bola odúvaná na druhú koľaj. K takémuto postoju prispieva jednak progresívna technologizácia, pokroky a vynálezy v medicíne, na druhej strane k tomu prispieva i (seba)obraz človeka ako osoby, ktorá nevidí hlbší zmysel v bolesti, utrpení a posadnutosť zdravím sa premieta do zvýšených nárokov na zdravotný personál a medicínu ako takú. Avšak ešte stále sme smrteľní a smrť je nevyhnutnou súčasťou nášho života, a preto sa konflikty či dilematické situácie súvisiace i s rozhodnutiami o konci a na konci života objavujú v dnešnej dobe čoraz častejšie. Do konfliktu sa dostávajú nereálne očakávania ľudí s reálnymi možnosťami medicíny a právami a možnosťami zdravotníkov; na druhej strane konflikty vznikajú i v dôsledku *de-humanizovanej* či *de-personalizovanej medicíny*, ktorá je zameraná na kvantitu, odbornosť je pred humánnosťou a využitie všetkých dostupných možností sa akoby stávalo imperatívom.

Myslím si, že cesta smerom vpred je cesta smerom k *otvorenej diskusii o smrti v prvej i druhej osobe, v nových intenciách dnešnej doby*. Rozhodnutia na konci života a o konci života by mali byť uvedomelé (pokiaľ to je možné), podporujúce dôstojnosť pacienta, kvalitu života a nie kvantitu. V tejto súvislosti súhlasím so Schotsmansom (2010), ktorý tvrdí, že otázka: Na akom základe možno eticky ospravedlniť nepoužitie život podporujúcich opatrení?, teda otázka založená na viere vo všemocnú techniku, sa má nevyhnutne zmeniť na otázku: *Na akom podklade má doktor umelo predĺžovať nevyhnutný koniec?* Táto zmena v kladení otázky poukazuje na nutnosť zmeny uhla pohľadu. Každé použitie život predlžujúcich postupov by malo byť riadne premyslené, pretože ak je niečo dostupné, ešte to neznamená, že to musí byť použité. Liečebno-preventívny cieľ medicíny musí byť realizovaný spolu s cieľom humánnym.

Jazykom etiky možno v rámci humánnej dimenzie zdravotnej starostlivosti a kvality života pacienta hovoriť o podpore a realizácii hodnoty ľudskej dôstojnosti pacienta, ktorá je častokrát chápaná ako zastrešujúci pojem (tzv. *an umbrella term*), ktorý v sebe zahŕňa viaceré dobré, napríklad hodnotu života, autonómie a pod (Kirchhoffer, 2013). Pojem hodnota ľudskej dôstojnosti je základným koncep-

ktorá sa podľa mňa z našich životov vytráca. Smrť v prvej osobe i v druhej osobe sa nás dotýka priamo, núti nás uvažovať o vlastnej smrteľnosti, lebo „smrť milovanej bytosti [je] skoro ako naša vlastná...“ (1966, s. 27). Súhlasím s J. Čápom a M. Palenčárom, že smrť inej osoby nás núti uvedomiť si vlastnú smrteľnosť, „núti nás pripustiť, že keď hovoríme o smrti druhého človeka, tak vždy istým spôsobom hovoríme aj o vlastnej smrteľnosti. V smrti druhého je vpísaný odkaz, že stratiť môžeme v budúcnosti aj samého seba...“ (2012, s. 26).

tom v mnohých národných, ale i medzinárodných dokumentoch³, kde cieľom je pripomenutie a zdôraznenie etickej, vzťahovej dimenzie v rôznych oblastiach života, profesijného, sociálneho, politického, ekonomického a iné.

Pojem ľudská dôstojnosť je vo svojej podstate abstraktný pojem a existuje viacero prístupov k chápaniu hodnoty ľudskej dôstojnosti. Existujú teórie, ktoré k hodnote ľudskej dôstojnosti pristupujú jednostranne, k takým prístupom patrí napríklad napr. biologizmus či naturalizmus. Za inšpiratívnejšie považujem tie teórie, ktoré svojím charakterom umožňujú pristupovať k hodnote ľudskej dôstojnosti širšie, reflektujú život konkrétneho človeka a upozorňujú na možné zvýšenie či zníženie hodnoty ľudskej dôstojnosti⁴.

Ohrozovanie hodnoty ľudskej dôstojnosti pacienta, priamo súvisí s otázkou *kvality života pacienta*. K tomuto ohrozeniu môže dôjsť (a dochádza) jednak zo strany spoločnosti (normatívny svet), prístupu iných ku mne (objektívny svet), ale i osobou samou (subjektívny svet); jednotlivé svety spolu súvisia a ovplyvňujú sa. Možno preto tvrdiť, že hodnota ľudskej dôstojnosti, spojená s otázkou kvality života pacienta, nie je statický pojem, ktorého obsah je nemenný. Koncepcia kvality života, hodnoty ľudskej dôstojnosti ako abstraktné pojmy, musia byť chápané historicky. Teda ako dynamické pojmy, ktorých definícia je ovplyvňovaná dobou, morálkou jednotlivcov i spoločnosti.

Myslím si, že pod vplyvom súčasného étosu, spojeného so zmenou chápania konceptov zdravia, choroby či smrti, dochádza i k zmene chápania konceptu ľudskej dôstojnosti a chápania toho, čo je *dôstojný život* respektíve *dôstojná smrť pacienta*. Tento fenomén si zasluhuje reflexiu⁵, pretože diskusia o rozhodnutiach na konci a o konci života by mala vychádzať zo základnej hodnoty v paliatívnej starostlivosti a tou je hodnota ľudskej dôstojnosti. Myslím si, že dôraz na morálnu dimenziu zdravotnej starostlivosti, personalizovaný a humánný prístup k pacientom, ktorí by mali mať možnosť rozhodovať a premýšľať s profesionálmi o tom, čo naozaj považujú za dôstojný život a smrť oni, je v dnešnej dobe, kedy celospoločensky pretrváva tabuizovanie témy smrti v prvej osobe (ale i druhej), posadnutosť zdravím a odmietanie akejkoľvek bolesti a utrpenia, nevyhnutným krokom smerom ku kvalitnej starostlivosti na konci života. Krokom k naplneniu *oboch cieľov medicíny – liečenia*

³ Pojem hodnoty ľudskej dôstojnosti figuruje i v dokumentoch týkajúcich sa zdravotnej starostlivosti, napr. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (Z. z. č. 576/2004, § 11.), Charta práv pacienta v Slovenskej republike, Všeobecná deklarácia ľudských práv a iné.

⁴ Preto sa prikláňam k chápaniu hodnoty ľudskej dôstojnosti ako ju prezentuje D. P. Sulmasy. Sulmasy klasifikuje hodnoty do dvoch základných kategórií – prisúdené a vnútorné. Prisúdené delí na inštrumentálne a nie-inštrumentálne a podskupinu nie-inštrumentálnych prisúdených hodnôt, ktoré nazýva „prisúdené dôstojnosti“. A vnútorné hodnoty delí na jednoduché vnútorné hodnoty a vnútornú Dôstojnosť (2005, s. 117). Dochádza tak k tvrdeniu, že hodnota dôstojnosti môže byť chápaná dvojako – ako vnútorná hodnota a zdroj tejto hodnoty je v človeku samotnom. Túto dôstojnosť označuje veľkým písmenom D (Dignity). Táto dôstojnosť je prisúdená len ľuďom, na základe toho, že sme príslušníkmi ľudského rodu a tým pádom máme svoje rodové špecifiká (Sulmasy, 2005, s. 101). Na druhej strane Sulmasy dodáva, že dôstojnosť je chápaná i ako prisúdená hodnota (2005, s. 102). Táto hodnota dôstojnosti ako priradenej hodnoty sa týka len živých bytostí, ktoré majú dôstojnosť s veľkým D (2005, s. 104). Z toho vyplýva, že hodnota ľudskej dôstojnosti ako vrodenej hodnoty sa nemení, ale dôstojnosť ako prisúdená hodnota môže mať svoje stupne, môže sa jej miera zväčšovať i znižovať. Takéto chápanie dôstojnosti je v súlade s klasifikáciou dôstojnosti u L. Nordenfelta, ktorú považujem za veľmi vhodnú a inšpirujúcu najmä v súvislosti s medicínskym prostredím. Nordenfelt klasifikuje dôstojnosť do štyroch základných kategórií. Konkrétne ide o tieto kategórie: zásluhová dôstojnosť (the Dignity of Merit), dôstojnosť morálnej veľkosti (the Dignity of Moral Stature), dôstojnosť identity (the Dignity of Identity) a univerzálna ľudská dôstojnosť (the Universal Human Dignity – Menschenwürde (2004, s. 69). Prvé tri definície dôstojnosti sú podobné v tom, že ich možno nadobudnúť i stratiť a možno ich stupňovať. Posledná hodnota, univerzálna ľudská dôstojnosť je hodnota, ktorú nemožno stupňovať, ani stratiť, pretože je daná všetkým ľuďom ako príslušníkom ľudského rodu. V rámci zdravotnej starostlivosti a medicíny sa významnou stáva práve hodnota kategorizovaná ako *dôstojnosť identity*, ktorá sa priamo dotýka integrity a identity osoby. Ako píše Nordenfelt, táto verzia dôstojnosti je relevantná v prípadoch keď vravíme, že choroba, postihnutie či staroba nás môžu oberať o našu dôstojnosť (2004, s. 76).

⁵ Keďže problematické situácie, ktorým musí súčasná medicína čeliť nie sú výsostne medicínskeho, ale aj etického charakteru, považujem medicínsku etiku za vhodný nástroj pre reflexiu týchto problémov. Medicínska etika, ako druh profesijnej etiky, musí zaujať k problémom, ktorým medicína čelí kritické stanovisko a snažiť sa napomáhať pri hľadani vhodných prístupov k riešeniu problémov.

i starostlivosti, odborného i etického, profesionálneho i humánneho, kde v centre záujmu bude pacient ako osoba, ktorá je jedinečná, originálna a multidimenzionálna.

Záver

Myslím si, že na medicínu sú kladené čoraz väčšie nároky, čo sa týka uzdravovania a liečenia. Liečebno-preventívny cieľ medicíny je akcentovaný aj vo výučbe budúcich lekárov⁶. Faktom je, že vďaka technickému pokroku sú doktori schopní liečiť viacerých a oveľa úspešnejšie než v minulosti. Čo je dobré a možno to považovať za obrovský úspech. Okrem množstva pozitív, môže mať takáto jednostranná preferencia a rapidná technologizácia aj svoje nedostatky.

Veľký nedostatok vidím v tom, že starostlivosť ako podstatný cieľ medicíny, teda jej humánny rozmer a morálna dimenzia akoby boli utláčané na druhé miesto. Starostlivosť by nemala mať v medicíne druhoradé postavenie. Avšak realita je častokrát odlišná. Toto odsúvanie starostlivosti na druhú koľaj je podporované (okrem rapidnej technologizácie a pokroku) aj charakterom súčasného étosu (individualizácia, egoizmus, nekritický hedonizmus a pod.), ktorý prispieva k re-definovaniu toho, ako chápeme koncepty choroby, zdravia či smrti a s tým súvisiacu hodnotu, ktorú pripisujeme zdravému telu čo následne ovplyvňuje naše požiadavky kladené na zdravotníctvo. V dôsledku toho sa medicína dostáva pod značný tlak, kedy akékoľvek zlyhanie predĺžiť život či uzdraviť je chápané ako zlyhanie zdravotníkov. Na druhej strane, tlak alebo dilematické situácie môžu vzniknúť aj v dôsledku zmeneného chápania toho čo je dôstojný život alebo smrť pacienta a s tým spojených požiadaviek kladených na zdravotníkov zo strany pacientov.

V tejto súvislosti, za podstatné považujem to, aby sme vznik nových problematických situácií, ktorým medicína v súčasnosti čelí nechápali ako výsostne medicínske, ale ako medicínsko-etické problémy, dotýkajúce sa dôstojnosti, identity, integrity, autonómie pacienta, a pod. Myslím si, že medicínska etika môže (alebo dokonca musí) fungovať ako vhodný nástroj pre dialóg medzi medicínou a etikou a napomáhať reflektovať aktuálne a akútne problémy v medicíne (jedným z takých problémov sú aj otázky na konci o konci života).

Literatúra:

BEUCHAMP, T. – CHILDRESS J.: Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press 2009. 418 s.

BILASOVÁ, V.: Étos, dejiny, súčasnosť. Prešov: FF PU v Prešove 2012. 197 s.

BRUCKNER, P.: Odsúdení na šťastie. Radosť sa stala horizontom určujúcim našu demokraciu. In: Fórum – kritická príloha, sobota 14. máj 2011, s. 14.

ČÁP, J. – PALEŇČÁR, M.: Smrť a vedomie smrteľnosti. Bratislava: IRIS 2012. 199 s.

DERKSEN, M. H. G. – HORSTMAN K.: Engineering flesh: towards an ethics of lived integrity. In: Medicine, health care, and philosophy 2008, roč. 11, č. 3, s. 269 – 283.

DIERICKX, K.: The ideology of genetic health, In: R. Burggraeve – J. de Tavernier – D. Pollefeyt – J. Hanssens (eds.): Desirable God? Our fascination with Images, Idols and New Deities. Leuven: Peeters 2008, s. 177 – 197.

JANKÉLÉVITCH, V.: La Mort. Paris: Flammarion 1966. 426 s.

KIRCHHOFFER, D.: Human Dignity in Contemporary Ethics. USA: Teneo Press 2013. 382 s.

KOMENSKÁ, K.: Filozofické a etické vymedzenie konceptov zdravia a choroby. In: M. Chovanec – J. Sipko – G. Harčariková (eds.): 5. študentská vedecká konferencia. Zborník príspevkov. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove 2010, s. 228 – 243. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Chovanec1/pdf_doc/22.pdf>

LEŠKOVÁ BLAHOVÁ, A.: Bioetika v kontextoch etiky sociálnych dôsledkov (Aplikácia zvolenej paradigmy na vybrané bioetické problémy). Prešov: FF PU 2010. 195 s.

NEMČEKOVÁ, M.: Kvalita života ľudí trpiacich bolesťou (K metodologickým problémom ošetrovateľstva). Martin: MARTIMEX-CONSULTING, a. s. 1997. 68 s.

⁶ Možno súhlasiť s Némčekovou, že súčasné vzdelávanie vedie k „zdôrazňovaniu procesualnej stránky práce zdravotníka na úkor vzťahovej“ (1997, s. 8).

NORDENFELT, L.: The Varieties of Dignity. In: *Health Care Analysis* 2004, roč. 12, č. 2, s. 69 – 81.

SCHOTSMANS, P.: Recent debates on universal access to healthcare. Prednáška: 6. decembra 2010. Predmet: Choices in Health Care, Leuven, Belgicko.

SULMASY, D. P.: Death, Dignity, and the Theory of Value. In: P. Schotsmans – T. Meulenbergs (eds.): *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*. Leuven – Paris – Dudley, MA: PEE-TERS 2005. 270 s.

SVENAEUS, F.: The Body Uncanny – Further Steps Towards a Phenomenology of Illness. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 2000, roč. 3, č. 2, s. 125 – 137.