



**Sociálne a politické analýzy**

2010, 4, 2, s. 93-125

<http://sapa.ff.upjs.sk>

ISSN 1337 5555

# **Spokojnosť pacientov a zákonných zástupcov s prácou zamestnancov nemocníc s ohľadom na problém etiky a morálky I.**

Silvia Binderová

UPJŠ v Košiciach, Fakulta verejnej správy, Katedra sociálnych štúdií

Eva Bolfiková

UPJŠ v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra politológie

---

**Abstrakt:**

Štúdia je venovaná problematike morálky a etiky v prostredí nemocníc. Prezentuje výsledky teoreticko – empirickej analýzy spokojnosti 1. pacientov a 2. zákonných zástupcov pacientov s prácou zamestnancov nemocníc, v špecifikácii reflexie tých parametrov, ktoré reprezentujú hodnotovo - morálny aspekt práce zdravotníckeho personálu. Prvá časť štúdie obsahuje teoreticko – metodologické východiská analýzy. Poskytuje prehľad kľúčových modelov a princípov medicínskej etiky a základné dokumenty, ktoré slúžia ako opora pri zabezpečovaní zodpovedného prístupu zdravotníkov, ako aj kontrolné mechanizmy, ktoré v spätnej väzbe umožňujú vytvárať efektívny systém fungovania v tejto oblasti.

---

**Kľúčové slová:** medicínska etika, modely medicínskej etiky, princípy medicínskej etiky, základné práva nemocných, spokojnosť pacientov

## Úvod

Práca zdravotníckeho personálu je hodnotená a posudzovaná podľa viacerých kritérií, ktoré umožňujú vytvorenie komplexného prístupu k problematike. Okrem klasických, medicínsky zameraných, sú tu aj ďalšie, charakterizované špecifikami hodnotiacich subjektov, resp. špecifikami niektorého z aspektov práce zdravotníkov

Skúmanie hodnotenia práce zdravotníkov na úrovni hodnotovo – morálnej predpokladá rešpektovanie špecifického referenčného systému, určovaného prostredím štúdia etiky a morálky vôbec.

*Etika* (gr. *ethos*, *éthos* – pastva, stájňa, bydlisko, spoločný príbytok, obyčaj, temperament, charakter; *ethicos* – etické cnosti, *ethica* – veda, ktorá skúma etické cnosti). Je tradične chápaná ako filozofická disciplína (Peer, Rakich 1999), ktorá pomáha človeku poznať aký má v reálnom živote zaujať postoj. Pomáha mu hľadať odpovede na praktické otázky nášho života: „Čo mám, alebo čo by som mal urobiť?“, „Čo je správne?“ Ide teda o praktické uplatnenie konania človeka, ktoré charakterizuje spojenie rozumu a vôle. Etika zároveň nastoľuje určité normy a ideály ľudského správania, presadzuje idey o tom, čo má byť, čo je a čo nie je dobré, tj. predpisuje ľuďom, ako by sa mali správať. Etika je teda disciplína, ktorej predmetom skúmania je morálka.

*Morálka* (lat. *mos* – mrav, obyčaj, charakter, správanie sa, vlastnosť, zákon, predpis; *moralis* – mravný, majúci vzťah k mravom; *moralitas* – morálka reálny jav skúmaný etikou) je normatívna regulácia správania sa ľudí, ich mravy, predstavy o dobre a zle, ich reálny morálny svet. Morálne konanie ľudí je v spoločnosti riadené prostredníctvom verejnej mienky a svedomia. Morálka ako reálny jav zasahuje do všetkých oblastí života jednotlivca a spoločnosti.

*Aplikovaná etika* je etická reflexia morálky jednotlivých spoločenských oblastí a aktivít, v ktorej majú tendenciu uplatniť sa všetky etické princípy. Jej úlohou je obohatovať oblasť praxe jednotlivých profesií o etické pojmy, hodnoty, princípy a normy, ako aj praktické etické odporúčania. Aplikovaná etika má interdisciplinárny charakter (ponúka praktické riešenie konkrétnych špecifických situácií na základe integrovaného poznania. Medzi disciplíny aplikovanej etiky zaraďujeme v zásade profesijné etiky; medicínsku etiku, etiku životného prostredia, etiku zvierat, etiku vedy, etiku techniky, profesijnú etiku hospodársku etiku atď..

*Lekárska (medicínska) etika* je pojem, ktorý súhrnne označuje etické problémy v medicíne (lekárstve). Orientuje sa na skúmanie vzťahu lekár - pacient, ale aj na skúmanie normatívnej regulácie vzťahov v rámci medicínskej profesie. Predmetom lekárskej etiky je riešenie morálnych problémov v špecifickej oblasti ľudského poznávania a konania, ktorej špecifickosť spočíva predovšetkým v tom, že lekár a sestra vykonávajú svoju prácu spravidla v podmienkach ľudskej núdze pacienta, tj. ide o problémy spojené s liečením a ošetrovaním ľudí – o etické problémy v poskytovaní zdravotnej starostlivosti (napr. problematika ideálnej

a dostupnej medicíny, práva pacientov, informovaný súhlas, paternalizmus lekára versus autonómia pacienta).

*Bioetika* je subdisciplína aplikovanej etiky. Tento pojem je širší ako medicínska etika. Rozumie sa pod ním skúmanie etických problémov nielen v praktickom výkone lekárskej praxe, ale aj vo výskume, navyše v ešte širšom význame slova sa pojem používa aj na okruh problémov týkajúcich sa geneticky manipulovaných organizmov, problematiky životného prostredia, ochrany biologickej diverzity a nášho správania sa k zvieratám. K rozvoju bioetiky prispievajú jednak stále nové poznatky, ktoré prinášajú aj zložité morálne otázky (možnosť prakticky neobmedzene udržiavať pri živote chorých v hlbokom bezvedomí, možnosť zasahovať do ľudského genómu nielen za terapeutickým účelom, možnosť pestovať in vitro ľudské embryá a prevádzať na nich pokusy, a pod.), jednak pluralita etických prístupov.

*Profesijná etika* je chápaná ako špecifický typ aplikovanej etiky. Aj keď na profesijnú etiku možno nazerať niekoľkými pohľadmi, väčšina profesií má svoje oficiálne etické princípy. Profesionálne konanie sa dá chápať ako stelesnenie kodifikovaných, principiálnych hodnôt a záväzkov. Prvoradým a najdôležitejším poslaním profesionálnej etiky by malo byť to, že sa snaží pomáhať dosahovať vlastný úspech cez všeobecne prijateľné štandardy, ako aj poskytnúť kompetentnú službu. Najnovším prístupom k profesijnej etike je prístup cez etiku cnosti. Tá sa zameriava na dobrý život profesionála, ktorý je schopný nájsť v svojom poslaní isté naplnenie (Kovaľová 2004, s. 5-7). Profesijná etika regenerovaním humanistických hodnôt prispieva k vytvoreniu ideálu človeka – odborníka, profesionála, vzdelanca, ktorý sa vyznačuje nielen bohatými odbornými vedomosťami, ale aj osobnou kultúrou, sociálnym cítením, morálkou (Hrehová a kol. 2009, s. 93).

Zdravníctvo sa na počiatku 21. storočia rozvíja v zvláštnej, komplikovanej dobe a prostredí. Vnímame nevídaný medicínsky pokrok a rýchlú aplikáciu biomedicínskych vied do praxe zdravotníckych pracovníkov. Využitie nových diagnostických a liečebných možností je silne podporované (z ekonomických dôvodov) farmaceutickým priemyslom, výrobcami zdravotníckej techniky, pomôcok a nových biomateriálov. Medicína a komplexná zdravotná starostlivosť dnes umožňujú zachraňovať život a prinavrátiť zdravie, alebo aspoň podstatne zlepšiť kvalitu nemocného, u tých prípadov, ktoré v minulosti boli beznádejnými.

Avšak v protiklade k týmto úspechom sa dnes zo strany pacientov, ale aj z radov samotných zdravotníkov ozývajú mnohé kritické hlasy. Upozorňujú na narastajúce deficity súčasnej medicíny a zdravotníckej starostlivosti, ktoré v dávnejšej minulosti boli ich základňou. Model nezištnej, účinnej a bezpodmienečnej pomoci človeku, ktorý sa ocitol pre chorobu, zranenie alebo iný postih vo fyzickej či psychickej núdzi alebo nebezpečenstve ohrozenia života – ako ho poznáme zo známeho biblického príbehu o „milosrdnom Samaritánovi“, prestáva byť vzorom dobrej medicíny a zdravotníctva v jej najhlbšej podstate a v jej poslaní.

Táto štúdia je venovaná práve tejto zložitej a náročnej otázke, ktorou sa ľudstvo zaoberá celé tisícročia, pretože v priebehu života sa s týmito skutočnosťami stretne každý. Narodením aj umieraním máme ohraničené úsečky svojho života. V oboch týchto životných situáciách je človek najbezmocnejší a odkázaný na pomoc zdravotníka. A aj v priebehu životnej

púte sa človek ocitne či už kvôli vlastným zdravotným problémom alebo kvôli ochoreniu svojich blízkych v tomto cudzo pôsobiacom zdravotníckom zariadení. Tu vníma jeho zložité systémy, jeho kultúru a jeho pôsobenie na nás. V porovnaní s inými inštitúciami fungujúcimi v rámci verejnej správy je zdravotnícke zariadenie svojím spôsobom jedinečné. Jedinečné predovšetkým v tom, aké intímne a citlivé stránky ľudskej prirodzenosti sú tu odkrývajúce zdravotníckym personálom, ktorý je preň v podstate cudzím. Obracia sa však naňho s dôverou a očakáva pritom porozumenie, pomoc, nádej a prinavrátanie zdravia. Sú však jeho očakávania vždy splnené? Má vždy pocit, že vložil svoju dôveru do správnych rúk? Otázka morálky zdravotníkov, teda celkového prístupu a vzťahu k pacientovi sa stáva vzhľadom na vyššie uvedené problémy čoraz zložitejšou.

## 1. Etika v zdravotníctve

Etika v zdravotníctve podľa Munzarovej (2005) je tvorená zložitou oblasťou medziľudských vzťahov, ktoré sa vytvárajú a rôzne preplietajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V týchto vzťahoch akoby dnešná medicína a zdravotníctvo niekedy strácali svoju „ľudskú, milosrdnú tvár“. Tú, ktorá sprostredkuje chorému človeku potvrdenie jeho neodňateľnej dôstojnosti, nenahraditeľnej hodnoty pre spoločnosť a jeho blízkych. Hodnota, ktorá sa pre postihnutie chorobou, bezvládnosťou jeho stavu, či blízkosťou smrti neodníma a ani nezmenšuje. Naopak, ktorá je stále a účinne prítomná v úsilí, postojoch a prístupe všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorým práve tento pacient zveril nielen svoje zdravie, ale dokonca aj celý svoj život. Hodnotu, ktorá zaistí, že ich práca, pozornosť a neochvejná zodpovednosť sú vždy na strane pacienta.

Iným problémom je narastajúci rozpor medzi, tým čo je dnes moderná medicína a zdravotná starostlivosť schopná pacientovi poskytnúť z hľadiska narastajúcich technických i technologických možností a zároveň obmedzeným ekonomickým priestorom, ktorý napokon neumožňuje realizovať mnohé z toho, čo by pacientom prinieslo zdravotný prospech. Niekedy badáme odklon medicíny od svojho prvotného poslania tj. „starostlivosti“ o chorého, trpiaceho, postihnutého, či umierajúceho človeka, a v mene súčasných trendov – efektívnosti, ekonomizácie, udržateľnosti, vedeckého alebo technologického pokroku, ktoré sa často dostávajú do rozporu aj s ľudskými právami a dokonca sa ustupuje od ochrany života, zdravia a skutočných záujmov pacienta, ktorý potrebuje pomoc.

Etické – morálne aspekty tvoria neoddeliteľnú súčasť práce zdravotníckeho personálu na všetkých úrovniach a vo všetkých medicínskych odboroch vo vzájomnej interakcii s pacientom. Vzťahy lekár – pacient a vzťahy medzi ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi sú stále diskutované aj napriek tomu, že sa vyvíjajú už od nepamäti.

## 1.1. Historický vývoj medicínskej etiky

Počiatky medicínskej etiky treba hľadať už v staroveku, kedy ľudia začali zhromažďovať a triediť poznatky o tom, ako pomôcť chorému, slabému, duševne postihnutému a starému človeku. Vzťah človeka k človeku bol veľmi závislý od jeho spoločenskej úrovne. Jav triedenia ľudí na slobodných a otrokov v staroveku dominoval. Konanie dobra, teda mravnosť považovali starí Gréci viac za citovo podmienený jav.

Sokrates (469-399 pr. Kr.) ako prvý poukázal na to, že je treba poznať seba samého a toto poznanie bude pravdivé vtedy, keď je prístupné, objektívne a logické nielen pre jedného či niekoľkých jednotlivcov, ale pre mnohých ľudí. Ten, kto pozná, čo je pravdivé a podľa toho koná, je hlásateľom dobra. Sokrates je pokladaný za otca etiky.

Jeho žiak Platón (427-347 pr. Kr.), syn kráľovského lekára, bol polyhistorom. Zdravie podľa neho je vonkajšie dobro. Byť dobrým znamená dokázať tvoriť kladné hodnoty, usku-točňovať praktické cnosti. Najvyššie dobro je výsledok ľudského konania, jeho najvyšší cieľ, sebarealizácia človeka. Keďže človek je vo svojej prirodzenosti spoločenský, jeho sebarealizácia je možná len v uskutočňovaní všeobecného dobra celej spoločnosti.

K vrcholu medicínskej etiky v staroveku sa dopracoval grécky lekár z ostrova Kós Hippokrates (460 - 377 pr. Kr.). V jeho diele Corpus Hippocraticum sú zhrnuté dovtedajšie poznatky medicíny. Zvláštny dôraz kládol na osobnosť lekára. V svojej práci vyzdvihoval *dôstojnosť a vzájomnú dôveru medzi lekárom a pacientom*. Tejto otázke sa s veľmi vážnym dôrazom venuje vo svojom majstrovskom diele, ktorého znenie ostáva aktuálne aj dnes v podobe Hippokratovej prísahy. O liečení sa v nej Hippokrates zmieňuje v troch rovinách: dietetickej, farmakologickej a chirurgickej. Všetky jeho odporúčania, ktoré uviedol v prísaha ohľadne liečby, boli veľmi vzdialené bežným praktikám vtedajšieho Grécka. V znení tejto prísahy<sup>x</sup> sa odzrkadľovali názory malej, izolovanej skupiny, presadzujúcej prísnejšiu morálku pre lekárov, než boli tie, ktoré formuloval Platón. Prispôsobená súčasnej dobe je známa pod názvom „Ženevská prísaha lekára“. Stredná časť prísahy sa užíva doslovne (Munzarová 2005, s. 20-21).

Z ďalších antických národov sú pre európsku tradíciu snáď najvýznamnejší Židia. V ich živote náboženstvo zohrávalo podstatnú úlohu. Prikázania uvedené v Biblii (Starý

<sup>x</sup> **Doslovné znenie Hippokratovej prísahy:** „Prisahám pri Apolónovi, bohovi lekárstva, pri Aeskulapovi, Hygiei a Panacei, aj pri všetkých bohoch a bohyniach, a dovoľávam sa ich svedectva, že túto prísahu a tieto záväzky budem podľa svojich síl a svedomia riadne dodržiavať: Svojho učiteľa v tomto umení si budem rovnako ctiť ako vlastných rodičov a vďačne mu ponúknem všetko potrebné, ak si to vyžiada nutnosť. Jeho potomkov budem pokladať za vlastných bratov a keď sa budú chcieť vyučiť tomuto umeniu vyučím ich bez nárokov na odmenu a zaviazanosti. Umožním svojím synom aj potomkom svojho učiteľa, po osvojení si profesie a zaviazaní sa touto prísahou, aby sa zúčastňovali na mojich prednáškach, poradách a vedeckých podujatiach. Ale nikomu inému. **Spôsob svojho života zasväťím podľa vlastných síl a svedomiu úžitku chorým a budem ich chrániť pred krivdou a svojvoľným bezpráviem.** Nedám sa uprosiť na podanie smrtiaceho lieku, ani to neporadím. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnanie plodu. Svoj život a svoje umenie budem chrániť v čistote a posvätnosti. Sám nebudem operovať kamene, ale prenechám to tým, ktorých je to živnosťou. Ak vkročím do niektorého domu, tak len pre potrebu pacienta a budem sa vyhýbať svojvoľnému bezpráviu a inému ublíženiu, taktiež chůtkam po ženách a mužoch, slobodných alebo otrokoch. Ak niečo uvidím alebo počujem pri liečení aj mimo lekárskej starostlivosti a živote ľudí, čo by sa nemalo prezradiť, udržím to v tajnosti. Ak túto prísahu dodržím a nezradím, nech mám úspechy v svojom umení a úctu u všetkých ľudí. Ak túto prísahu poruším a zneuctím, nech ma postihne pravý opak.“

zákon) kázali ľuďom ctiť a poslúchať Boha, mať v úcte svojich rodičov, príbuzných i blízkých. V skorších dobách boli mnohí židovskí lekári najprv rabínmi a odhaduje sa, že viac ako polovica najznámejších stredovekých rabinských učencov a spisovateľov boli súčasne aj lekármi. Aj v dnešnej dobe sú rabíni najväčší znalci morálky a ich slovo má v sporných otázkach omnoho väčšiu váhu ako slovo lekára. Na rozdiel od hippokratovského princípu, ktorý do určitej miery subjektívne hodnotí „blaho“ pre chorého, židovská lekárska etika stojí na niekoľkých jasne formulovaných princípoch: posvätnosť a dôstojnosť ľudského života, vychádzajúca z toho, že človek je stvorený k obrazu Božiemu; povinnosť starať sa o svoje zdravie; nekompromisný odpor voči poverám a iracionálnym spôsobom liečenia (zaklínanie, zariekavanie), rigidný kódex hygienických a dietetických opatrení (napr. zákaz bravčového mäsa a mäsových výrobkov obsahujúcich krv zvierat); jasný kódex sexuálnej morálky atď. (Munzarová 2005, s.26-29).

Na židovskú tradíciu nadviazalo neskôr kresťanstvo. V biblickom podobenstve o milosrdnom Samaritánovi podal *Kristus* príklad milosrdného prístupu a nezištnej starostlivosti o cudzieho človeka v núdzi (konkrétne v chorobe), ktorý sa stal základným princípom kresťanstva v jeho prístupe k chorému človeku (*Lukáš 10,33* – evanjelista Lukáš bol lekárom a zaznamenal toto podobenstvo ako jediný z evanjelistov).

V neskoršom staroveku a stredoveku sa učenie o dôstojnosti človeka šírilo rýchlo a tým sa začal rozpad otroctva. Kresťanská náuka hlásala, že všetci ľudia sú deti Božie a ako také sa majú navzájom chovať voči sebe. V tomto období sa o chorých často starali ľudia žijúci v mníšskych rádoch, ktorí boli úplne odovzdaní Bohu a cirkvi.

V stredoveku vyvrcholilo učenie v teologickej etike *Tomáša Akvinského*. Podľa neho základnou normou mravnosti je ľudská prirodzenosť človeka k sebe samému aj voči iným. Prostriedkom mravného dobra je rozum. Svedomie človeka je subjektívnym kritériom pre rozlišovanie dobra a zla. Objektívnym kritériom je Božie zjavenie – absolútna norma mravnosti. Ak Boh stvoril človeka takého akým je, tak preto, aby dosiahol vytýčený cieľ v transcendentne. Boh dal človeku slobodu, ale tým ho urobil aj zodpovedným za jeho konanie. Od doby Tomáša Akvinského sa povinnosti lekárov objavujú aj v spovedných príručkách a v morálnych teologických súhrnoch, zasadených do širokého rámca katolíckej morálky (Munzarová 2005, s.32).

V novoveku je príznačné zdôrazňovanie prirodzeného poznania ako kritéria mravnosti, bez odvolávania sa na autoritu Boha. Pre medicínsku etiku je pozoruhodný *altruizmus*, ktorý obhajoval *D. Hume v 17. storočí*. Prirodzený cit človeka sleduje pocit blaha, šťastia, bolesti a zármutku i toho druhého. Teda rešpektovanie čítania a mienky druhého je mierou mravnosti.

*Liberalizmus* v myslení nastolený osvietencami, viedol cez Francúzsku buržoázu revolúciu v ďalšom vývoji k socialistickým až komunistickým cieľom. Tieto programovo sledujú dobro určitého celku - „spoločnosti“, „triedy“, ale do istej miery zanedbávajú hodnotu človeka ako individua. Podľa *Lenina* je človek najvyšším stupňom vývoja hmoty. Myslenie človeka spočíva v odraze hmoty v pohybe. Sociálne povedomie človeka neuznáva ako vrodenu vlast-

nosť, ale ako získanú podľa postavenia človeka v spoločnosti, v určitých podmienkach života a výchovy. V „socialistických krajinách“ získal *marxizmus-leninizmus* vedúce postavenie vo forme ideológie vládnuccich komunistických strán a predpisoval centrálne čo je pravda, dobro a zlo, miera spravodlivosti, čo je sloboda, mravnosť a estetika. Táto ideológia sa musela prijímať bez odporu. Občan vedel, že sa musí podriaďiť, i keď s ňou vnútorne nesúhlasil. To viedlo k morálnej degradácii spoločnosti, k apatii, k zmanipulovaniu vedomia a svedomia. Mnohé deklarované mravné hodnoty a princípy sa v praxi nedodržiavali alebo prekrúcali.

V západných európskych krajinách získal veľký vplyv *existencializmus* (A. Sartre). Zaoberal sa problémom slobody ľudského konania. Módou sa stala zvyková morálka spoločnosti, v ktorej človek žije - *“robia to tak mnohí, preto to robím tak aj ja”*. Tu je mravnou hodnotou dekadentizmus, liberatinizmus, amoralizmus, podľa ktorých človek môže a má robiť to, k čomu má sklon, na čo má chuť, pričom jedinou hranicu tvorí sloboda iného človeka.

F. Nietzsche rozvinul snáď najextrémnejšie prístup individualizmu. Považoval doterajšiu morálku za bezcennú a mala byť nahradená novou. Boj o život podporuje vývoj k vyššej dokonalosti. Všetko slabé, nedokonalé podlieha v tomto zápase silnému a zdravému. Súcit je prejavom slabosti. Kresťanská morálka patrí slabým, ktorí tvoria väčšinu ľudstva. Tieto menejcenné duše sú stvorené k podmaneniu a vytvárajú kresťanskú morálku súcitu, ktorá učí milovať blížneho, neškodiť, pomáhať a uskutočňovať rovnosť pre všetkých. Zároveň vyhlasuje, že to isté hlása i menejcenný socializmus a každá demokracia. Toto učenie doviedlo Nemecko počas II. svetovej vojny tak ďaleko, že ľudia inej rasy boli mučení, zabíjaní a niektorí nacistickí lekári (najznámejší Dr. Mengele) vykonávali eticky neprípustné, neľudské pokusy na zajatcoch a väzňoch v koncentračných táboroch. Po vojne boli títo lekári odsúdení pre zločiny proti ľudskosti. Bránili sa tým, že vykonávali len cudzie rozkazy. Ich obhajoba bola zamietnutá na základe tzv. *prirodzeného zákona*, ktorého základom je rešpektovanie individuálneho práva každého človeka na život a na jeho posvätnosť, na ochranu zdravia a života.

Tento stručný popis historického vývoja etického myslenia podľa L. Šoltésa mal slúžiť prezentácii rozmanitosti pohľadov na to, aby človek konal dobro. Ľudské konanie je vedomé a slobodné. Človek je za svoje konanie zodpovedný. Na vedomé konanie je človek pripravený antropologicky – slobodou vôle, schopnosťou poznávania a úrovňou svedomia. Vrcholom prirodzeného mravného konania je plnenie pravidiel, zákonov, deklarácií, dohovorov a morálnych noriem ľudskej spoločnosti.

## 1. 2. Modely a princípy medicínskej etiky

Základy lekárskej etiky, vychádzajú z hippokratovskej tradície a v priebehu času boli uvedené do súladu s tradíciami monoteistických náboženstiev (predovšetkým s tradíciou

židovsko-kresťanskou). Modely medicínskej etiky odhaľujú podstatu medicínskej etiky, ktoré sú známe podľa štyroch historických modelov (Kovaľová 2004, s. 28 - 30): model Hippokrata, model Paracelsa, deontologický model, a model súčasnej medicínskej etiky.

### **1.2.1. Model Hippokrata a princíp „neškodnosť“ (non- malificencia)**

S menom Hippokrata ako „otca“ medicíny sa spája vznik profesijnej medicínskej etiky. Prvou historickou formou medicínskej etiky boli morálne normy a princípy, vyjadrené už v spomínanej Hippokratovej prísaha, ktoré zosobňovali hlavné povinnosti lekára voči chorému a voči svojim kolegom. Praktický vzťah lekára k chorému a k zdravému človeku, od začiatku orientovaný na starostlivosť, pomoc, podporu, je bezpochyby hlavnou črtou profesijnej medicínskej etiky. Normy a princípy konania lekára, ktoré Hippokrates stanovil, nie sú len obyčajným odrazom špecifických vzťahov v konkrétno-historickej epoche. Sú naplnené nadčasovým obsahom a fungujú aj dnes, aj keď sa nepatrne zmenili, najčastejšie v nejakom etickom kódexe. Medzi stavovské mravné normy obsiahnuté v tejto Prísaha patria: *vždy pomáhať trpiacim, chrániť osobné aj rodinné tajomstvo, s ktorým sa chorý zverí lekárovi, nezneužívať preukázanú dôveru k „nízkym cieľom“, nezahanbiť česť stavu, do ktorého lekár vstúpil, byť svedomitý, skromný, rozvážny, čistotný, rozhodný, stále dobrej mysle atď..* Dominantným morálnym princípom etiky Hippokrata je princíp „neškodit“, ktorý zosobňuje občianske krédo lekárskeho spoločenstva, základnú profesijnú garanciu, ktorá sa môže skúmať ako podmienka jeho uznania celou spoločnosťou a každým človekom, ktorý zverí lekárovi svoj život. (Kovaľová 2004, s. 28).

Hippokratove myšlienky, zásady vzťahu lekára k pacientovi, založené na úcte k životu a láske k človeku, chápanie medicíny ako povolania, si zachovávajú trvalú platnosť.

### **1.2.2. Model Paracelsa a princíp „prospešnosť“ (beneficencia)**

Ďalšou historickou podobou medicínskej etiky sa stal tzv. model Paracelsa, ktorý sa sformoval v stredoveku. V Paracelsovi nevidíme len zakladateľa „výroby“ liekov na báze chémie, ale aj tvorca empiricko-psychického liečenia. Model Paracelsa je medicínska etika, v ktorej sa morálny vzťah k pacientovi chápe ako „stratégia terapeutického konania lekára“. Na rozdiel od predchádzajúceho modelu, v ktorom sa konanie lekára zameriava na získanie „sociálnej dôvery pacienta“, u Paracelsa sa konanie lekára orientuje na pochopenie *emocionálno-psychických špecifik osobnosti, „uznanie hĺbky jej duševno-duchovných kontaktov s lekárom a následne ich premietnutie do liečebného procesu.“* (Kovaľová 2004, s. 28)



Tento model odzrkadľuje určitú formu paternalizmu ako typ vzájomnej spätosti lekára a pacienta. Medicínska kultúra používa latinské slovo „páter“ – otec, ktoré širilo kresťanstvo (kňaz, Boh) ako „vzor“ pre vzťah lekár – pacient. Zmysel slova „otec“ v paternalizme zdôrazňuje, že vzorom pre vzťah lekár - pacient nie sú len pokrvno-príbuzenské vzťahy, charakteristické pozitívnymi psycho-emocionálnymi putami a sociálno-morálna zodpovednosť, ale aj „liečivosť“, „božskosť“, samotného kontaktu lekára a chorého. Tzv. „liečivosť“ a „božskosť“ je daná konaním dobra lekára, snahou byť pacientovi prospešný, starať sa o dobro pacienta, tj. vyliečiť ho, zachrániť mu život a pod.. Je zrejmé, že hlavným morálnym princípom, ktorý sa sformoval v tomto modeli, je princíp „byť prospešný“ (prospešnosť). Liečenie je organizovaná realizácia dobra, ktoré prináša vyliečenie z choroby a oddialenie smrti. (Michajlova, Bartko 1995, s. 34)

### 1.2.3. Deontologický model a princíp „plniť povinnosť“

Výraz *deontológia* (z gr. to deon – povinnosť), vyjadruje v medicíne morálnu bezúhonnosť v zmysle konania lekára v zhode s určitými etickými normatívmi a tvorí dôležitú súčasť medicínskej etiky. V tomto zmysle princíp „*plniť (splniť) si povinnosť*“, tvorí jej deontologickú úroveň alebo deontologický model. Následne deontologický model etiky je komplexom nutných (potrebných, záväzných) pravidiel správania a konania, ktoré sú súčasťou konkrétnych oblastí medicínskej praxe (napr. chirurgická deontológia a pod.). V *Deontologickom kódexe Slovenskej lekárskej komory* sa okrem všeobecných povinností lekárov v časti II. Povinnosti lekára voči chorým, zdôrazňujú tieto povinnosti:

- Lekár ručí chorému vo svojej zdravotnej starostlivosti za zodpovedné, svedomité a starostlivé plnenie profesionálnych povinností a za to, že vždy včas a dôsledne zistí všetky náležité diagnostické a liečebné opatrenia, ktoré stav chorého vyžaduje.
- Lekár sa k chorému správa korektne, s pochopením, trpezlivo a neznižuje sa k hrubému alebo nemravnému jednaniu.
- Lekár rešpektuje všetky pacientove občianske práva, vrátane zodpovednosti za vlastné zdravie.
- Lekár je povinný zodpovedne, zrozumiteľne a primerane informovať chorého alebo jeho zákonného zástupcu o povahe ochorenia, o zamýšľaných diagnostických a liečebných úkonoch a o ďalších dôležitých okolnostiach.
- Lekár smie odmietnuť starostlivosť o chorého (s výnimkou prípadov bezprostredne ohrozujúcich život alebo vážne ohrozujúcich zdravie chorého), iba ak by sa neúmerne zvýšilo jeho pracovné zaťaženie alebo z titulu svojej nepríslušnej odbornosti a ďalej v prípadoch, ak je ohrozený jeho vlastný život alebo zdravie.
- Lekár vo vzťahu k chorému nesmie zneužívať jeho dôveru a závislosť akýmkoľvek spôsobom, najmä tým, že by si vynucoval akýkoľvek úplatok.

Charakter týchto noriem je dostatočne dôrazný. Je zrejmé, že zanedbanie a porušenie môže mať za následok konkrétne disciplinárne a právne postihy (pre lekárov). Princíp „plniť si povinnosť“ je hlavným princípom v deontologickom modeli, zaväzuje k plneniu istých požiadaviek. Nesprávne alebo nevhodné konanie je také, ktoré protirečí požiadavkám, ktoré lekár musí plniť ako člen lekárskeho stavu, spoločnosti a v zhode s vlastnou vôľou a rozumom. Idea povinnosti je určujúcim, a dostatočným základom konania lekára. Ak je človek schopný konať na základe povinnosti, môže vykonávať svoju profesiu.

#### 1.2.4. Bioetika a princíp „úcty k právam a dôstojnosti“

Na rozdiel od medicínskej etiky na úrovni deontologického modelu, *v súčasnej bioetike sa podstatným stáva riešenie nejakej nešpecifickej, hraničnej situácie*, napríklad riešenie konfliktu práv: právo plodu na život a právo ženy na interrupciu, alebo právo smrteľne chorého na dôstojnú smrť, ktorý vstupuje do konfliktu s právom lekára plniť si profesionálnu povinnosť „neškodiť“ zároveň so všeľudskou normou „nezabiješ“.

V súčasnosti už nehovoríme len o pomoci pre chorého, ale aj o možnostiach riadiť procesy počatia a umierania, ktoré však môžu mať problematické fyzické a metafyzické (mravné) dôsledky pre celú ľudskú populáciu. Napríklad spojenie reprodukčnej medicíny a génových technológií priviedlo ku vzniku metódy preimplantčnej diagnostiky, k zrodu idey umelej výroby orgánov a k terapeutickým zásahom do štruktúry organizmov s cieľom zmeniť ich. Práve v tejto oblasti sa stretávame s otázkami, ktorých morálna váha omnoho prevyšuje tie, ktoré sa zvyčajne stávajú predmetom politických diskusií. O čo tu ide? Preimplantačná diagnostika umožňuje napr. podrobiť embryá v osembunkovom vývojovom štádiu genetickej kontrole. Uvedená metóda umožňuje rodičom vylúčiť prípadné riziko postihnutia plodu dedičnými chorobami. Pri potvrdení rizika, embryo „v skúmavke“ (in vitro) sa neimplantuje do maternice ženy, čo znamená že neskôr nebude musieť podstúpiť interrupciu. Výskum kmeňových buniek, (bunky, z ktorých sa formujú všetky bunky tkanív organizmu) je tiež orientovaný na medicínsku perspektívu starostlivosti o zdravie, napr. ide o vypestovanie buniek z embryonálnych kmeňových buniek, z ktorých by sa následne vypestovali rôzne potrebné orgány a tkanivá potrebné pre transplantačné účely (Kovaľová 2004, s.30).

Z tohto dôvodu podľa J. Habermasa v súčasnej dobe nie sú zriedkavé tlaky na zákony o ochrane embryí, ktoré majú za cieľ pozmeniť, ich „*v prospech priority výskumnej slobody pred ochranou života embryí*“, pričom naráža na súčasnú situáciu v Nemecku, kde stále častejšie v tejto súvislosti zaznievajú hlasy, ktoré stavajú proti sebe právo na kvalitu života a právo na jeho nedotknuteľnosť, resp. ide o konfrontáciu úžitku (osohu, užitočnosti) v duchu utilitaristického znenia: „čo najväčšie dobro pre čo najväčší počet ľudí“ a princípu

rešpektovania ľudskej dôstojnosti a nedotknuteľnosti ľudského života (Habermas 2003, 23-24).

Princíp dôstojnosti človeka je kritériom pri väčšine etických rozhodovaní. Týka sa napr. ochrany vznikajúceho človeka – problémy, ktoré súvisia s umelých prerušením tehotenstva, ale aj jeho ukončenia – problémy eutanázie. Je taktiež dôležitým východiskom pri etickom posudzovaní takých zásahov, ako je náhradné materstvo („umelé tehotenstvo“), nové reprodukčné technológie (oplodnenie in vitro a i. metódy), génové technológie, atď.. Zdá sa, že tento princíp je najvšeobecnejším princípom bioetiky a je implicitne zahrnutý a predpokladaný v niektorých ďalších bioetických princípoch. Na základe uvedeného, je možné súhlasiť s M. Nemčekovou, podľa ktorej dôstojný prístup k človeku znamená (Nemčeková 2000):

- a) prejavovať úctu k hodnote ľudskej bytosti, jej osobnosti a individualite, vrátane jej ochrany,
- b) rešpektovať slobodu, ktorá je špecifickým znakom ľudského bytia, konštruktívnym prvkom ľudskej existencie, ide o slobodu rozhodovať o sebe priamo alebo sprostredkované, na základe vôle nezávislej na donútení,
- c) spravodlivosť (sociálnu, individuálnu), tzn. nežiadať ani nedostávať viac z hľadiska osobnej výhody, čo nevylučuje kompenzácie nevýhody: ide o rozdeľovanie hodnôt na základe rovnosti nie ako rovnakosti (potrieb, zásluh), ale ako rovnocennosti (v možnostiach prístupu bez znevýhodňovania),
- d) rovnoprávnosť (opak diskriminácie), ktorú možno chápať ako aj spravodlivosť z hľadiska realizácie a ochrany práv a povinností,
- e) vytvárať možnosti na uspokojovanie potrieb a záujmov ľudí.

V odbornej literatúre sa, okrem týchto modelov a z nich vyplývajúcich princípov, stretávame aj s ďalšími *fundamentálnymi princípmi medicínskej etiky: princíp autonómie, princíp spravodlivosti, princíp zodpovednosti, princíp bezpečnosti (preventívnej opatrnosti) a princíp transparentnosti.*

### **1.2.5. Princíp autonómie**

Princíp autonómie sa v posledných rokoch stáva jedným z najpreferovanejších a najdôležitejších. Základom novej kvality vzťahov medzi zdravotníkmi a pacientmi, popri uplatňovaní vyššie spomínaných princípov, sa stávajú zásady úcty k autonómnej osobnosti pacienta a k jeho ľudskej dôstojnosti, k spôsobilosti rozhodovať o sebe. Pojem autonómia je v etike jedným zo základných, pretože len autonómna osobnosť môže slobodne konať (na

princípe slobodnej voľby), len vtedy totiž možno hovoriť o zodpovednosti a o možnosti uplatňovať akékoľvek etické kategórie (Nemčeková 2000).

Tento princíp rešpektuje autonómiu ako stav nezávislého, samostatného jednania, bez vonkajšieho ovplyvňovania (*autos* – sám, *nomos* – zákon). Každý človek je najlepším sudcom svojich vlastných zámerov a záujmov. Je to forma slobodnej aktivity, v ktorej jednotlivec určuje spôsob svojho jednania v súlade so svojimi plánmi podľa vlastného výberu, prania, hodnôt a ideálov. Autonómia predpokladá schopnosť zvážiť a rozlíšiť jednotlivé alternatívy a schopnosť uskutočniť vlastný plán, ktorý si človek predsavzal. Vyzdvihovanie autonómie odzrkadľuje individualizmus, podporuje tvorivú schopnosť a odporuje konformite. V kontexte lekárskej etiky sa týka predovšetkým práva nemocného na sebaurčenie, deklarované informovaným súhlasom o každom konaní zo strany zdravotníckeho personálu jeho osobe. (Munzarová 2005).

### 1.2.6. Princíp spravodlivosti

Tento princíp má súvislosť predovšetkým s rozdeľovaním prostriedkov, dobra a aj zaťaženia služieb. Existujú dve hlavné formy uplatňovania tohto princípu: buď pomocou porovnávania potrieb jednotlivcov alebo skupín ľudí v prípade obmedzených zdrojov, alebo na základe určitého kľúča bez porovnávania. Problém, ktorý vzniká pri rozdeľovaní určitého ohraničeného zdroja, je spravodlivo určiť tú jeho časť, ktorá ľuďom buď patrí, ak sú v ňom zainteresovaní. Pri riešení tohto problému je potrebné používať, tzv. kritéria spravodlivosti. Známe je kritérium spravodlivosti, ktoré siaha až k Aristotelovi a možno ho sformulovať nasledovne: „s rovnakými sa má zaobchádzať rovnako“. Toto kritérium sa nazýva „elementárne“ alebo „minimálne“. V reálnom živote, v reálnych situáciách je však nutné využívať aj ďalšie kritéria, čo je však často problematické. Pojem sociálnej spravodlivosti, ktorý bežne používajú prakticky všetci ľudia, sa na prvý pohľad zdá byť samozrejým. Tzv. kritériu spravodlivosti je však väčšie množstvo. Pre rôznych ľudí sú spravodlivé rôzne veci - dochádza tu k odlišnému chápaniu spravodlivosti, čo býva zdrojom častých konfliktov. Z veľkého množstva kritérií spomenieme niektoré (Kovaľová 2004):

- *kritérium rovnosti* – je najjednoduchším a možno ho vyjadriť, tak, že „každý musí dostať rovnako“. Problém môže nastať vtedy, ak nie každý potrebuje ten istý rozdeľovaný zdroj, napr. životne dôležitý liek nepotrebuje každý.
- *kritérium potreby* – je opačným prípadom predchádzajúceho kritéria. Zdroj, ktorý bude rozdelený podľa potreby nemusí byť pre každého rovnako podstatný. Pre jedného môže byť napr. len vrtochom pre iného nevyhnutnosťou.

- *kritérium uspokojovania rozumných potrieb* - uspokojenie sa týka nie všetkých našich potrieb, ale len tých „rozumných“. Kto však a na akom základe bude definovať rozumné potreby.
- *kritérium podľa zásluh* – vyplýva z idey, že podiel každého sa určuje jeho zásluhami, čo zase prináša problém „podľa akého kritéria určiť hodnotu týchto zásluh?“

Princíp spravodlivosti (ako aj všetky analyzované princípy) nie je absolútny, ale relatívny pôsobí ako *prima facie princíp*, (lat. „hneď na prvý pohľad“). Napríklad, ak sa v situácii transplantácie orgánu od darcu ukáže, že človek, ktorý zaberá v poradovníku čakaťov takmer posledné miesto, ale nachádza sa vo veľmi kritickom stave, môžeme sa riadiť povinnosťami vyplývajúcimi z princípu spravodlivosti a princípu neškodnosti; jeho uprednostnenie možno zdôvodniť princípom spravodlivosti, hlavne podľa kritéria potreby.

### 1.2.7. Princíp zodpovednosť

H. Jonas považuje zodpovednosť za najzákladnejší princíp ľudského bytia. Interpretuje ho ako schopnosť prijímať povinnosť a samotnou podstatou človeka je zachovať podmienky ľudskej existencie a jej podstaty. Priestor pre obhajobu týchto imperatívov si vytvára kritikou tradičnej etiky, ktorá je podľa neho charakteristická tým, že „tradičná“ etika bola vždy antropocentrická, jednostranná a perspektíva týkajúca sa dôsledkov príslušného konania sa obmedzovala len na bezprostredné a časovo blízke následky. Zodpovednosť človeka sa týkala len toho, čo teraz a tu vykonal. „Nová“ etika zodpovednosti vzniká v nových podmienkach životnej situácie človeka, kedy v období modernej vedy a techniky dochádza nielen k regresívnej zmene kvality bytia človeka, ale aj ohrozenia samotného bytia budúcich generácií. Etika vhodná pre súčasnú civilizáciu by sa teda mala opierať o princíp zodpovednosti, ktorý bude mať preventívny charakter, tj. obracia sa smerom do budúcnosti. H. Jonas zdôrazňuje, že človek sa pokúša manipulovať so svojou smrteľnosťou, vďaka pokrokom v bunkovej biológii sa mu naskytla možnosť ju aj neobmedzene predĺžiť. Imperatív, primeraný novému typu ľudského konania a obrátený k novému typu konajúceho subjektu, by znel asi takto: „*Konaj tak, aby účinky tvojho konania boli zlučiteľné s trvaním skutočne ľudského života na Zemi.*“ (Jonas 1997, s.34-35). Tento princíp sa teda musí presadzovať predovšetkým v oblasti génových manipulácií v medicíne, v klonovaní, genetickej diagnostike, ale aj v otázke informácií a súhlasu s darovaním orgánov a tkanív, a tiež zákazu obchodovania s nimi.

### 1.2.8. Princíp bezpečnosti (preventívnej) opatrnosti

Tento princíp sa týka geneticky modifikovaných potravín (skrátene GMO), ktorého význam vzrástol v 90.-tych rokoch 20. storočia a začína sa považovať za jeden z najdôležitejších princípov súčasnej bioetiky. Každá geneticky modifikovaná rastlina, alebo mikroorganizmus predstavuje novú potravinu, nakoľko ide o nový druh čo do zloženia aminokyselín a bielkovín, ktoré človek doteraz neprijímal. Táto modifikácia má svoje mnohé pozitíva (napr. väčší vzrast plodov, odolnosť voči škodcom alebo plesniam, atď), avšak prináša so sebou mnoho rizík a obáv, predovšetkým:

- nevieme predvídať, aká bude odpoveď človeka na príjem takýchto „cudzorodých“ bielkovín a na zvýšenie alergizácie detí (pretože ide o určitú imunologickú záťaž organizmu, nakoľko platí, že antigény sú bielkovinovej povahy),
- nie sú známe účinky na organizmus gravidných žien a na detský organizmus,
- zatiaľ vôbec nevieme, čo prinesie technológia GMO v budúcnosti.

Z takýchto dôvodov sa predovšetkým v európskej bioetike presadzuje princíp bezpečnosti, ktorý je takmer totožný s princípom opatrnosti (European Group on Ethics in Science and New Technologies, 2001, s.13).

Z hľadiska informovanosti, ochrany a bezpečnosti zdravia spotrebiteľov potravinových produktov prijala Európska komisia v roku 1997 Nariadenia EC 258/97 a 1813/97, pretože s praktickým uplatňovaním boli isté problémy. Európska komisia súhlasila s nasledovným výkladom (European Group on Ethics in Science and New Technologies, 2001, s.18):

- Výrobky, ktoré neobsahujú GMO, sa môžu uvádzať do obehu bez označenia. Možno aj nepovinne označiť, že výrobok nie je GMO pôvodu, pokiaľ túto skutočnosť potvrdzuje certifikát.
- Výrobky, ktoré sú GMO pôvodu, musia byť povinne označené (napr. výrobok obsahuje GMO).
- V prípadoch, keď použitie GMO pôvodu nemôže byť vylúčené a neexistuje možnosť dôkazu prítomnosti takéhoto GMO, musí byť výrobok označený „môže obsahovať GMO“.

### 1.2.9. Princíp „transparentnosť“

Princíp transparentnosti zabezpečuje jasnú a zrozumiteľnú interakciu medzi vedou a spoločnosťou, bez akýchkoľvek špekulácií, nejasností a podvodov European Group on Et-

hics in Science and New Technologies, 2001, s.14)., čo znamená podriaadiť genetický výskum pod prísnu spoločenskú kontrolu a tak zároveň zabezpečiť jeho maximálnu prehľadnosť.

## 2. Deklarácie a dohovory

Jednotlivé štáty, v snahe predísť experimentom, ktoré boli vykonané na ľuďoch počas II. Svetovej vojny, sa rozhodli chrániť ľudskú dôstojnosť pred opakovaním sa vojnových katastrof. Po hrôzach, ktorých sa dopustil svet v tomto povojnovom období minulého storočia sa „rozbehla“ kodifikácia medicínskych princípov na medzinárodnej úrovni vo forme dohovorov, kódexov, deklarácií a zmlúv.

V roku 1947 Norimberský tribunál počas prípravy procesu s nacistickými vojnovými zločincami – lekármi, vypracoval, tzv. *Norimberský kódex*, ktorého zmyslom je zabrániť medicínskym pokusom na ľuďoch v takej podobe ako boli uskutočňované počas vojny v koncentračných táboroch. Jeho znenie hovorí o ochrane ľudského života, o možných medicínskych experimentoch len s dobrovoľným súhlasom pokusnej osoby a bez rizika následkov na zdraví alebo živote pokusnej osoby. Nakoľko sa stal základným kameňom pre formuláciu ďalších dohovorov a deklarácií, uvádzame aj jeho znenie vo všetkých desiatich bodoch:

1. Základnou podmienkou prevedenia experimentu je dobrovoľný súhlas pokusnej osoby.
2. Pokus by mal priniesť plodné výsledky, ktoré slúžia dobru spoločnosti a ktorý sa nedá dosiahnuť inými metódami a spôsobmi štúdia. Pokus by mal mať jasný vytýčený cieľ a zmysel.
3. Predpokladané výsledky pokusu by mali dostatočne zdôvodniť jeho uskutočnenie. Preto je treba pokus plánovať a vychádzať z výsledkov pokusov na zvieratách a zo znalosti prirodzeného vývoja nemoci alebo ostatných študovaných problémov.
4. Pri pokuse je treba dbať o to, aby sme sa vyhýbali i zbytočnému fyzickému a duševnému utrpeniu alebo poškodeniu.
5. Je potrebné upustiť od pokusov, o ktorých sa môžeme vopred domnievať, že spôsobia smrť alebo poškodenie s trvalými následkami. Výnimkou môžu byť snáď len také pokusy, pri ktorých experimentujúci lekári slúžia zároveň aj ako pokusné osoby.
6. Veľkosť podstupeného nebezpečenstva by nikdy nemala presiahnuť stupeň daný humanitárnou dôležitosťou riešeného problému.
7. Je potrebné učiniť potrebné opatrenia a zabezpečiť náležité podmienky na ochranu pokusnej osoby proti čo i najmenšej možnosti ublíženia na tele, trvalého poškodenia alebo smrti.
8. Je potrebné, aby pokus riadili len vedecky kvalifikované osoby. Vo všetkých štádiách pokusu musia osoby, ktoré ho riadia alebo prevádzajú, pracovať na vysokej vedeckej úrovni a starostlivo.
9. Je potrebné, aby v priebehu pokusu mala pokusná osoba možnosť žiadať o ukončenie pokusu, pokiaľ dosiahla takého duševného alebo fyzického štádia, ktoré podľa jej názoru nedovoľuje pokračovať v pokuse.
10. Vedecký pracovník musí byť pripravený ukončiť pokus v ktorejkoľvek fáze, pokiaľ aj napriek vynaloženej snahe, najvyššej zručnosti a po dôkladnom zvážení má dôvod sa domnievať, že by pokračovanie v pokuse viedlo k ublíženiu na tele, k trvalému poškodeniu alebo k smrti pokusnej osoby.

Ďalším veľmi významným dokumentom, ktorý vychádzal z negatívnych skúseností zaobchádzania s človekom z II. Svetovej vojny bola *Všeobecná deklarácia ľudských práv (UDHR)*. Ide o vyhlásenie, ktoré bolo prijaté Valným zhromaždením Organizácie Spojených národov (dňa 10. decembra 1948). Deklarácia sa stala prvým globálnym vyjadrením práva pre všetky ľudské bytosti. Pozostáva z 30 článkov, ktoré boli rozpracované v ďalších medzinárodných zmluvách, v ústavách a v zákonoch štátov. Všeobecná deklarácia ľudských práv stanovuje, že každý má právo žiť v slobode a osobnej bezpečnosti. Uznanie prirodzenej dôstojnosti, rovnakých a nezrušiteľných práv všetkých ľudí je základom slobody, spravodlivosti a mieru vo svete. Termín prirodzená dôstojnosť znamená, že dôstojnosť človeka je nezvratne spätá s existenciou každej ľudskej bytosti. Pojem *nezrušiteľne* potvrdzuje, že tieto nesmú byť človeku odňaté nikým, ani osobou samou. Deklarácia je konštatovaním, že nie je možné budovať slobodný, spravodlivý a mierový svet bez toho, aby sa uznala dôstojnosť každej ľudskej bytosti. Tieto zásady vyjadrujú podstatu humanistickej etiky, ktorá vystupuje vždy v záujme konkrétneho individua, jeho pozitívneho dobra, bez ohľadu na kvalitu života, či jeho užitočnosť pre spoločnosť (Šoltés 1994).

Taktiež v roku 1948 bola v Ženeve, Svetovou lekárskou asociáciou (World Medical Association) prijatá novodobá prísaha lekárov (odvodená od Hippokratovej prísahy) *Ženevska deklarácia*. Táto prísaha zaväzuje lekára rešpektovať vôľu chorého, zachovať život, neškodiť chorému a chrániť dôstojnosť človeka. Svojich kolegov lekár pokladá za bratov. Žiadne ohľady – ani náboženské, rasové, národné, stranické či triedne neodradia lekára od plnenia jeho povinností voči chorému. Lekár to v tejto prísaha prehlasuje čestne, slávnostne a slobodne (Šoltés, 1994).

Po prijatí tzv. *Helsinskej deklarácie* v roku 1964 Svetovou lekárskou asociáciou („Smernica pre lekárov vykonávajúcich biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov“), sa začali v 70-tych rokoch minulého storočia ustanovovať *ETICKÉ KOMISIE sledujúce oblasť biomedicínskeho výskumu*. Ich úlohou je chrániť dôstojnosť a integritu človeka pred zneužitím na neprípustné experimentovanie. Helsinská deklarácia bola opätovne niekoľkokrát novelizovaná. Keďže etické komisie svojim významom zaberajú špecifické miesto v oblasti etiky v zdravotníctve podrobnejšie sa im venujeme v 3. kapitole.

V krátkosti ešte spomenieme ďalšie významné dokumenty:

*Deklarácia z Oslo* (r. 1970) vydaná Svetovou asociáciou lekárov ako rámcová smernica o terapeutickom ukončení tehotenstva, ktorá však nebola mnohými štátmi rešpektovaná, *Vyhlásenie Svetového zväzu psychiatrov z kongresu na Havai* v roku 1977. Hlavným cieľom je chrániť ľudí pred zneužitím psychiatrie. Obsahom, okrem iného, boli aj tieto ustanovenia: „Každému chorému má byť ponúknutá adekvátna liečba, za ktorú je zodpovedný psychiater. Lekár má ísť v ústrety chorému a snažiť sa dohodnúť sa s ním. Ak chorý ohrozuje svoje okolie a nie je v stave poznať svoj stav, je potrebné ho hospitalizovať a dať mu nútenú liečbu. O tom rozhodne neutrálne grémium alebo súd. Psychiater sa nesmie dať zneužiť a nahovoriť človeka na nútenú liečbu, ak to nie je potrebné z dôvodov narušenia zdravotného stavu“ (Šoltés 1994,



s.18). Mlčanlivosť lekára platí aj v prípade psychicky chorého pacienta. Tieto opatrenia boli vydané preto, lebo v niektorých krajinách bola psychiatria politicky zneužívaná.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vydala nasledovné stanoviská:

- Stanovisko k zneužívaniu psychotropných liekov v rokoch 1975 a 1983,
- Stanovisko k zneužívaniu drog a vyzval všetky národy sveta k boju proti toxikománii,
- Smernice pre biomedicínsky výskum, ktorého sa zúčastňujú ľudské subjekty v roku 1982, ktoré boli podstatne novelizované boli v roku 1992.

OSN v roku 1971 vydala *Deklaráciu o všeobecných a osobitných právach mentálne postihnutých osôb*.

Svetová asociácia lekárov vypracovala a odsúhlasila v Sydney v roku 1968 a v Benátkach v roku 1983 *Deklaráciu o konštatovaní smrti*, ak je záujem o orgány na transplantáciu. Smrť pri tom musia overiť dvaja lekári.

## 2.1. Základné práva nemocných

Ide o rozšírenie ľudských práv aj do oblasti medicíny. Ich prvá formulácia sa objavuje v pôvodnej *Lisabonskej deklarácii o právach pacientov* z roku 1981 je zakotvených len šesť základných práv, ktoré boli implementované v jednotlivých štátoch do zákonov o zdravotnej starostlivosti pacientov:

1. Pacient má právo na slobodnú voľbu lekára.
2. Pacient má právo byť ošetrovaný lekárom, ktorý je slobodný v uskutočňovaní klinických a etických rozhodnutí, bez akéhokoľvek vonkajšieho zásahu.
3. Pacient má právo prijať alebo odmietnuť liečbu po tom, ako bol adekvátnym spôsobom informovaný.
4. Pacient má právo očakávať, že jeho lekár bude rešpektovať dôverný charakter všetkých jeho lekárskejších a osobných podrobných údajov.
5. Pacient má právo zomrieť v dôstojnosti.
6. Pacient má právo prijať alebo odmietnuť duchovnú a morálnu útechu, vrátane pomoci duchovného príslušného vierovyznania.

V týchto jednotlivých bodoch sú potvrdené najzákladnejšie princípy, na ktorých musí stáť celá zdravotnícka etika: rešpekt k dôstojnosti jednotlivca a k jeho právam, ošetrovanie všetkých jeho dimenzií a absolútna samozrejmá, že zdravotnícky pracovník, vždy musí stáť na strane nemocného. K právam nemocného patrí aj možnosť odmietnuť navrhovanú liečbu – veď len pacient sám je zdrojom práva liečiť ho. M. Munzarová upozorňuje predovšetkým na nutnosť rešpektovania tohto prania u umierajúcich, a to aj preto, že podávanie už zbytočnej a zťažujúcej liečby, ktorá vedie len k predĺženému umieraniu, podporuje hnutie pre eutanáziu.

V niektorých krajinách je uzákonené i právo človeka naplánovať vopred postupy, ktoré by si v stave umierania, dlhého a nezvratného bezvedomia, ťažkého poškodenia mozgu a v podobných situáciách prial alebo neprial. Cieľom je zohľadnenie autonómneho rozhod-

nutia, ktoré nebude mať možnosť neskôr vyjadriť. Tieto postupy sa objavili prvýkrát v USA už v roku 1991 a vypracované boli aj praktické rady a formuláre pre tých, ktorí sa takto chcú rozhodnúť vopred alebo pre ich zástupcov (Medical Ethics Advisor 1991).

Parlamentné zhromaždenie Rady Európy v roku 1999 vydáva podobné odporúčenie a vyzýva všetky členské štáty, aby ochraňovali základné práva, odvodené z dôstojnosti smrteľne chorých alebo umierajúcich osôb, ktoré sú dnes ohrozené mnohými faktormi (Munzarová, 2005) napr.:

- malou dostupnosťou paliatívnej liečby a kontrolou bolesti;
- častým zanedbávaním starostlivosti o telesné utrpenie a nedostatočným záujmom na psychologické, sociálne a duchovné potreby;
- umelým predlžovaním procesu umierania, ktoré vyplýva buď z neprimeraného požívania liečebných prostriedkov, alebo pokračovaním v liečbe bez pacientovho súhlasu;
- nedostatočným ďalším vzdelávaním a malou psychologickou podporou ošetrojúceho personálu činného v paliatívnej starostlivosti;
- nedostatočnou starostlivosťou a podporou venovanou rodinným príslušníkom a priateľom smrteľne chorej alebo umierajúcej osoby, čím by sa mohlo prispieť k zmierneniu ľudského utrpenia v jeho rôznych dimenziách a pod..

Hlavným dôvodom je úzkosť ľudí, pokiaľ ide o nadmerné, neefektívne a predlžované liečebné intervencie v konečnom štádiu choroby v situácii nezvratnej fyzickej alebo mentálnej degradácie.

## 2.2. Etické kódexy

Podľa vzoru západných krajín sa v súčasnosti u nás stávajú veľmi významnými etické kódexy samotných zdravotníckych zariadení. Ide o veľmi podrobne prepracované dokumenty záväzné pre všetkých zdravotníckych zamestnancov nemocnice. „Etické kódexy sú jedným z mechanizmov, ktorý pomáha vytvoriť a udržať vyšší morálny štandard správania“ (Hrehová, Cehlár 2007, s.71).

Pracoviská v nemocnici majú zvyčajne vypracovaný svoj Etický kódex zameraný na zdravotníckych aj nezdravotníckych pracovníkov. Jeho cieľom je dávať manažmentu a zamestnancom návod – nástroj, umožňujúci upevňovať kultúru správania sa odrážajúcu hodnoty uznávané v tomto zdravotníckom zariadení, definuje „nemocničnú politiku“, vzťah k rôznym participujúcim (záujmovým) skupinám, zlepšuje reputáciu nemocnice na verejnosti a k obchodným partnerom, predstavuje ochranu nemocnice pri obvinení z neetického jednania jej zamestnancov, či porušenia platných právnych predpisov, demonštruje snahu nemocnice konať v súlade s dobrými mravmi, zvyšuje lojalitu jej zamestnancov, hrdosť byť zamestnancom nemocnice a uľahčuje tak získavať vysoko kvalitných zamestnancov, napo-

máha priaznivej klíme, je dôležitým predpokladom účinného vedenia, napomáha vyjadreniu záujmov nemocnice, stanovuje ciele a ich plnenie, uľahčuje jednanie so zainteresovanými skupinami, napomáha dobrej a otvorenej komunikácii, zabraňuje nadriadeným, aby po podriadených požadovali nesprávne, či nekorektné jednanie a naopak, zväčšuje výkonnosť a konkurenčnú nemocnice, zlepšuje a uľahčuje komunikáciu s jej partnermi.

### 2.3. Etické požiadavky na lekárske povolanie

Náročnosť lekárskeho povolania predstavuje zvláštne požiadavky na osobnosť človeka, ktoré vyplývajú z jeho profesionálnej funkcie a činnosti (Hrehová 2008). Aký by teda mal lekár byť? Odpoveď na túto otázku nie je jednoduchá, vyžaduje si podrobnejšiu analýzu, a preto ju rozoberieme v niekoľkých bodoch. Požiadavky na osobnosť lekára sú základom pre jeho etický prístup k svojmu *celoživotnému poslaniu*:

#### A. Telesné a duševné zdravie

*Telesný fond* lekára musí zodpovedať funkčnému zaťaženiu. Je povinný myslieť aj na seba a starať sa o svoje zdravie. Jeho zovňajšok by mal byť primeraný lekárskeму stavu. K tomu patrí životospráva a stravovanie, obliekanie a celková hygiena.

*Duševná hygiena*:

- mal by byť duševne zdravý – podľa hodnotenia druhými,
- mal by sa vyhýbať konfliktným situáciám. Ak sa v nich ocitne, mal by mať určitý psychický a duchovný potenciál na ich zvládnutie, aby osobné konflikty neprenášal na pracovisko,
- lekár by mal udržiavať rovnováhu medzi jedincom a prostredím,
- mal by sa vyhýbať nadmernému požívaniu alkoholu, nefajčiť a lieky užívať len v prípade choroby a jej prevencie.

#### B. Odborná a osobná zdatnosť

*Odborná úroveň*, ktorá by sa mala dopĺňať sústavným, celoživotným štúdiom.

*Prosociálnosť*, ktorá sa prejavuje:

- sústredenie sa na pomoc ľuďom bez rozdielu,
- vychádzať z jeho vnútornej potreby robiť to, čo pomáha druhému,
- prejavovať súcit s tými, čo majú trvalé telesné a duševné ťažkosti,
- vedieť sa obetovať pre iných,
- nezávidieť úspech iným a vidieť lepšiu perspektívu výsledkov v dobrej tímovej práci so spolupracovníkmi na každej úrovni. Snažiť sa o zjednocovanie kolektívu a vytvárať dobrú medziľudskú klímu na pracovisku.

*Empatia* – schopnosť vcítiť sa do problémov iných, hlavne svojich pacientov, príbuzných a najbližších spolupracovníkov v tímovej práci.

*Solidárnosť* s chorými a ich príbuznými. Ide o prejav záujmu o stav chorého, o liečbu choroby a snahu pomôcť v každej situácii.

*Zodpovednosť* voči chorým i spoločnosti. Vykonávať svoju prácu čo najpresnejšie, najspoľahlivejšie a najlepšie ako sa dá.

*Svedomie* – je najvlastnejší vnútorný hodnotiaci cit mysliaceho človeka, voči tomu čo koná, konal a bude či mal konať. U lekára by vo svedomí mala byť zvlášť zakódovaná požiadavka ochrany života a zdravia človeka. Táto by mala byť pestovaná počas celého štúdia medicíny, empiriou z praxe a vôľou konať v prospech života a zdravia – teda eticky.

*Sebavedomie* človeka zakladá na vedomí o vlastnom „ja“. Znamená to aj vedomie o príslušnosti k rodine, k národu a u lekára k lekárskeму stavu. Sebavedomie dodáva lekárovi odvahu na vykonávanie jeho povolania a presadenie sa, na obhájenie svojej práce a myslenia. Sebavedomie musí byť založené na správnom hodnotení seba samého, ako aj na hodnotení iných. So správnym sebavedomím je spojená *ušľachtilá hrdosť, usilovnosť, iniciatíva i skromnosť*, ale nie *pýcha či namyslenosť* (ktoré vedú k neúcte k druhému a k pohrdaniu človekom), alebo na druhej strane *nesmelosť a malomyseľnosť*, ktoré vyvolávajú v pacientovi nedôveru v schopnosti lekára.

*Komunikatívnosť* najmä s chorými a s ich príbuznými. Nadviazanie kontaktu vedie k postupnému narastaniu informovanosti o stave chorého. Súčasne rastie i jeho dôvera voči lekárovi. Komunikatívnosť znamená aj vhodný prístup k spolupracovníkom a kolegom. Sem patrí aj schopnosť nadviazať spoluprácu, nevtieravo ponúknuť alebo prijať pomoc.

*Sympatia* je dôležitá v práci lekára. Celkový jeho zjav, oblečenie, chovanie sa, ale i ostatné vyššie uvedené vlastnosti môžu byť rozhodujúce v uplatňovaní sa lekára.

*Stavovské cnosti lekára:*

bezúhonnosť	stavovská česť	mlčanlivosť	poctivosť
pravdovravnosť	usilovnosť	dochvilnosť	ochota
nezištnosť	zhovievavosť	veľkorysosť	vľúdnosť
trepezlivosť	obetavosť.		

### 3. Etické komisie

V zdravotníctve, tak ako aj v iných oblastiach spoločenského života sa v priebehu vývoja spoločnosti ukázala potreba zriadenia ETICKÝCH KOMISIÍ, ktorých úloha spočíva v snahe o zabránenie neetického prístupu k pacientovi v zdravotníckom zariadení.

### 3.1. Vznik, poslanie a typy etických komisií

Závažná a narastajúca frekvencia i potreba riešenia etických problémov v oblasti zdravotníckej starostlivosti a biomedicínskeho výskumu si vyžiadala v priebehu 60-tych rokov minulého storočia celosvetovo postupný vznik poradných orgánov vo veciach medicínskej etiky a bioetiky na rôznych úrovniach rozhodovania.

Najčastejší medzinárodne akceptovaný názov pre tieto odborné kolektívne poradné (zriedka rozhodovacie) orgány, ktoré vznikali podľa vzoru tzv. Institutional Review Boards zavedených v roku 1974 v USA najprv pre oblasť biomedicínskeho výskumu je ETICKÁ KOMISIA (Šoltés 1994, s.85).

Hoci celosvetovo i v rámci Európy panuje značná rôznorodosť čo do legislatívnej podpory, odborného zloženia, spôsobu vytvárania, náplne práce, financovania činnosti etických komisií predsa možno konštatovať, že ich existencia a spôsob činnosti svedčí o istej odbornej, organizačnej, etickej a demokratickej úrovni zdravotníckeho systému tej-ktorej krajiny.

Hlavným poslaním etických komisií vo všeobecnosti je ochrana ľudských práv a presadzovanie rešpektovania ľudskej dôstojnosti a osobnej integrity jednotlivých účastníkov zdravotníckej starostlivosti a biomedicínskeho výskumu.

Poznáme tieto typy etických komisií:

*Centrálne (národnú) etickú komisiu* – zriaďovanú obvykle pri ministerstve zdravotníctva (parlamente, parlamentnom výbore, vláde, prezidentovi,...) danej krajiny. Jej úlohou je metodická koncepčná, koordinačná, konzultačná a expertízna činnosť pre potreby ministerstva, resp. ústredných štátnych orgánov (vrátane posudzovania pripravovaných zákonných noriem), zabezpečenie medzinárodnej spolupráce (informovanosť a určitá koordinácia, „harmonizácia“ legislatívy) v oblasti medicínskej etiky/bioetiky. Zaujíma zásadné stanoviská (vo forme odporúčaní a vypracováva príslušné materiály k aktuálnym medicínsko-etickým (bioetickým) problémom. Jej pôsobenie má byť skôr preventívne (predchádzať k vzniku neetického konania, správania, legislatívy). Podieľa sa na zabezpečovaní rozvoja medicínskej etiky a bioetiky ako odboru a presadzuje jej čo najširšie uplatnenie v činnosti zdravotníckeho systému.

*Zastúpenie jednotlivých odborností* medzi členmi centrálnej etickej komisie býva odlišné v rôznych štátoch. Spravidla medzi členmi nechýbajú lekári (zastúpenie hlavných odborov), zdravotná sestra s vyššou kvalifikáciou, vedci (výskumní pracovníci), právnici, filozofi (etici), teológovia (resp. duchovní – zastúpenie rôznych náboženstiev (podľa situácie krajiny), zástupcovia pacientov laici, resp. zástupcovia verejnosti.

*Regionálnu etickú komisiu* – pracuje pre konkrétne zdravotnícke zariadenia, resp. výskumné ústavy určitého regiónu, môže byť konzultačným orgánom pre miestne etické komisie daného regiónu.

*Miestnu (lokálnu) etickú komisiu* – pracuje pre potreby daného zdravotníckeho zariadenie, resp. výskumného ústavu. Z hľadiska vykonávanej práce ide o najdôležitejší typ etických komisií.

„*Free ethics committee*“ (tzv. *Nezávislá etická komisia*) – zriadená na komerčnej báze, pracuje pre potreby biomedicínskeho (najčastejšie farmakologického) výskumu, posudzuje výskumné projekty za úplatu. (Glasa 2000, s.20-30)

### 3.2. Etické komisie v slovenskej republike

V zdravotníckych zariadeniach, vrátane výskumných ústavov, Slovenskej republiky sa etické komisie začali zriaďovať oficiálne na základe listu ministra zdravotníctva SR zo dňa 1. júna 1992 o zriaďovaní a činnosti etických komisií v rámci rezortu a jeho prílohy „Smernice pre zriaďovanie a činnosť etických komisií v rezorte MZ SR“. Vo viacerých zariadeniach však už predtým úspešne pracovali etické komisie, ktoré vznikali spontánne v rámci obrodneho demokratizačného a humanizačného procesu v zdravotníctve po novembri 1989. Vo svojej práci vychádzali z dostupných zahraničných vzorov a materiálov.

Posudzovanie etických otázok pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike je uzákonené v § 5 Zákona o zdravotnej starostlivosti č. 576/2004 Z. z.. Z uvedeného zákona vyplýva:

*Etická komisia (ek)* – je nezávislá komisia zriadená na posúdenie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a etickú prijateľnosť projektov biomedicínskeho výskumu.

*Biomedicínsky výskum* - je získavanie a overovanie nových biologických, medicínskych, ošetrovateľských poznatkov a poznatkov z pôrodnej asistencie na človeku. Biomedicínsky výskum v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii umožňuje aj podporovať schopnosti jednotlivcov a rodín alebo zlepšovať optimum funkcií a minimalizovať, tie ktoré sú príčinou ochorenia.

*Zriaďovatelia EK:*

*Ministerstvo zdravotníctva SR* na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vrátane biomedicínskeho výskumu.

*Samosprávny kraj* na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní neštátnej ambulantnej starostlivosti.

*Poskytovateľ ústavnej starostlivosti* na posudzovanie etickej prijateľnosti projektov biomedicínskeho výskumu a etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ústavnej starostlivosti.

*Členstvo v EK:*

Etická komisia má najmenej piatich členov, skladá sa:

- zo zdravotníckych pracovníkov,
- z pracovníkov iných profesií, ktorých odbornosť sa vyžaduje pre činnosť etickej komisie,
- z osôb bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania alebo v oblasti výskumu,
- zástupca menovaný stavovskými organizáciami v zdravotníctve.
- členovia nezdravotníci alebo členovia z oblasti výskumu nesmú presiahnuť nadpolovičnú väčšinu všetkých členov komisie-

Členovia etickej komisie sú povinní oznámiť zriaďovateľovi EK skutočnosti, ktoré predstavujú, alebo by mohli predstavovať konflikt záujmov v prípade konkrétneho posudzovaného projektu, ak člen EK je v konflikte záujmov, nesmie sa zúčastniť na posudzovaní na prijímaní stanoviska EK k takémuto projektu. Ďalej sú povinní zachovávať mlčanlivosť o všetkých skutočnostiach, o ktorých sa dozvedeli pri výkone svojej funkcie, povinnosť mlčanlivosti sa nevzťahuje na prípady, ak tieto skutočnosti oznamujú so súhlasom toho, koho sa týkajú. (Glasa 2000).

#### *Činnosť EK*

Etická komisia je povinná viesť záznamy o činnosti, zápisnice z rokovaní, závery, stanoviská a odporúčania. Zriaďovateľ príslušnej EK je povinný zabezpečiť ich uchovávanie počas 20 rokov. EK vydáva svoje stanoviská v písomnej forme, v každom stanovisku je povinná uviesť odôvodnenie svojho záveru. Na prijatie stanoviska EK je potrebná 2/3-ová väčšina všetkých členov komisie. Činnosť etickej komisie upravuje štatút, ktorý vydáva zriaďovateľ príslušnej EK.

Etická komisia má zvyčajne za úlohu posúdiť etické otázky, ktoré súvisia s praktickými diagnostickými, liečebnými alebo preventívnymi postupmi medicíny, konkrétnou zdravotnou starostlivosťou u daného pacienta, alebo s plánovaným, či vykonávaným biomedicínskym výskumom a jeho etickou prijateľnosťou tak z hľadiska samotnej vedeckej kvality, ako aj – a to predovšetkým – ochrany dôstojnosti, ľudských práv a oprávnených osobných záujmov osôb, ktoré sa danému výskumu podrobujú.

Ťažisko záujmu etickej komisie sa má sústrediť na zistenie, objasnenie a navrhnutie riešenia alebo riešení konkrétneho etického konfliktu. Ide o situácie, keď stoja proti sebe odlišné, eticky viac alebo menej jasne definované stanoviská, ktorých dôsledkom v konkrétnej situácii je odlišný praktický postup u konkrétneho pacienta (vykonanie alebo odmietnutie daného medicínskeho postupu), resp. schválenie alebo odmietnutie (zákaz) daného výskumného projektu (protokolu klinického skúšania).

Etická komisia, ako skupina osôb, ktoré môžu mať odlišné, niekedy až protikladné osobné názory a postoje k danému etickému problému, môže napokon dospieť k spoločnému stanovisku – rozhodnutiu na základe nasledujúcich mechanizmov: konsenzus (súhlas), kompromis, hlasovanie (Glasa 2000).

#### 4. Výskum a analýzy v oblasti zdravotníckej etiky

Oblasť etiky v zdravotníckom prostredí je vysoko špecifická a výskum v tomto zameraní je v podmienkach SR skôr výnimočný. V prípade skúmania rôznych otázok, spojených s fungovaním etických princípov, využívaním nástrojov morálky zdravotníckym personálom i ďalšie problémy, nie sú obvyklým predmetom empirického skúmania. Naproti tomu, vo svetových odborných časopisoch možno sledovať veľmi intenzívne aktivity, ktoré umožňujú odkrývať rôzne sféry tejto problematiky na základe práce s empirickým materiálom.

Tematicky sú tieto analýzy najčastejšie orientované na hodnotenie aplikácie etických princípov v rámci rozhodovacích procesov v nemocničnom (zdravotníckom) prostredí. Suhonen, Stolt, Vitanen a Leino-Kilpi vo svojej štúdii (2011) poskytujú prehľad literatúry, venovanej empirickým štúdiám z oblasti organizačnej etiky, konkrétne etiky zo zdravotníckeho prostredia. Uvádzajú svoje zistenia – prevažne od roku 1990 – a konštatujú, že v žiadnej z dostupných štúdií nezaznamenali rozsiahlejšie výskumné programy. Publikované analýzy sú teda zvyčajne lokalizované v užšie definovaných rámcoch a pojednávajú o výrazne špecifických problémoch v konkrétnom prostredí. Sústreďujú sa na aktuálne „etické výzvy“, dilemy v nemocničnej praxi, etické problémy zamestnancov, etickú klímu, alebo etické prostredie, ale tiež tzv. bioetiku (Rajput, Bekes 2002). Postrádajú však univerzálnejší koncepčný rámec, ktorý by umožňoval väčšiu mieru generalizácie výsledkov analýz a tiež konštruovanie adekvátnych teórií a prístupov. Prejavuje sa to tiež vo veľkej variete nástrojov a multiperspektívnych prístupov k výskumu.

*Organizačná etika* sa stáva veľmi dôležitou súčasťou manažmentu starostlivosti o pacientov v nemocničnom prostredí. Týka sa etických problémov, s ktorými sú konfrontovaní manažéri i radový personál, ale aj ďalších etických implikácií organizačného rozhodovania a praxe práce s pacientami. Podľa toho organizačná etika je spojená s problémom etickej zodpovednosti organizácie ako celku (Gibson 2007). Štúdium organizačnej etiky zahŕňa individuá, zahrnuté do kolaboratívneho sociálneho systému. V širšom zmysle sa organizačná etika týka rozhodovania a správania týchto individuí na rôznych pozíciách (pacienti, zamestnanci, zákonní zástupcovia...), ale tiež komunikácie s rôznymi komunitami, ktoré sú v ich starostlivosti, resp. iné organizácie. Podľa publikovaných výskumov je práve etická klíma (Rathert, Fleming 2008) tým termínom, od ktorého sa odvíjajú záväzky organizácie smerom k aplikácii morálnych hodnôt v medicínskom prostredí. Prvá štúdia z oblasti organizačnej etiky bola publikovaná v roku 1987 – až do roku 2000 sú však štúdie zaraďované skôr pod sféru etického rozhodovania.

Výskumy využívajú metódy, ktoré sú svojím charakterom a nástrojmi pre sledovanie cieľov výskumov a získanie nových poznatkov chápané ako najefektívnejšie. Kvalitatívne i kvantitatívne metódy sú konštruované s ohľadom na špecifiká relevantného prostredia, objekty skúmania, ako aj sféru, ktorá je predmetom výskumu. Najčastejšie sú využívané kvantitatívne metódy, spojené s aplikáciou metód dotazovania – písomného a ústneho



a využitie štatistických procedúr pre kvantitatívne spracovanie dát – deskriptívne, korelačné a niektoré metódy rozdielovej štatistiky. Z kvalitatívnych metód boli využívané najmä obsahové analýzy, tematické analýzy, indukzívne analýzy, delfská metóda. Niektoré z publikovaných analýz možno uviesť ako príklady.

Takto možno sledovať využitie deskriptívneho dizajnu a kvalitatívneho prístupu v aplikácii hermeneutickej fenomenologickej metódy analýzy vo výskume (Danerek, Uden, Dykes 2005), ktorý je zameraný na etické problémy v mnohých situáciách na pôrodnickom oddelení a na spôsob uvažovania a rozhodovania pôrodníkov. Cieľom autorov bolo zistiť význam a zmysel života v eticky náročných situáciách pre matku i dieťa v tomto prostredí. K základným témam patrilo: postup s ohľadom na morálny význam možných rozhodnutí a riešení situácií, rozhodovanie medzi medicínskym poznaním a morálnymi významami s ohľadom na potreby a požiadavky rodičov, vedomie morálnej a medicínskej zodpovednosti pri rozhodovaní, schopnosť prijímať opatrenia, zakročiť a realizovať náročné a dôležité rozhodnutia vo vzťahu k zdraviu matky a dieťaťa a napokon chápanie daných situácií spôsobom, ktorý vedie k racionálnemu akceptovaniu správania človeka. Výsledky analýzy smerujú ku konštatovaniu potreby vzájomnej výmeny etických ideí a morálnych argumentov v záujme vytvorenia vyššieho stupňa vzájomného pochopenia medzi kolegami a medzi rôznymi odborníkmi. Podčiarkujú tiež význam a zmysel kooperácie pre vytvorenie lepších podmienok pre matky a ich deti.

Naratívne postupy využili autori štúdie (Nordam, Torjuul, Sorlie 2005), zameranej na identifikáciu situácií, v ktorých pracovníci prichádzajú do konfrontácie s eticky problémovými podmienkami. Aplikovaná bola tiež fenomenologická hermeneutická metóda. Popísané boli bariéry pre kvalitnú starostlivosť i fenomén vyhorenia.

Pracovníci v zdravotníckych zariadeniach by mali byť pripravovaní na konfrontáciu s rozhodovaním v etickom rámci cielene a preto je potrebné vytvoriť systém, ktorý my v rámci medicínskeho vzdelávania umožňoval poskytnúť zdravotníkom efektívne poznanie i vo sfére etiky. Pre tento účel sú vytvárané mnohé modely, ktoré zvyčajne nesú charakter národných špecifik, ale majú tiež spoločné črty. Jednou z nich je zjavne snaha vytvoriť schopnosť pracovníkov uvažovať kompetentne nielen z medicínskeho ale i z etického, či morálneho hľadiska a to vždy s ohľadom na mimoriadnosť vzniknutých situácií. Tsuen-Chiuan a Hara-sym (2010) vo svojej štúdií pojednávajú o vytvorení „modelu etického myslenia“ (model etickej logiky) a predkladajú svoj prístup k podpore vývoja morálnych hodnôt a profesionálneho správania. Cieľom ich práce je indikovať spôsob, akým môže byť tento model využitý na dynamizáciu prípravy pre morálne a etické správanie. Samotný model bol vytvorený na báze dvoch zdrojov: rôzne etické modely, popisované v literatúre a interview s odborníkmi na etiku. Analýza umožnila identifikovať päť univerzálnych kognitívnych krokov a rozdielov medzi logickým rozhodovaním a samotnými aktivitami, týkajú sa najmä priestoru medzi etikou a medicínou, kognitívnych logických procesov a postojov. Autori však konštatujú málo dôkazov o indikátoroch vhodného etického rozhodovania doktorov. Problému vzdelávania v tejto oblasti boli venované aj ďalšie štúdie (napr. Browning a kol. 2007).

Problému „etického stresu“ bola venovaná štúdia, kde autori (Kalvermark a kol. 2004) využili prácu s fokusovými skupinami. Identifikovali situácie, charakterizované etickými dilemami a morálnym stresom, do ktorých sa bežne dostávajú pracovníci na rôznych pozíciách. Identifikované boli aj situácie, kde k etickým disharmóniám dochádzalo v súvislosti s kolíziami medzi etickými a zákonnými regulátormi.

Ďalšia analýza, kde boli použité fokusové skupiny (Hilliard, Harrison, Madden 2007) sledovala skúsenosti s etickými konfliktami v pediatrickom prostredí. Analýza dát zahŕňala modifikovanú tematickú analýzu. Väčšina problémových situácií sa týkala konfrontácií medzi pracovníkmi na rôznych pozíciách – medzi skúsenými a neskúsenými, medzi rôzne postavenými pracovníkmi v hierarchii. Venujú sa tiež potrebe tréningov v rámci učenia pracovníkov podobné situácie zvládať.

Semištruktúrované interview použili vo svojej práci Farsides, Williams, Alderson (2004) v rámci multidisciplinárnych diskusných skupín. Pracovníci mali usporiadať vzťahy medzi súkromne preferovanými hodnotami a profesionálnymi hodnotami. Identifikované boli dve skupiny pracovníkov: „tolerantný človek“ a „uľahčujúci človek“. Väčšina pracovníkov sa zaradila do druhej skupiny. Pre mnohých pracovníkov práve diferencie medzi osobnými a profesionálnymi hodnotami vedú k veľkému morálnemu stresu prakticky denne. Záver je formulovaný v zmysle potreby homogenizácie osobných a profesionálnych hodnôt.

Kvantitatívne metódy použili napríklad Rajput a Bekes (2002) vo svojej štúdii, venovanej problematike bioetiky, ktorú chápu ako aplikovanie etických princípov a rozhodovania pri riešení aktuálnych, alebo anticipovaných dilem v medicíne. Ich výskum priniesol identifikáciu štyroch klastrov morálnych princípov ako kľúčových pre medicínsku etiku: 1. autonómia (výrazne najdôležitejší princíp), 2. vyvarovanie sa ohrozujúcich stavov a situácií, 3. dobročinnosť, 4. spravodlivosť. Výskum tiež umožňuje konštatovať, že tradičný vzťah medzi pacientami a opatrovateľmi vedie k mnohým etickým ochranám – dovernosť, delené rozhodovanie, rešpekt voči pacientovej autonómii. Podčiarkujú tiež, že základné etické princípy v medicíne by sa mali meniť s geografickou lokalitou, keď tieto by mali fungovať na báze vzájomnej dôvery.

Štruktúrovaný dotazník a štatistické analýzy použili aj Aitamaa a kol. (2010). Ich výskum bol zameraný na identifikáciu etických problémov, s ktorými sa stretávajú manažéri zdravotných sestier a opatrovateľov. Podľa výsledkov sa väčšina etických problémov týka alokácie zdrojov ako aj zabezpečovania vysokej kvality starostlivosti o pacienta.

Dotazovanie je aplikované aj elektronicky (on-line), napríklad v štúdii Kesselheim, Johnson, Joffe (2010), zameranej na problém etickej konzultácie ako často využívaný nástroj riešenia konfliktov, podporu komunikácie a uľahčovanie etického stresu v medicíne. Tento výskum bol realizovaný v prostredí pediatrie, kde mu bola doposiaľ venovaná len malá pozornosť. Výsledky analýzy poukazujú na celkovo najväčší problém v tejto sfére. Týka sa nedostatočných štandardov, potrebných pre dosahovanie konsenzu.

Cieľom štúdie Swenzera a Wanga (2006) bolo testovať reliabilitu a validitu modifikovaného nástroja na meranie „etického stresu“, pôvodne vyvinutého pre opatrovateľov cho-

rych na respiračné choroby. V zameraní je definované skúmanie vzťahu medzi morálnym stresom, nespokojnosťou s kariérou a fluktuáciou pracovníkov. Otázky v dotazníku boli formulované v operacionalizácii troch úrovní: individuálna zodpovednosť, konanie proti záujmom pacienta, podvádzanie a klamstvo. Pri spracovaní dát bola využitá faktorová analýza, multidimenzionálna regresná analýza. Najvyšší morálny stress spôsobovali situácie, ktoré sa týkali podvádzania a klamstva.

## 4. Metóda

### 4.1. Ciele, problémy, hypotézy

#### *Hlavný cieľ*

Zistiť mieru spokojnosti pacientov resp. zákonných zástupcov s prácou zdravotníckych pracovníkov počas hospitalizácie v ústavnom zdravotníckom zariadení pre dospelých pacientov a v ústavnom zdravotníckom zariadení pre deti od 0 - 18 rokov – s ohľadom na problém etiky a morálky.

#### *Čiastkové ciele*

1. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s osobnostnými vlastnosťami zamestnancov nemocnice.
2. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov so správaním zamestnancov nemocnice.
3. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s odbornosťou a profesionalitou zamestnancov nemocnice.
4. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s ich rešpektovaním ako ľudskej bytosti zamestnancami nemocnice.
5. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov so spôsobom komunikácie zamestnancov nemocnice.
6. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s vedomosťami a ich využívaním pri spôsoboch liečenia, vrátane technických možností zamestnancami nemocnice.
7. Zistiť mieru spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s presvedčením, že zdravie a dobro pacienta je cieľom práce zamestnancov nemocnice.

### **Hlavný problém**

Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s prácou zamestnancov nemocníc?

### **Čiastkové problémy**

1. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s osobnostnými vlastnosťami zamestnancov nemocnice?
2. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov so správaním zamestnancov nemocnice?
3. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s odbornosťou a profesionalitou zamestnancov nemocnice?
4. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s rešpektovaním ich ľudskej bytosti zamestnancami nemocnice?
5. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov so spôsobom komunikácie zamestnancov nemocnice?
6. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s vedomosťami a ich využívaním pri spôsoboch liečenia, vrátane technických možností zamestnancami nemocnice?
7. Aká je miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s presvedčením, že zdravie a dobro pacienta je cieľom práce zamestnancov nemocnice?

### **Hlavná hypotéza**

Predpokladáme, že miera spokojnosti s prácou zamestnancov s ohľadom na etiku a morálku zamestnancov je diferencovaná vzhľadom na status pacienta resp. zákonného zástupcu pacienta (sprevádzajúceho choré dieťa) v ústavnom zdravotníckom zariadení.

### **Čiastkové hypotézy**

1. Predpokladáme, že miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s osobnostnými vlastnosťami je diferencovaná.
2. Predpokladáme, že miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov so spôsobmi správania sa zamestnancov je diferencovaná.
3. Predpokladáme, že miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s prácou zamestnancov na odbornej a profesionálnej úrovni je diferencovaná.
4. Predpokladáme, že miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s rešpektovaním ľudskej bytosti je diferencovaná.

5. Predpokladáme, že miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov so spôsobom komunikácie je diferencovaná.
6. Predpokladáme, že miera spokojnosti pacientov a zákonných zástupcov s vedomostnou úrovňou je diferencovaná.
7. Predpokladáme, že miera spokojnosti je diferencovaná u pacientov a zákonných zástupcov - s tým presvedčením, že dobro a zdravie pacienta je cieľom práce každého zamestnanca.

#### 4. 2. Výskumná metodika a štatistické spracovanie dát

Pri zbere empirických údajov bola použitá výskumná metodika vo forme METODIKY E-Z (viď Príloha). Výskumná metodika bola konštruovaná s ohľadom na určené ciele výskumu, tzn. že išlo o zistenie miery spokojnosti pacientov, resp. zákonných zástupcov s prácou zamestnancov nemocnice s ohľadom na problém profesijnej etiky a morálky na jednotlivých úrovniach. Metodika pozostáva zo súboru 59 položiek. Výskumná metodika bola štruktúrovaná do systému siedmich úrovní – *indikátorov spokojnosti s prácou zdravotníckych pracovníkov*:

1. spokojnosť s osobnostnými vlastnosťami – *OSOBNOSŤ*
2. spokojnosť so správaním personálu – *SPRÁVANIE*
3. spokojnosť s odbornosťou personálu – *ODBORNOSŤ*
4. spokojnosť s rešpektovaním ľudskej bytosti pacienta – *REŠPEKT*
5. spokojnosť s komunikáciou personálu s pacientom – *KOMUNIKÁCIA*
6. spokojnosť s vedomosťami o spôsoboch liečby a technickými poznatkami – *VEDOMOSTI*
7. spokojnosť s dosiahnutím hlavného cieľa, tj. zdravia pacienta – *ZDRAVIE*

Zostava jednotlivých indikátorov - úrovní spokojnosti s prácou zdravotníckych pracovníkov a k nim operacionalizovaných položiek vychádzala z poznatkov zhrnutých v teoretickej časti tejto práce. Pri zostavovaní jednotlivých úrovní bol kladený dôraz na dodržiavanie metód a princípov medicínskej etiky, a taktiež na osobnostné vlastnosti pri výkone zdravotníckeho povolania.

Spokojnosť účastníkov výskumu bola zároveň vyhodnocovaná aj s ohľadom na demografické charakteristiky (pohlavie, vek, vzdelanie, sféra zamestnania), za účelom získania obrazu o charaktere výskumnej vzorky.

Úlohou respondentov bolo vyjadriť mieru spokojnosti s prácou zdravotníckych pracovníkov pomocou 7-stupňovej škály: (1-rozhodne spokojný/á, 7-rozhodne nespokojný/á). Miera spokojnosti respondentov rastie smerom k najnižšiemu možnému skóre (1). Výskumom získané údaje, primárne i transformované (súhrnné priemerné skóre) boli spraco-

vané v programe STATISTICA 5.5 pomocou metód rozdielovej štatistiky jednorozmernej analýzy rozptylu (ONEWAY), testov reliability a metód deskriptívnej štatistiky.

**Tab. 1 Cronbach`s Alpha pre jednotlivé indikátory (úrovne)**

P.č.	Úrovne	Cronbach`s Alpha
1.	Osobnostné vlastnosti (9 položiek)	0,9628 %
2.	Správanie (10 položiek)	0,9758 %
3.	Odbornosť a profesionalita (9 položiek)	0,9562 %
4.	Rešpektovanie pacienta (6 položiek)	0,9630 %
5.	Komunikácia (5 položiek)	0,9613 %
6.	Poznatky, vedomosti a technické možnosti (6 položiek)	0,9590 %
7.	Cieľ práce zdravie a dobro pacienta (5 položiek)	0,9663 %

Podľa výsledkov reliability a hodnôt Cronbachovej alfy je súbor testovaných položiek vysoko konzistentný, ich použitie v ďalšom štatistickom spracovaní bude teda korektné a výsledky analýzy budú spĺňať kritérium spoľahlivosti.

### 4.3. Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorili náhodní respondenti, ktorí boli ochotní zúčastniť sa na výskume. Jednalo sa o pacientov a zákonných zástupcov, ktorí odpovedali na okruhy otázok uvedené v Metodike E-Z, týkajúceho sa etického prístupu zdravotníckych pracovníkov počas ich hospitalizácie v nemocnici. Jednalo sa o 170 respondentov, ktorí tvorili dve základné skupiny:

- 85 opýtaných boli dospelí pacienti hospitalizovaní v ústavných zdravotníckych zariadeniach pre dospelých pacientov,
- 85 boli zákonní zástupcovia, hospitalizovaní s dieťaťom v ústavných zdravotníckych zariadeniach, určených pre deti od 0 do 18 + 365 dní roku veku dieťaťa (v detskej nemocnici).

### 4. 4. Organizácia terénneho zberu empirických údajov

Empirické údaje boli zbierané od začiatku októbra 2009 do polovice januára 2010. Zber údajov prebiehal v priestoroch budov nemocníc. Respondenti boli oslovení náhodne a požiadaní o vyplnenie dotazníka.

**Literatúra:**

1. AITAMAA, E., LEINO-KILPI, H., PUUKKA, P., SUHONEN, R. (2010): Ethical problems in nursing management: The role of codes of ethics. *Nursing Ethics*, Vol.17, No.4, pp: 469-482
2. ARZENBACHER, A. (1994): Úvod do etiky. Praha: Zvon
3. BIBLIA, (1978): Evanjelický preklad, Slovenská evanjelická cirkev
4. BOLFÍKOVÁ, E. (Ed.). (2005): Medzi občanom a štátom. Košice: Vydavateľstvo UPJŠ v Košiciach
5. BROWNING, D.M., MEYER, E.C., TRUOG, R.D., SOLOMON, M.Z. (2007): Difficult conversation in health care: Cultivating relational learning to address the hidden curriculum. *Academic Medicine*, Vol.82, No.9, pp: 905-913
6. CALLAHAN, D. (1994): Výuka lekárskej etiky v USA. In: *Medicínska etika a bioetika*, roč. 3, č. 2, s. 9-10
7. DANEREK, M. (2005): Sympathetic responsibility in ethically difficult situations. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, Vol.84, No.12, pp: 1164-1171
8. Deontologický kódex Slovenskej lekárskej komory. 1995
9. Etický kódex Detskej fakultnej nemocnice Košice. 2005
10. European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission. 2001. General report on the activities of the European Group in Science and New Technologies to the European Commission 1998-2000, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
11. FARSIDES, B., WILLIAMS, C., ALDERSON, P. (2004): Aiming toward „moral equilibrium“: Health care professional views on working within the morally contested field of antenatal screening. *Medical Ethics*, Vol.30, No.5, p.505
12. GIBSON, J.L. (2007): Organizational ethics and the management of health care organizations. *Health Management Forum*, Vol.20, No.1, pp: 30-45
13. GLASA, J., et al. (1994): Contemporary problems of Medical ethics in Central Europe, 1.vyd. Bratislava: SPAM
14. GLASA, J. (2000): Niekoľko pohľadov na súčasnú severoamerickú bioetiku. *Medicínska etika a bioetika*, No. 3-4, Bratislava, s. 20-23
15. HABERMAS, J. (2003): Budoucnost lidské přirozenosti. Na cestě k liberální eugenicé? 1. vyd. Praha: Filosofia
16. HAŠKOVCOVÁ, H. (2002): Lékařská etika. 3.vyd. Praha: Galén
17. HILLIARD, R.I., HARRISON, C., MADDEN, S. (2007): Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. *Paediatrics and Child Health*, Vol.12, No.1, pp: 29-35
18. HREHOVÁ, D., CEHLÁR, M. (2007): Na ceste zmien a inovácií. Trvalo udržateľný rozvoj a globalizácia. Bratislava. Bratislava: STU, s. 69-72
19. HREHOVÁ, D. (2008): Etika a estetika v kariérnom poradenstve. Základy kariérneho poradenstva 1. Prešov : ManaCon, s. 128-175

20. HREHOVÁ, D. a kol. (2009): Vstup etiky do praxe. Mravná výchova v školách na Slovensku a v zahraničí. Banská Bystrica: UMB, s. 91-98
21. JONAS, H. (1997): Princíp zodpovednosti. 1.vyd. Praha: Oikoymenh.
22. KALVERMARK, S., HOGLUND, A.T., HANSSON, M.G., WESTERHOLM, P., ARNETZ, B. (2004): Living with conflicts dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*, VOL. 58, No. 6, pp: 1975-1084
23. KESSELHEIM, J.C., JOHNSON, J., JOFFE, S. (2010): Ethics Consultation in Children Hospitals: Results From a Survey of Pediatric Clinical Ethicists. *Pediatrics*, Vol. 125, No. 4 pp: 742-746
24. KOŘENEK, J. (1996): Úvod do lékařské etiky. 1. vyd. Olomouc
25. KOVALOVÁ, D. (2002). Úvod do problematiky bioetiky. *Filozofia*, roč. 57, č. 4, s. 245-258
26. KOVALOVÁ, D. (2004): Aplikované etiky II. Bioetika a medicínska etika, 1. vyd., Banská Bystrica: UMB - Fakulta humanitných vied
27. MICHAJLOVA, E. P., BARTKO, A. N. (1995): Biomedicínska etika: teoria, princípy a problémy. Časť I.: Teória a princípy, biomedicínskej etiky. Moskva
28. MUNZAROVÁ, M. (2001): Právo smrtelně chorých a umírajících na sebeurčení (k dokumentu Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418/1999). *Vnitřní lékařství*, roč. 47, č. 3, s. 131-133
29. MUNZAROVÁ, M. (2005): Zdravotnícka etika od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada
30. MUNZAROVÁ, M. (2005): Eutanazie nebo paliativní péče? 1. vyd. Praha: Grada
31. NEMČEKOVÁ, M. (2000): Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax. 1. vyd. Bratislava: Iris
32. NORDAM, A., TORJUUL, K., SORLIE, V. (2005): Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.14, No.10, pp: 1248-1256
33. PACEŠOVÁ M. (2004): Lékař, pacient a Michal Bálint. 1. vyd. Praha: Triton, s. r. o.
34. PEER, K.S., RAKICH, J.S. (1999): Ethical Decision Making in Healthcare Management. *Hospital Topics*, Vol. 77, No.4, pp: 7-14
35. RAJPUT, V. (2002): Ethical issues in hospital medicine. *Medical Clinics of North America*, Vol.86, No.4, p: 869
36. RATHERT, C., FLEMING, D.A. (2008): Hospital ethical climate and teamwork in acute care: the moderating role of leaders. *Health Care Management Review*, Vol. 33, No.4, pp: 323-331
37. SCHWENZER, H.J., WANG, L.J. (2006): Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical Care Medicine*, Vol.34, No.12, pp: 2967-2973
38. SMREKOVÁ, D., PALOVIČOVÁ, Z. (2003): Dobro a cnosť. Etická tradícia a súčasnosť. 1 vyd. Bratislava: Iris.
39. SUHONHEN, R., STOLT, M., VIRTANEN, H., LEINO-KILPI H. (2011): Organizational ethics: A literature review. *Nursing Ethics*, Vol.18, No.3, pp: 285-303
40. ŠOLTĚS, L., et al. (1994): Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. 1.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 1994, 88 s.



41. Tsuen-Chiuan, T., Harasym, P.H. (2010): A medical ethical reasoning model and its contribution to medical education. *Medical Education*, Vol.44, No.9, pp: 864-873
42. WEIBL, A., CHMELÍK, B. (2002): *Ekonomika v zdravotníctve*, 1. vyd. Trnava: SAP – Slovak Academic Press, s. r. o., 2002
43. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

---

## **The Satisfaction of Patients and Legal Representatives with Employees´ Work in Hospital with Regard to the Ethics and Moral Issue**

### **Abstract**

The paper is concerning with the problem of moral and ethics in the hospital setting. Authors present the results of theoretical – empirical analysis of the satisfaction of 1. patients and 2. legal representatives with hospital employees´ work, in specification of the reflection of the parameters, that represent the value-moral aspect of medical employees´ work. The first part of paper contains the theoretical – methodological analysis. There is presented the review of key models and principles of medical ethics and basic documents, that are viewed as a basis for providing of responsible approach of medics, and also the control mechanisms, that – in feedback – allow us to create the effective system of functioning in the sphere.

---

**Key words:** medical ethics, medical ethics models, medical ethics principles, basic rights of diseased, satisfaction of patients