

Čo je to pôrodnická etika?

Frank Chervenak, Laurence B. McCullough

What does it mean: Obstetric ethics?

Súhrn

Tento článok poskytuje literárny prehľad o pôrodnickej etike, ako o základnom nástroji pre klinickú prax. Po prvé: definujeme dva základné etické princípy: dobrodenie a rešpekt pred autonómiou osobnosti. Po druhé: na tomto základe poskytujeme vyčíslenie dvoch etických významov koncepcie plodu ako pacienta. Na základe tejto etickej koncepcie identifikujeme jej klinické využitie pre direktívny versus ne-direktívny typ poradenstva zameraného na dobrodenie pre plod. Po tretie: poskytujeme čitateľovi pomôcku pre kritické vyhodnocovanie literatúry o pôrodnickej etike (*lit. 52*).

Kľúčové slová: autonómia, dobrodenie, konflikt, poradenstvo, etika, plod ako pacient.

Summary

This paper provides an overview of obstetric ethics as an essential clinical tool. First, we define two basic ethical principles, beneficence and respect for autonomy. Second, on this basis, we provide an account of two ethical senses of the concept of the fetus as a patient. On the basis of this clinical concept we identify its clinical implications for directive versus non-directive counseling for fetal benefit. Third, we provide the reader with tools for critically evaluating the literature on obstetrics ethics (*Ref. 52*).

Key words: autonomy, beneficence, conflict, counseling, ethics, fetus as a patient.

Prakt. Gynec., 4, 1997, č. 3.

1. Úvod

Etika je vedná disciplína, ktorá študuje morálku. Morálka sa zaoberá v zásade dvoma druhmi správania – dobrým a zlým, to znamená, čo by človek mal robiť, čo by nemal robiť, čo je dobrý a čo zlý charakter, čo je cnosť a čo nerosť. Z toho vyplýva základná je otázka, aká by mala byť morálka. Úzko s ňou súvisia aj ďalšie otázky: ako by sme sa mali správať, ako je nerosť kultivovaná v našom morálnom živote. Etika v pôrodnickej praxi rieši tieto isté otázky, pričom sa sústreďuje na to, čo by mala morálka znamenať pre pôrodníka. Základným princípom toho, čo by morálka mala znamenať v klinickej praxi, je stáročiami potvrdená povinnosť podporovať a chrániť záujem pacienta. Túto všeobecnú etickú po-

vinnosť je potrebné bližšie špecifikovať, ak je to klinicky užitočné. Môže sa tak stať sledovaním z dvoch uhlov pohľadu, v akých sa môže chápať záujem pacienta – v zásade z pohľadu lekára a na druhej strane z pohľadu pacienta (McCullough a Chervenak, 1994).

1.1. Princíp dobročinnosti

Najstaršia z týchto dvoch perspektív nazerania na záujem pacienta v histórii medicínskej etiky je perspektíva medicíny. Na základe vedeckého poznania lekár uplatňuje tie klinické skúsenosti, vyšetrenia pacienta, klinické stratégie, ktoré budú slúžiť záujmom pacienta, to znamená jeho zdraviu a vylučuje tie, ktoré nie sú pre neho vhodné a potrebné. Záujem pacienta vo vzťahu k zdraviu obsahuje prevenciu predčasnej smrti a prevenciu a liečbu, alebo minimálne managing ochorenia, poranenia, handicapu alebo zbytočnej bolesti alebo utrpenia (Beauchamp a Childress, 1989).

To, že tieto prvky konštituujú každý záujem pacienta vo vzťahu k zdraviu, je funkcia kompetencie medicíny ako sociálnej inštitúcie (AAPCB, 1988). Identifikácia záujmu pacienta nie je funkciou osobného alebo subjektívneho pohľa-

Department of Obstetrics and Gynecology, The New York Hospital – Cornell Medical Center, New York, USA

Adresa: Frank A. Chervenak, M.D., The New York Hospital – Cornell Medical Center, Department of Obstetrics and Gynecology, 525 East 68th Street – J 130 New York, N.Y. 10025, U.S.A.

du určitého lekára, ale rigorózný klinický zákon. Etický princíp dobročinnosti člení túto rigoróznú klinickú perspektívu v prospech záujmu pacienta, pretože prikazuje lekárovi hľadať prevahu dobrodenia nad poškodením pacienta, ktoré by mohlo vzniknúť ako dôsledok správania sa lekára alebo pacienta. Na základe rigorózneho klinického zákona by mal lekár identifikovať takú klinickú stratégiu, ktorá by viedla k prevaha dobrodenia nad poškodením, teda k ochrane a podpore záujmu pacienta vo vzťahu k jeho zdraviu. Princíp dobročinnosti má staroveký rodokmeň v západnej lekárskej etike – minimálne od dôb Hippokrata (Beauchamp a Childress, 1989).

Princíp dobročinnosti v pôrodníctve musí byť ostro odlišný od princípu nepoškodenia, všeobecne známym ako „*primum non nocere*“. Treba podotknúť, že tento princíp nie je súčasťou Hippokratovej prisahy a jeho historický pôvod zostáva neznámy. V skutočnosti je potrebné napriek tejto tradícii priznať, že princíp *primum non nocere* nemôžeme naplniť ani ako súčasť pôrodnického princípu etiky, pretože v skutočnosti všetky lekárske zásady obsahujú aj riziko poškodenia. Ak by tento princíp zostal primárnym princípom pôrodnickej etiky, v skutku by bola celá pôrodnická etika neetická. Z tohto hľadiska je princíp dobročinnosti nadradený princípu *primum non nocere*. Princíp dobročinnosti robí pôrodníka ostrážitým aj vtedy, ak by klinický zásah mohol potenciálne poškodiť pacienta. Ak je klinická intervencia v rovnováhe s poškodením pacienta, nemala by sa použiť.

1.2. Princíp rešpektu autonómie (nezávislosti)

Dobre definovaná klinická perspektíva pacientovho záujmu nie je jediná legitímna perspektíva. Perspektíva pacientovho záujmu je dôležitá pre lekára, lebo pacient si vytvoril súbor hodnôt a vieru, že je schopný robiť rozhodnutia v tom, čo je a čo nie je v zhode s jeho záujmom. Je obvyklé, že aj v ostatných aspektoch svojho života robí pacient pravidelne rozhodnutia o veciach rôznej komplexnosti (napr. výber profesionálnej dráhy, výchova detí, nadväzovanie kontaktov, zaobchádzanie s majetkom a pod.). Napriek zložitosti týchto rozhodnutí je pacient presvedčený, že je jedine kompetentný takéto rozhodnutia v svojom živote urobiť, pričom sa bude brániť, ak by takéto právo nemal mať. Toto isté platí aj o právach pacienta robiť rozhodnutia o zdravotníckej starostlivosti. Pritom musí predpokladať, že lekár je schopný určiť, ktorá klinická stratégia je v súhlase s jeho záujmom a ktorá nie.

Pri takomto rozhodovaní je potrebné si uvedomiť, že pacientovo chápanie hodnôt môže presahovať to, čo sa týka jeho zdravotného záujmu, náboženstva, počtu detí, ktoré chce mať a pod. Klinické rozhodovanie založené na dobročinnosti nedáva právo lekárovi zasahovať do oblastí mimo zdravotného záujmu pacienta, pretože je obmedzené kompetenciou medicíny. To sú oblasti vo výsostnej kompetencii pacienta. Etický význam tejto perspektívy je vyjadrený v etickom prin-

cípe rešpektovania autonómie. Tento princíp zaväzuje lekára rešpektovať integritu hodnôt pacienta, jeho viery, perspektívy jeho záujmov a použiť len také klinické stratégie, ktoré môžu byť realizované s jej súhlasom na základe procesu informovanej voľby. Rešpektovanie autonómie znamená vsunúť do klinickej praxe proces informovaného súhlasu. Tento proces má obyčajne 3 prvky:

- * oznámenie primeraných informácií pacientovi, v pôrodníctve pacientke, lekárom o jej stave a vhodnom managemente
- * pochopenie oznámených informácií pacientkou
- * dobrovoľné rozhodnutie pacientkou, či sa podrobí alebo nepodrobí navrhovanému klinickému postupu (Faden a Beauchamp, 1986).

2. Dobrodenie a rešpektovanie autonómie aplikované na tehotnú ženu a plod

Povinnosti lekára voči pacientke sú obyčajne založené na princípe dobrodenia a rešpektovania autonómie (Chervenak a McCullough, 1985). Vzťah lekára k záujmom tehotnej ženy je na základe povinnosti lekára vykonávať dobrodenie. Jej vlastný vzťah k uvedeným dvom princípom je založený na rešpektovaní vlastnej autonómie. Iná situácia je u plodu. Vzhľadom na nedostatočne vyvinutý centrálny nervový systém nie je plod schopný zmysluplne vypovedať, aké sú jeho hodnoty a viera. Z tohto hľadiska nie je možné definovať perspektívu záujmu plodu, preto neexistuje z tohto hľadiska ani povinnosť rešpektovať autonómiu plodu (Chervenak a McCullough, 1985; 1989; McCullough a Chervenak, 1994). Napriek tomu, že hovoriť jazykom fetálneho práva nemá zmysel, v pôrodnickej etike je jeho aplikácia na plod častá, rovnako ako je populárna vo verejných a politických dišputách v USA a v mnohých iných krajinách. Lekár môže mať vzťah k zdravotnému záujmu plodu založený na dobrodení plodu, ale len v prípade, ak je plod pacientom. Pre význam, aký nadobudol plod ako pacient pre pôrodnickú etiku si zasluhuje táto oblasť podrobnú pozornosť.

3. Dva významy koncepcie plodu ako pacienta

V ostatnom období sa zvýšil význam koncepcie „plod ako pacient“, ktorý súvisí s rozvojom fetálnej diagnostiky a strategického managementu, ktorého cieľom je optimalizovať stav plodu po narodení (AAPCB, 1988; ACOG, 1987a,b; Liley, 1972). Táto koncepcia bola následne akceptovaná (Fletcher, 1981; Mahoney, 1978; 1989; Murray, 1987; Newton, 1989; Pritchard et al., 1985; Shinn, 1985; Wertz a Fletcher, 1989). Táto koncepcia má klinický význam v tom, že ak je plod pacientom, direktívny typ poradenstva je prijateľný a akceptovaný (counselling), to znamená odporúčenia a forma managementu s cieľom benefitu pre plod. Ak ale plod nie je pacientom, je primeraná nedirektívna forma, ponúknutie – ale nie nariadenie formy managementu. Tieto

zdánlivo zrejme úlohy direktívneho a nedirektívneho poradenstva sa často ťažko aplikujú v reálnej klinickej pôrodnickej praxi – najmä pre nejasnosť faktu, kedy je plod pacientom a kedy nie. Jeden prístup, ktorý umožňuje riešenie, by mohol byť argument na základe osobnosti (Anderson a Strong, 1988; Engelhardt, 1986; Fleming, 1987; Ford, 1988; Strong, 1987; Strong a Anderson, 1989) alebo na základe inej formy nezávislého morálneho stavu (Duntan, 1984; Elias a Annas, 1987; Evans et al., 1988; Ruddick a Wilcox, 1982). V ďalšom ukážeme, že aj takýto prístup zlyháva pri riešení konkrétneho problému a budeme obhajovať alternatívny prístup, ktorý vedie k riešeniu.

3.1. Nezávislý morálny status plodu

Významným prínosom pre určenie, či plod je alebo nie je pacientom, bolo zhrnutie pokusov ukázať, či má alebo nemá nezávislý morálny stav. To je prvý význam koncepcie plodu ako pacienta. Nezávislosť morálneho stavu plodu znamená, že je jedna alebo viac charakteristík plodu svedčiacich pre to, že plod je nezávislý od tehotnej ženy – alebo sú nejaké iné faktory, ktoré vytvárajú základ povinnosti lekára k plodu ako k časti tehotnej ženy. Pre túto úlohu bolo navrhnutých veľa charakteristík, to znamená moment koncepcie, implantácie, rozvoj CNS, oživenie (quickening), moment pôrodu (Curran, 1978; Hellegers, 1970; Noonan, 1979). Nie je prekvapujúce, že podaním návrhov na množstvo charakteristík dochádza k zásadným rozdielom medzi etickými argumentami pre určenie doby, kedy získava plod nezávislý morálny status. Niektorí autori sú presvedčení, že plod má nezávislý morálny status od okamihu oplodnenia, ev. implantácie (Bopp, 1984; 1985; Noonan, 1970). Iní sú presvedčení, že nezávislosť morálneho statusu plodu sa získava v stupňoch, čo vedie k „stupňovaniu“ morálneho statusu (Duntan, 1984; Evans et al., 1988). Napriek tomu sú názory ďalších autorov, že plod nikdy nemá nezávislý status, pokiaľ je v maternici (Elias a Annas, 1987). Tejto témy sa týka množstvo teologickej a filozofickej literatúry, ale zatiaľ nie je presvedčivo doložený výpočet, ktorý by definoval nezávislosť morálneho statusu plodu (Callahan a Callahan, 1984; Roe a Wade, 1973). Nie je to prekvapujúce, pretože chýba metodológia, ktorá by bola akceptovateľná pre všetkých účastníkov – predstaviteľov rôznych teologických smerov a filozofických škôl – tejto zásadnej diskusie. Ak bude vôbec možné niekedy urobiť definitívne závery v zhode s teologickými a filozofickými tradíciami, bude to intelektuálny a kultúrny sviatok. V súčasnosti je preto možno upustiť od pokusov „porozumieť“ plodu ako pacientovi v zmysle nezávislosti jeho morálneho statusu a otočiť sa k alternatívnejmu prístupu, ktorý umožňuje identifikovať eticky zreteľné významy plodu ako pacienta a ich klinické použitie pre direktívny alebo nedirektívny typ poradenstva. Vo svojom prvom význame nemá nezávislý morálny status plodu stabilný alebo klinicky aplikovateľný význam. Preto upozorňuje na druhý význam koncepcie plod ako pacient.

3.2. Závislý morálny status plodu

Naša analýza druhého významu koncepcie plodu ako pacienta začína konštatovaním, že byť pacientom nevyžaduje vlastniť nezávislý morálny status (Ruddick a Wilcox, 1982). Býť pacientom znamená, že jednotlivec môže mať výhodu z využitia aplikácie klinických zručností lekára. Aby sme to upresnili, ľudská bytosť bez nezávislého morálneho statusu je považovaná za pacienta, ak sú splnené dve podmienky:

- * ľudská bytosť sa prezentuje lekárovi
- * existuje klinický zákrok, od ktorého sa očakáva, že bude účinný a možno spoľahlivo očakávať výsledok s prevahou dobrodenia nad poškodením (Chervenak a McCullough, 1991). To je druhý význam koncepcie plodu ako pacienta, ktorý sa nazýva závislý morálny status plodu. Autori argumentujú, že povinnosť založená na dobrodení plodu je, ak sa spoľahlivo očakáva, že plod neskôr nadobudne nezávislý morálny status (niekedy počas druhého roka po pôrode) (McCullough a Chervenak, 1994). To znamená, že plod je pacientom, keď je prezentovaný lekárovi a keď existujú medicínske intervencie, či už diagnostické alebo liečebné, od ktorých sa dá očakávať, že prevyšujú pozitíva (goods) nad negatívami (poškodenia, harms) pre osobu plodu, ktorou by sa plod stal počas obdobia včasného detstva. Etický význam koncepcie plodu ako pacienta závisí od vzťahu, ktorý môže vzniknúť medzi plodom a jeho možnosťou stať sa dieťaťom s nezávislým morálnym statusom.

3.3. Životaschopný fetálny pacient

Jedným z podstatných vzťahov je životaschopnosť plodu. Životaschopnosť však nie je vnútornou vlastnosťou plodu, pretože životaschopnosť musíme chápať v zmysle biologických aj technologických faktorov (Fost et al., 1980; Mahowald, 1989; Roe a Wade, 1973). Iba v zmysle oboch týchto faktorov môže existovať plod mimo maternice a neskôr získať nezávislý morálny status. Tieto dva faktory neexistujú ako funkcia autonómie tehotnej ženy. Ak je plod životaschopný, to znamená, ak je dostatočne zrelý na to, aby prežil v neonatálnom období a neskôr získal nezávislý morálny status, pri súčasnej dosiahnuteľnosti technologickej podpory a pokiaľ je prezentovaný lekárovi – jedná sa o plod ako pacienta. Životaschopnosť existuje ako funkcia biomedicínskych a technologických výdobytkov (capacities), ktoré sú rôzne v rôznych častiach sveta. V dôsledku toho v súčasnosti neexistuje celosvetovo jednotná definícia gestačného veku na definovanie životaschopnosti (viability). V USA sú autori, ktorí sú presvedčení, že v súčasnosti hranicu viability predstavuje približne 24 gestačný týždeň (Hack a Fanaroff, 1989; Whyte a Fitzhardinge, 1993). Keď je plod pacientom, je oprávnený direktívny typ poradenstva (counseling) zameraný na benefit plodu. V klinickej praxi direktívny typ poradenstva zameraný na benefit plodu obsahuje jedno alebo viac nasledovných odporúčaní:

- * odporúčenie proti ukončeniu tehotnosti
- * odporúčenie neagresívneho (neinvazívneho) managementu
- * odporúčenie agresívneho (invazívneho) managementu.

Agresívny typ pôrodného managementu obsahuje intervencie (pozorovanie plodu, tokolýza, cisársky rez, pôrod v terciárnom – špecializovanom centre), ak sú indikované. Neagresívny typ pôrodného managementu vylučuje takéto intervencie. Direktívny typ pôrodného poradenstva zameraného na benefit plodu však musí brať do úvahy prítomnosť a závažnosť fetálnych anomálií, extrémnu nezrelosť a povinnosti k tehotnej žene.

V klinickej praxi je veľmi dôležité uznávať, že sila direktívneho poradenstva zameraného na benefit pacienta varíruje v závislosti od výskytu a závažnosti anomálií. Pravidlom je, že závažnejšie fetálne anomálie znamenajú menej direktívny typ poradenstva zameraného na benefit plodu (Chervenak a McCullough, 1990a; 1990b). Obzvlášť to platí vtedy, ak je veľmi vysoká pravdepodobnosť správnej diagnózy (AAPCB, 1988), alebo a/ vysoká možnosť popôrodného úmrtia v dôsledku diagnostikovanej anomálie (ACOG, 1987), b/ veľmi vysoká pravdepodobnosť ťažkého, ireverzibilného deficitu v kapacite rozumového vývoja na základe diagnostikovanej anomálie (Chervenak a McCullough, 1984). V týchto prípadoch má byť poradenstvo nedirektívne pri odporúčení medzi agresívnym a neagresívnym managementom, ale direktívne pri odporúčení proti ukončeniu tehotnosti so životaschopným plodom. Vyplýva to z toho, že existuje, aj keď minimálna povinnosť vykonávať hoci aj agresívne aktivity, ktoré sa opierajú o povinnosť dobrodenia zameraného na plod (Chervenak a McCullough, 1990; Chervenak et al., 1984). Takéto plody nie sú pacientami, ale umierajúcimi plodmi a poradenstvo má byť nedirektívne v odporúčení rozhodnutia medzi neagresívnym managementom a ukončením tehotnosti alebo direktívne v odporúčení proti agresívnemu managementu pre benefit matky (Chervenak a McCullough, 1990). Prístupy direktívnosti poradenstva v prípade extrémnej prematurity životaschopného plodu sa veľmi neodlišujú. Najmä v prípade, ak ide o životaschopné plody v gestačnom veku 24-26 týždňov, kde je vysoká nádej na prežitie, ale aj vysoká pravdepodobnosť morbiditu a mortalitu (Hack a Fanaroff, 1989; Whyte et al., 1993). Pomer morbiditu a mortality sa môže zvýšiť použitím neagresívneho managementu, zatiaľ čo agresívne pôrodné managementy môžu priaznivo ovplyvniť výsledok. Zdá sa teda, že je podstatný dôvod pre agresívny typ pôrodného managementu založeného na povinnosti brať do úvahy dobrodenie pre životaschopný plod. Ešte viac sa to týka tehotnosti po 26. gestačnom týždni (Hack a Fanaroff, 1989; Whyte et al., 1993). Takýto direktívny typ poradenstva sa môže použiť len vtedy, ak je založený na potvrdení účinnosti agresívneho pôrodného managementu pre každú fetálnu indikáciu. Napríklad takáto účinnosť doteraz nebola dokumentovaná pre rutínne používanie cisárskeho re-

zu v managemente extrémnej prematurity (Hack a Fanaroff, 1989). Direktívny typ poradenstva zameraný na benefit plodu musí brať do úvahy aj povinnosti k tehotnej žene (Chervenak a McCullough, 1985; McCullough a Chervenak, 1994). Takéto balansovanie musí rozlišovať, že tehotná žena je „povinná“ niesť iba také rozumné riziko lekárskeho zákroku, ktoré má vzťah k očakávanému benefitu životaschopného plodu alebo neskoršieho dieťaťa. Výnimočnou črtou pôrodnickej etiky je fakt, že v jednotlivých prípadoch životaschopný plod má byť odporúčený lekárovi na prezentovanie, ako funkcia autonómnosti tehotnej ženy. Samozrejme, každá stratégia direktívneho poradenstva smerujúca k benefitu plodu, ktorá berie do úvahy povinnosti k tehotnej žene, musí počítat s možnosťou konfliktu medzi lekárskeho odporúčením, resp. nariadením a autonómnym rozhodnutím tehotnej ženy. Takýto konflikt je lepšie preventívne – pomocou informovaného súhlasu, ktorý je chápaný ako priebežný dialóg počas tehotnosti, predpovedať, ak je to potrebné, potom treba rozvinúť aj širší dialóg (Chervenak a McCullough, 1991; McCullough a Chervenak, 1994).

3.4. Neživotaschopný (pre-viable) fetálny pacient

Možný vzťah medzi neživotaschopným plodom a dieťaťom, ktorý môže vyvstať, je funkciou autonómie tehotnej ženy. To znamená, že technologické faktory nemôžu ovplyvniť to, či sa stane neživotaschopný plod dieťaťom. Takto zjednodušene sa dá vysvetliť to, čo znamená neživotaschopnosť. Rozhodnutie o tom, či sa stane neživotaschopný plod plodom pacientom, môže urobiť len tehotná žena. Neživotaschopný plod nemôže byť dôvodom pre status plod-pacient, nezávisle od autonómie tehotnej ženy. Neživotaschopný plod je preto prezentovaný lekárovi ako pacient len ako funkcia autonómie ženy. Poradenstvo vzťahujúce sa k managementu tehotnosti s neživotaschopným plodom nemôže byť direktívne, ak sa týka rozhodnutia ženy, či si ponechá tehotnosť alebo si nechá urobiť potrat. Pri tehotnostiach, v ktorých žena nemá istotu, ako má prezentovať status plodu, sa odporúča, aby sa plod považoval za pacienta (McCullough a Chervenak, 1994).

3.5. In vitro-embryo pacient

Embryo možno za pacienta považovať vtedy, ak sa takto prezentuje lekárovi. Ak má však byť takáto povinnosť pre lekára založená na dobrodení pre ľudskú bytosť, musí to byť súčasne aj prípad, kde sa od lekárskeho zákroku očakáva ich účinnosť. Odvolanie sa na terminológiu dobrodenia, či je plod pacientom, závisí od toho, aký vzťah môže byť určený medzi plodom a jeho neskoršou možnosťou získať nezávislý morálny status. Opodstatnenosť medicínskych intervencií na in vitro embryo závisí od toho, či sa stane neskôr životaschopným. Avšak o žiadnej z týchto aktivít nemožno jednoznačne povedať, že bude viesť k očakávanému výsledku. In vitro

embryo sa stane životaschopným vtedy, ak prežije in vitro delenie buniek, transfer, implantáciu a následnú tehotnosť. Proces získavania viability sa dá pozorovať iba in vivo a preto rozhodnutie ohľadom statusu plodu (plodov) ako pacienta (pacientov) je jednoznačne závislé od rozhodnutia ženy. Z tohto hľadiska je primeranejšie považovať in vitro embryo skôr za neživotaschopný plod (pre-viable fetus), ako za životaschopný plod. V dôsledku toho každé in vitro embryo bude považované za pacienta len vtedy, ak je to želanie ženy, do ktorej reprodukčného systému bude embryo (embryá) transferované. Poradenstvo o tom, koľko embryí bude transferovaných, ako aj o celej preimplantačnej diagnóze, má byť ne-direktívne (Grifo et al., 1992). To isté platí aj o stanovení prognózy úspešnosti, ako aj rozhodnutia o prípadnej selektívnej redukcii plodov – v závislosti od počtu transferovaných embryí. Napriek tomu nemôže byť žiadne poradenstvo direktívne vo vzťahu k benefitu plodu, pokiaľ aj žena uzná status plodu ako pacienta v čase jeho in vitro embryonálneho štádia. Jednoducho žena má mať posledné rozhodnutie o tom, koľko embryí má byť transferovaných.

4. Ako kriticky čítať literatúru o pôrodnickej etike

Informácie o rôznych oblastiach pôrodnickej etiky prirodzene expandujú. Pokúsime sa čitateľovi dať návod, ako kriticky vyhodnocovať literatúru o pôrodnickej etike.

4.1. Základné rozlíšenie: deskriptívna vs. normatívna pôrodnická etika

Prvým krokom je základné rozlíšenie medzi deskriptívnou a normatívnou pôrodnickou etikou. Deskriptívna etika používa dlhodobu stanovenú metódu kvantitatívnej a kvalitatívnej sociálnej vedy na získavanie údajov o aktuálnych etických presvedčeniach a praxi týkajúcej sa etického rozmeru pôrodnictva. Normatívna pôrodnická etika sa v kontraste s uvedeným týka toho, aké by praktické presvedčenia a prax mali byť. Normatívna pôrodnická etika používa kvalitatívne metódy rigorózne etickej analýzy a argumentov. Deskriptívna pôrodnická etika predstavuje dôležitý informačný pohľad pre normatívnu etiku, avšak deskriptívna etika nikdy nemôže povedať to, aké by mali byť hodnoty (beliefs) a prax pôrodnikov – môže povedať len to, aké sú. Články o deskriptívnej etike sú stále obvyklejšou súčasťou odbornej literatúry (Wertz a Flether, 1989).

4.2. Kritériá pre rigoróznú etickú analýzu a argument v normatívnej pôrodnickej etike

Hlavnými kvalitatívnymi metódami normatívnej pôrodnickej etiky sú etická analýza a argument. Etická analýza určuje

elementy, ktoré sa týkajú etiky v zmysle etických princípov, akými sú dobrodennosť, rešpektovanie autonómie a cnosti, ako aj súcitu a integrita (McCullough a Chervenak, 1994). Etický management využíva etické princípy a cnosti ako premisy, z ktorých možno dospieť spoľahlivo k záverom. Počas storočí vyvinula filozofická etika množstvo kritérií pre rigoróznú etickú analýzu a argumenty v normatívnej etike. Naším výkladom tejto histórie je, že existuje 6 relevantných kritérií pre zhodnotenie etickej analýzy a argumentov pre ich intelektuálnu rigoróznosť.

1. Prvým kritériom je objasnenie, aby termíny a koncepcie boli precízne. Napr. zváženie populárnej frázy „právo na život“ (Bopp, 1984). Objasnenie tejto frázy vedie z nášho pohľadu k poznaniu, že „právo na život“ neznamená jediné, ale minimálne 3 ďalšie práva: a/ právo byť nespravodlivo zabíjaný, b/ právo nemať nespravodlivo prerušenú technologickú alebo biologickú podporu a c/ právo mať zabezpečenú kontinuitu takejto podpory tak dlho, ako to má zmysel. Tieto práva majú odlišný význam vo vzťahu k tehotnej žene. Napríklad prvá verzia sa zdá byť obmedzená malým množstvom výnimiek, naproti tomu tretia verzia ich má množstvo, pretože žiadna ľudská bytosť nemá prednostné právo byť majetkom alebo telom v inej ľudskej bytosti. Teraz už môžu byť aj iné objasnenia práva na život. V dvoch významoch ho možno identifikovať ako negatívne právo, t.j. právo nezasahovať, nenarúšať (right to non-interference). V treťom význame možno chápať právo na život ako pozitívne právo – požiadavka byť zdrojom pre iných. Je pokúšenie trivializovať kritérium objasnenosti na definovanie termínov. Ako vyplýva z uvedených príkladov, objasňovanie predstavuje viac ako definíciu – znamená starostlivé vyjadrenie a uvedenie primeraných rozlíšení.

2. Druhým kritériom je konzistentnosť (dôslednosť). Vytvára dve požiadavky na etickú analýzu a argumentáciu: kľúčové termíny a frázy musia byť objasnené a mali byť použité vždy v tom istom význame; konzistentnosť sa vyžaduje, aby argumenty boli bez kontradikcie. To znamená, že závery z argumentov majú logicky vyplývať z premis. Napríklad nekonzistentný argument o potratoch by mohol byť jedným, v ktorých sa rôzne významy „práva na život“ môžu stať podkladom premisy a závery podkladom pre argument. Príkladom môže byť tvrdenie prvej verzie práva na život, ako jedinej premisy pre argument a záver, že potrat v prípade znásilnenia ženy alebo incestu je povolený, pretože plod nemá prednostné právo pokračovať v existencii za takýchto okolností. Problém je v tom, že tento záver nevychádza z premisy, ktorá tvrdí, že plod má právo byť nespravodlivo zabíjaný. To je preto tak, lebo takéto právo je nezávislé od toho, ako si plod predstavujeme. Teda výnimka potvrdzuje pravidlo – znásilnenie a incest nie sú konzistentné s prvým významom fetálneho práva na život. Argument zlyháva pre nedostatok konzistentnosti.

3. Tretím kritériom je koherencia (súdržnosť): vyžaduje, aby sa premisa a argument spojili do zmysluplného celku.

Napríklad jednoduché preberanie etických princípov bez demonštrovania ich vzájomného prepojenia zlyháva pri uspokojovaní kritéria koherencie.

4. Štvrtým kritériom je klinická aplikovateľnosť: vyžaduje, aby normatívna pôrodnická etika mohla byť aktuálne použitá, aby sa na jej základe mohlo viesť cieľené klinické rozhodovanie a správanie v pôrodníctve (včítane perinatálnej medicíny). To znamená, že normatívna pôrodnická etika hodná svojho mena, nikdy nie je nemenný princíp, ale mala by solídne stáť v klinickej realite.

5. Piatym kritériom je klinická adekvátnosť. Klinická aplikabilita znamená, že normatívna pôrodnická etika sa aplikuje v súčasnej klinickej realite. Klinická adekvátnosť znamená, že normatívna pôrodnická etika bude aplikovateľná aj v budúcnosti tak, ako sa už teraz predvída klinická situácia.

6. Nakoniec, všetky uvedené kritériá predpokladajú dobre známe kritérium odbornosti, menovite komplexnosť. Tak, ako v žiadnom klinickom výskume, ani v normatívnej etike nemôže byť etická analýza a argument kompletný, ak neberie do úvahy odozvy v odbornej literatúre z oblasti, ktorej sa dotýka.

Čitatelia sa môžu odvolávať na tieto kritériá pre intelektuálnu rigoróznosť v normatívnej pôrodnickej etike – jasnosť, dôslednosť (konzistencia), súdržnosť (koherentnosť), klinická aplikovateľnosť, klinická adekvátnosť a úplnosť (komplexnosť) (Chervenak a McCullough, 1993).

4.3. Pasce, ktorým sa treba vyhnúť

Kritické vyhodnocovanie odbornej literatúry v pôrodnickej etike obsahuje aj identifikáciu pascí, ktorým sa treba vyhnúť. Vyskytujú sa vtedy, ak sú ignorované prirodzené limity, ktoré majú rôzne disciplíny podieľajúce sa na normatívnej etike. Pretože sú veľmi významné, budeme zvažovať právo, náboženstvo, profesionálny konsenzus, využitie autorít a filozofiu.

Hlavným obmedzením práva – všeobecného, štatutárneho a administratívneho, sú jeho nezrozumiteľnosť a možná nekonzistentnosť. Pretože právo je prirodzene klinicky aplikovateľné a adekvátne v rôznych oblastiach pôrodnickej praxe, je nepozorovane prítomné aj v rôznych iných oblastiach. Napríklad niektoré štátne súdy vydali nariadenia pre vykonávanie cisárskeho rezu z dôvodu fetálneho distressu alebo pre placentu praeviu. Avšak žiadny súd nenariadil tehotnej žene, aby navštevovala prenatálnu starostlivosť predtým, ako príde na pôrod – teda dochádza k etickej pochybnosti o takomto správaní sa založenom na dobrodení týkajúcom sa oboch záujmov – matky a jej plodu. Zákon sa nezmieňuje o cnostiach, ktoré by mal vo svojej klinickej praxi pôrodník kultivovať. V súčasnosti sa venuje kritická pozornosť cnostiam, akými sú súcit a integrita, pretože dochádza z tohto hľadiska k dehumanizácii pôrodnickej praxe (McCullough a Chervenak, 1994). Právo má aj riziko vnútorného konfliktu a teda na

možnú nekonzistentnosť. Na jednej strane štatutárne a regulačné právo, ktoré riadi verejne financovanú zdravotnícku starostlivosť, zaväzuje lekárov, aby konali pre svojich pacientov menej (poznámka – v zmysle finančných limitov). Na druhej strane všeobecné právo o “malpraxi” sa zdá, že robí lekárov zodpovedných za to, aby robili viac. Ignorovanie nezrozumiteľnosti alebo možnej nekonzistentnosti práva teda predstavuje možnú pascu.

Hlavnou limitáciou náboženstva je potenciálne chýbajúca klinická aplikovateľnosť a klinická adekvátnosť. Je to tak preto, lebo ak je pôrodnická etika založená na náboženskej viere, vyžaduje od všetkých, aby ju akceptovali (AAPCB, 1988) aj s existenciou božstva a určitej transcendentálnej reality a predovšetkým interpretáciu v rámci náboženskej komunity (ACOG, 1987), že to čo božstvo a transcendentálna realita znamená, je bezpodmienečne dobré pre všetkých ľudí. Tieto dve podmienky v pluralistickej spoločnosti nemôžu byť nikdy splnené, pretože spoločnosť je zložená z ľudí rôzneho vierovyznania, ako aj z ateistov a agnostikov (Engelhardt, 1986). Okrem toho, pretože intelektuálne oprávnenie medicíny, biomedicínskych vied a vzhľadom na legálne oprávnenie medicíny a licenciu štátu má svetský charakter, pôrodnická etika založená na náboženstve nemôže byť predpokladom pre klinickú aplikovateľnosť alebo adekvátnosť. Ak neberieme do úvahy tieto fakty, môže vzniknúť vážna pasca.

Hlavnou limitáciou konsenzu (Moreno, 1988) je rozdelenie etiky na deskriptívnu a normatívnu etiku. Konsenzus je totiž len verzia deskriptívnej etiky. Vytváranie konsenzus v normatívnej pôrodnickej etike vytvára vážnu pascu.

Využívanie autorít je tiež limitovaný faktor (Rachels, 1991). Problémom totiž je, že intelektuálna autorita názorov mnohých expertov v pôrodnickej etike závisí od kvality a rigoróznosti analýz a argumentov, ktorými podporujú svoj názor (t.j. či uspokojujú uvedených 6 kritérií) a nie od prestíže jednotlivca alebo inštitúcie, profesného združenia, vládnej komisie alebo úradu. Pasca neprimeraného využívania autorít sa pozoruje vtedy, ak niekto prehliadne potrebu kritického zhodnotenia stanoviska autority – najmä vzhľadom na dodržiavanie 6 kritérií. Takéto stanovisko potom nemá skutočnú cenu.

Hlavná limitácia filozofickej etiky je funkciou jej samého skúmaného predmetu. Aristoteles už pred stáročiami tvrdil, že veda alebo oblasť poznania, môže byť len taká exaktná, akým je ňou skúmaný predmet (Aristotle, 1962). Predmet, ktorý skúma filozofická etika, zahŕňa ľudskú vieru, správanie, ktoré sú notoricky neexaktné. Z tohto dôvodu Aristoteles správne tvrdil, že filozofické argumenty v etike nemôžu byť nikdy také exaktné, ako geometrické dôkazy. Poučením vyplývajúcim z Aristotela pre dnešnú dobu je, že cieľom každého úsilia v normatívnej pôrodnickej etike by mala byť intelektuálne rigoróznosť etická analýza a argument, ktorý potvrdzuje intelektuálne rigoróznosť rôznorodosti etickej analýzy a argumentov. Pasca filozofickej etiky je, že sa zaoberá jednou etickou analýzou a argumentom, ako konečným a ne-

zvratným. Každý skúsený klinik vie, že zlyhanie v schopnosti byť otvoreným ku kritickému zhodnoteniu jediného klinického rozhodnutia a praxe vo vedeckých otázkach, vedie častejšie k tomu, že sa nevyhneme problémom v starostlivosti o pacienta, ktoré sú pri rešpektovaní kritickosti odvrátiteľné. To isté platí aj v etických otázkach*.

Literatúra

1. **American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics.** Fetal therapy. Ethical considerations. *Pediatrics*, 81, 1988, s. 898.
2. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Committee on ethics. Patient choice: Maternal-fetal conflict. Washington, Amer. Coll. Obstet. Gynecol., 1987.
3. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Technical Bulletin. Ethical decision – making in obstetrics and gynecology. Washington, Amer. Coll. Obstet. Gynecol., 1987.
4. **Anderson G., Strong C.:** The premature breech: Cesarean section or trial labor? *J. Med. Ethics*, 14, 1988, s. 18.
5. **Aristotle:** Nichomachean ethics. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1962.
6. **Beauchamp T.L., Childress J.F.:** Principles of biomedical ethics. 3rd ed., Oxford Univ. Press, New York 1989.
7. **Bopp J. (ed.):** Restoring the right to life: The human life amendment. Provo: Brigham Young Univ. 1984.
8. **Bopp J. (ed.):** Human life and health care ethics. Frederick, Maryland, Univ. Publications of America, 1985.
9. **Callahan S., Callahan D. (eds.):** Abortion: Understanding differences. Plenum Press, New York, 1984.
10. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** An ethically justified, clinically comprehensive management strategy for third-trimester pregnancies complicated by fetal anomalies. *Obstet. Gynecol.*, 75, 1990, s. 311.
11. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** Clinical guides to preventing ethical conflicts between pregnant women and their physicians. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 162, 1990, s. 303.
12. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** Does obstetric ethics have any role in the obstetricians response to the abortion controversy? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 163, 1990, s. 1425.
13. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** How to critically evaluate positions on obstetric ethics. *J. Reprod. Med.*, 38, 1993, s. 281.
14. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** Nonaggressive obstetric management: An option for some fetal anomalies during the third trimester. *JAMA*, 261, 1989, s. 3439.
15. **Chervenak F.A., Farley M.A., Walters L. et al.:** When is termination of pregnancy during the third trimester morally justifiable? *N. Engl. J. Med.*, 310, 1984, s. 501.
16. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** Perinatal ethics: A practical method of analysis of obligations to mother and fetus. *Obstet. Gynecol.*, 66, 1985, s. 442.
17. **Chervenak F.A., McCullough L.B.:** The fetus as a patient: implications for directive versus non-directive counseling for fetal benefit. *Fetal Diagn. Ther.*, 6, 1991, s. 93.
18. **Curran C.E.:** Abortion: Contemporary debate in philosophical and religious ethics. In: Reich W.T. (ed.): *Encyclopedia of bioethics*. MacMillan, New York 1978.
19. **Duntan G.R.:** The moral status of the human embryo. A traditional recalled. *J. Med. Ethics*, 10, 1984, s. 38.
20. **Elias S., Annas G.J.:** Reproductive genetics and the law. Chicago: Year Book Medical Publ., 1987.
21. **Engelhardt H.T.Jr.:** The foundations of bioethic. New York: Oxford Univ. Press 1986.
22. **Evans M.I., Flether J.C., Zador I.E. et al.:** Selective first-trimester termination in octuplet and quadruplet pregnancies: Clinical and ethical issues. *Obstet. Gynecol.*, 71, 1988, s. 289.
23. **Faden R.R., Beauchamp T.L.:** A history and theory of informed consent. Oxford Univ. Press, New York 1986.
24. **Fleming L.:** The moral status of the fetus. A reappraisal. *Bioethics*, 1, 1987, s. 15.
25. **Flether J.C.:** The fetus as patient: ethical issues. *JAMA*, 246, 1981, s. 772.
26. **Ford N.M.:** When did I begin? Conception of the human individual in history. Philosophy and Science. Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1988.
27. **Fost N., Chudwin D., Wikker D.:** The limited moral significance of fetal viability. *Hastings Cent. Rep.*, 10, 1980, s. 10.
28. **Grifo J.A., Boyle A. et al.:** Preimplantation genetic diagnosis. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 116, 1992, s. 393.
29. **Hack M., Fanaroff A.A.:** Outcomes of extremely low-birth-weight infants between 1982 and 1988. *N. Engl. J. Med.*, 321, 1989, s. 1642.
30. **Harrison M.R., Golbus M.S., Filly R.A.:** The unborn patient. Grune and Stratton, New York 1984.
31. **Hellegers A.E.:** Fetal development. Theological studies, 31, 1970, s. 3.
32. **Hippokrates:** Epidemics I:XI. Jones W.H.S. (trans. Loeb): *Classical Library*, Vol. 147. Harvard Univ. Press, Cambridge 1923.

33. Liley A.W.: The fetus as a personality. Aust. N. Zeal. J. Psychiatry, 6, 1972, s. 99.
34. Mahowald M.: Beyond abortion: Refusal of Cesarean section. Bioethics, 3, 1989, s. 106.
35. Mahoney M.J.: Fetal-maternal relationship. In: Reich W.T. (ed.): Encyclopedia of bioethics. MacMillan, New York 1978.
36. Mahoney M.J.: The fetus as a patient. West. J. Med., 150, 1989, s. 517.
37. McCullough L.D., Chervenak F.A.: Ethics in obstetrics and gynecology. Oxford Univ. Press, New York 1994.
38. Moreno J.: Ethics by committee: The moral authority of consensus. J. Med. Phil., 14, 1988, s. 411.
39. Murray T.H.: Moral obligations to the not-yet born: The fetus as patient. Clinics in Perinatology, 14, 1987, s. 313.
40. Newton E.R.: The fetus as patient. Med. Clin. N. Amer., 73, 1989, s. 517.
41. Noonan J.T.: A private choice. Abortion in America in the Seventies. The Free Press, New York 1979.
42. Noonan J.T. (ed.): The morality of abortion. Harvard Univ. Press, Cambridge 1970.
43. Pritchard J.A., MacDonald P.C., Gant N.F.: Williams obstetrics. 17th ed. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.
44. Rachels J.: When philosophers shoot from the hip. Bioethics, 5, 1991, s. 67.
45. Roe V., Wade V.: 410 US, 113 (1973).
46. Ruddick W., Wilcox W.: Operating on the fetus. Hastings Cent. Report, 12, 1982, s. 10.
47. Shinn R.L.: The fetus as patient: A philosophical and ethical perspective. In: Milunsky A., Annas G.J. (eds.): Genetics and the law III. Plenum Press, New York 1985.
48. Strong C.: Ethical conflicts between mother and fetus in obstetrics. Clinics in Perinatology, 14, 1987, s. 313.
49. Strong C., Anderson G.: The moral status of the near-term fetus. J. med. Ethics, 15, 1989, s. 25.
50. Walters L.: Ethical issues in intrauterine diagnosis and therapy. Fetal Ther., 1, 1986, s. 32.
51. Wertz D.C., Flether J.C.: Ethics and human genetics. A cross-cultural perspective. Springer Verl., Heidelberg 1989.
52. Whyte H.E., Fitzhardinge P.M. et al.: External immaturity: outline of 568 pregnancies of 23-26 weeks gestation. Obstet. Gynecol., 82, 1993, s. 1.

Do redakcie došlo 30.6.1997.

* Prevzaté so súhlasom autora z J. Perinat. Med., 23, 1995, s. 331–341. Preklad pripravil MUDr. M. Kliment, CSc.

BLAHOŽELÁME

Blahoželáme jubilantom – členom SGPS SLS II. polrok 1997

75 rokov

Plintovič Vladimír, 31.8.1922, Banská Bystrica
Šimko Ján, 9.11.1922, Košice

70 rokov

Blašková Oľga, 30.8.1927, Bratislava

65 rokov

Kuliačková Viera, 3.7.1932, Žilina
Sloboda Milan, 7.7.1932, Ilava
Peter Igor, 9.7.1932, Bratislava
Bryová Zuzana, 3.8.1932, Stará Ľubovňa
Pačin Jozef, 15.8.1932, Košice
Melich Ondrej, 17.11.1932, Košice

60 rokov

Stejskalová Ester, 1.7.1937, Zlaté Moravce
Kon Ondrej, 8.7.1937, Michalovce
Petrák Karol, 9.7.1937, Nová Baňa

55 rokov

Vlniešková Viera, 16.10.1942, Bratislava
Vasilčák Michal, 20.10.1942, Trebišov
Gecy Ján, 21.10.1942, Trenčín

Kľuka Dezider, 21.10.1942, Partizánske
Kopjaková Margita, 30.10.1942, Komárno
Bárdošová Andrea, 10.12.1942, Bratislava

50 rokov

Hilárová Hana, 2.7.1947, Banská Bystrica
Vaničková Zuzana, 7.7.1947, Bratislava
Zadjorová Alžbeta, 14.8.1947, Banská Bystrica
Španielka Julius, 15.9.1947, Banská Bystrica
Hubková Bibiána, 18.9.1947, Bratislava
Berešová Mária, 21.9.1947, Bratislava
Hríbik Peter, 24.9.1947, Topoľčany
Kleskeň Peter, 14.10.1947, Bratislava
Plašienka Ivan, 26.11.1947, Lučenec
Krúžová Zuzana, 1.12.1947, Levice
Farkašová Mária, 4.12.1947, Lučenec
Polgáriová Zlata, 10.12.1947, Kráľovský Chlmec
Vážený Ivan, 17.12.1947, Bratislava
Vančo Otto, 26.12.1947, Žiar nad Hronom

Redakcia sa ospravedľňuje prim. MUDr. Jane Bezákovej zo Želiezoviec za nezaradenie medzi jubilantov a dodatočne sa pripája s gratuláciou k prvému životnému jubileu, ktoré mala v apríli 1997.