

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Autumn - Winter 2007 Vol. 14 No. 3 - 4

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1
- What's Special About Medical Ethics? [Čo je zvláštne na medicínskej etike?] WMA	1, 14
■ Pôvodné práce/Original papers	2
- Dialogue Science - Religion in Bioethics. [Dialóg medzi vedou a náboženstvom v bioetike.] P. Volek	2
- Newborns as Organ Donors: Notes on Ethical Justification of the 'Presumed Consent' [Novorodenci ako darcovia orgánov: Poznámky k etickému zdôvodneniu 'predpokladaného súhlasu'] L. T. Niebrój, T. Owsianka-Podlesny, D. Jadamus-Niebrój	5
■ Dokumenty/Documents	15
- Bratislavská deklarácia o migrácii, zdraví a ľudských právach [Bratislava Declaration on Migration, Health, and Human Rights], 8th Conference of the Ministers of Health of the Council of Europe, Bratislava, SR, 23. XI. 2007	15
- Christian conscience in support of the right to life [Kresťanské svedomie v podpore práva na život] Pontifical Academy for Life	17
■ Minirepetitóriúm pre etické komisie/Minirepetitorium for Ethics Committees	9
- Míľniky filozofickej reflexie II. [Milestones of Philosophical Reflection II.] K. Glasová	9
- Terminologický slovníček II. [Glossary II.] K. Glasová	12
■ Správy/Reports	16
- Využitie kmeňových buniek z pupočníkovej krvi na výskum a liečbu. Konferencia s medzinárodnou účasťou, [Umbilical Cord Blood Banking Use in Research and Care. Conference with International Participation.], Bratislava, SR, 4. V. 2007 K. Glasová	20
- Konferencia s medzinárodnou účasťou - Život je dar [Conference with International participation - Life is a present], Brno, CZ, 12. - 14. X. 2007 K. Glasová	20
- Medzinárodná konferencia - Vplyv globalizácie na médiá, kultúru a vzdelávanie [International Conference - The Impact of Globalization on Education, Science, Media and Society], Smolenice, SR, 15. - 17. X. 2007 K. Glasová	21
- Ľudia v pohybe: Výzvy pre zdravotnícke systémy a pre ľudské práva. 8. konferencia ministrov zdravotníctva krajín Rady Európy [People on the Move: Challenges for Health Systems and Human Rights], Bratislava, SR, 22. - 23. XI. 2007 J. Glasa	21

CITÁT / QUOTATION

WHAT'S SPECIAL ABOUT MEDICAL ETHICS? ¹

Compassion, competence and autonomy are not exclusive to medicine. However, physicians are expected to exemplify them to a higher degree than other people, including members of many other professions.

Compassion, defined as understanding and concern for another person's distress, is essential for the practice of medicine. In order to deal with the patient's problems, the physician must identify the symptoms that the patient is experiencing and their underlying causes and must want to help the patient achieve relief. Patients respond better to treatment if they perceive that the physician appreciates their concerns and is treating them rather than just their illness.

A very high degree of **competence** is both expected and required of physicians. A lack of competence can result in death or serious morbidity for patients. Physicians undergo a long training period to ensure competence, but considering the rapid advance of medical knowledge, it is a continual challenge for them to maintain their competence. Moreover, it is not just their scientific knowledge and technical skills that they have to maintain but their ethical knowledge, skills and attitudes as well, since new ethical issues arise with changes in medical practice and its social and political environment.

(Continued at p. 14.)

¹ World Medical Association (WMA): Medical Ethics Manual, WMA, 2005, p. 17 - 19.

SCIENCE-RELIGION DIALOGUE
IN BIOETHICS

Peter Volek

*Chair of Philosophy, Faculty of Philosophy,
Catholic University, Ružomberok, Slovakia*

The development and accumulation of knowledge bring into the sciences continuous specialization and, sometimes, even 'atomization'. In the concrete disciplines, it is all the time necessary to 'dig deeper' and to move further to the new frontiers of inquiry. On the other hand, we also observe a growing need to connect various pieces of knowledge together in order to be able to see and understand the problem under study as a whole – in an integrated, comprehensive manner. This is true when working in a particular discipline, as well as in an interdisciplinary research.

Bioethics does count here as a very good example. In it, several disciplines meet. Its name – *bio-ethics* indicates that it could be regarded as a meeting point of two fundamental disciplines, namely, ethics and biology. Ethics is a part of philosophy and belongs to humanities, while biology is a part of natural sciences. (Sometimes, in the context of bioethics, biology is understood rather as 'biomedicine', which is itself a multidisciplinary field.) Besides that, an influence or dialogue of various other scientific disciplines may be observed in bioethics, such as psychology, sociology, law, theology, political science, journalism, etc.

In this paper, we shall try, from the methodological point of view, to characterize mutual relationships between various individual disciplines in bioethics. At the same time, we shall consider also the relationship between the science and religion, as seen in today's bioethics. A scientific discipline, that studies different religions, is called religious studies. The one that studies the world, God, and the man from the point of view of a particular religion or faith is theology.

Firstly, we shall examine the relationship between ethics and bioethics. In this respect, two groups of views may be observed.

According to the first group, bioethics is regarded as a part of ethics, namely, of the applied ethics. In this understanding, ethics may be divided into two parts: general ethics and applied (or practical) ethics. While general ethics refers to the study of fundamental ethical norms, the applied ethics is devoted to the study of their application in different spheres of life of an individual or society. For example, R. Hare [1] could be considered to belong to this group. This approach is basically followed also by T. L. Beauchamp and J. F. Childress, although, according to their views, concrete solutions in the applied ethics are not derived solely from the general norms, but also from the particular 'casuistry'. They do not prefer one model or theory of moral norms, but rather they assume the existence of a 'common morality', i.e. the coherence of moral norms, which comes from the institutions, individuals, and cultures in a given society, as well as from the practice of dealing with individual moral cases in that society [2].

According to the views of the second group, bioethics is to be seen as an independent scientific discipline.

This is so, because many of its principles are not derived from ethics. For example, D. Thomasma mentions three norms in bioethics that he believes cannot be simply derived from general ethics. Those are that 1) no harm should be done, 2) the vulnerability of those that are subjected to the medical care should be respected, and that 3) the person should be respected [17]. The latest of those norms is also referred to as the 'principle of the respect of autonomy' [3]. For the fulfilment of this principle, following two conditions are important: 1) *freedom*, i.e. independence from the control institutions, and 2) *agency*, i.e. ability to perform intentional acts. From this perspective, however, the respect of person and respect of autonomy do not necessarily overlap in full (the understanding of the term person is wider). Of the three principles mentioned by Thomasma, the third principle may be deduced from general ethics [13], because it represents a generally accepted principle, while the first and the second principle can be deduced from the third one.

In order to examine the relationship between science and religion, we have chosen the following method: we start our analysis as it applies to a concrete bioethical issue. Then we try to extend it to some other issues or areas. The issue we start with will be the problem of determination of human death, with special regard to brain death. Here, the relationships between philosophy, theology, medicine, and biology will be examined.

When analyzing the argumentation concerning the problem of brain death, some authors (e. g. Vollmann under the influence of Younger, Barlett, and Kurthen) distinguish four levels, where it can take place [18, 14]. Others, however, combine the 1st and 2nd level into one (e. g. Munzarová [12]), or do not consider the 1st level at all [16, 2].

The four levels of argumentation may be listed as follows:

(1) *Level of attributes* – Here, the question: "Who (or what) is a human being?" is being answered. It connects with the question of what happens to/with/in the human being at death. These questions belong to the competence of philosophy and theology.

(2) *Level of definition* – It necessarily builds on the previous level; on the determination of who (or what) is the subject (or object) of death.

(3) *Level of criterion* – It has to be based on the definition of death developed at the previous level. The irreversible and complete fall out of the function of the whole brain is set as the criterion of death. These issues belong to natural sciences and to medicine.

(4) *Level of testing* – It examines, whether the criterion of death has been met in the particular human being, i.e. whether his/her death has actually occurred. This belongs to the competence of medicine and natural sciences.

In this analysis of argumentation, the areas and borders of individual disciplines come closer to each other. Their relationships and inter-dependence are depicted in the Scheme 1.

The criteria of brain death, such as the clinical and electrophysiological ones, fall into the level of diagnosis. As they belong to the area of medicine and natural sciences, we do not treat them in detail here. We rather refer the reader to the available scholarly literature [e. g. 1, 2, 5, 7, 10, 15; 19; in children e.g. 8]. As medicine develops, these criteria are being made still more specific and precise. It needs to be noted, however, that they are not uniform world-wide. This is also mirrored in the legislation of different countries. This heterogeneity, as well as some level of arbitrariness in the choice of the legal brain death criteria (e.g. differences in the state laws in USA) leads some authors to the critique of understanding of the complete brain death as the death of a human being.

Scheme 1 Interdisciplinary inter-dependence of philosophy, theology, and medicine (↓ is a symbol of logical derivability; , ↑↓ are symbols for adequacy) [14]		
Philosophy, theology	Level of attributes ↓ Level of definition	The understanding of man ↓ The definition of death
Interdisciplinary dialog	↑ adequacy ↓	
Medicine, natural sciences	Level of criterion ↓ Level of testing	The criteria of death The determination/ diagnosis of death

In the schematic depiction of the analysis of levels of argumentation (Scheme 1) one can note that the generality decreases and the particularity increases in the top-to-bottom direction. It is connected with the character of individual disciplines and their methods of inquiry. How this could be justified?

Because the general understanding of man plays a role in understanding the death of a human being, one cannot do without it. Indeed, the definition of human death depends on the general understanding of man. If the human being is understood as a composition of body and soul, the separation of the soul from the body will be referred to as death. This concept of man and the definition of death are found in the religious views about man, as well as in their theological expressions, and also in philosophical systems influenced by Christianity or some other religions. If a human being is understood just as the most perfect animal organism on Earth, then the end of life of the organism as a whole will be referred to as human death. Such understanding of man is provided by the philosophical systems influenced by naturalism, physicalism, or materialism.

In both cases, the task to provide the conceptual understanding and definition of man and human death belongs to philosophy, theology, culture, or religion, and only after these concepts have been established they meet with the challenges of existing biological and medical knowledge. On the other hand, the next two levels of argumentation, i.e. the determination of the criteria of death and the diagnostics of death according to these criteria, belong surely to medicine and biology. We believe, this explanation allows considering the differentiation of the argumentation levels with regard to the determination of human death as justified. This framework allows to proceed later on to ethical evaluative judgments about the moral nature (and permissibility or non-permissibility) of certain human actions. They stem out and are influenced by those ethical systems that are chosen and justified as necessary for the construction and evaluation of these judgements.

Now, we try to use the scheme of different levels of argumentation, as described so far (Scheme 1), in a different area of inquiry to see, whether its use there may be considered justifiable.

Ethical issues at the beginning of human life belong to another, very important area of contemporary bioethical debate. Human assisted reproduction, experimentation using human embryos, pre-implantation and prenatal diagnostics, abortion, and others may be listed as relevant examples.

When sorting out the arguments with regard to the beginning of human life, similarly as above, four levels of argumentation can be distinguished:

(1) *Level of attributes.* Here, the answer to the question “Who (what) is human being?” is sought. The understanding of what refers to the substance of man, and what happens with/to him/her at the beginning of life is looked for. Looking for answers to these questions belongs to the competence of philosophy and theology.

(2) *Level of definition.* It necessarily follows from the argumentation made at the first level. It provides the definition of the subject (object?) of (at) the beginning of human life.

(3) *Level of criterion.* It should be developed in accordance with the definition of the beginning of human life elaborated at the previous level. It belongs to the competence of natural sciences and medicine.

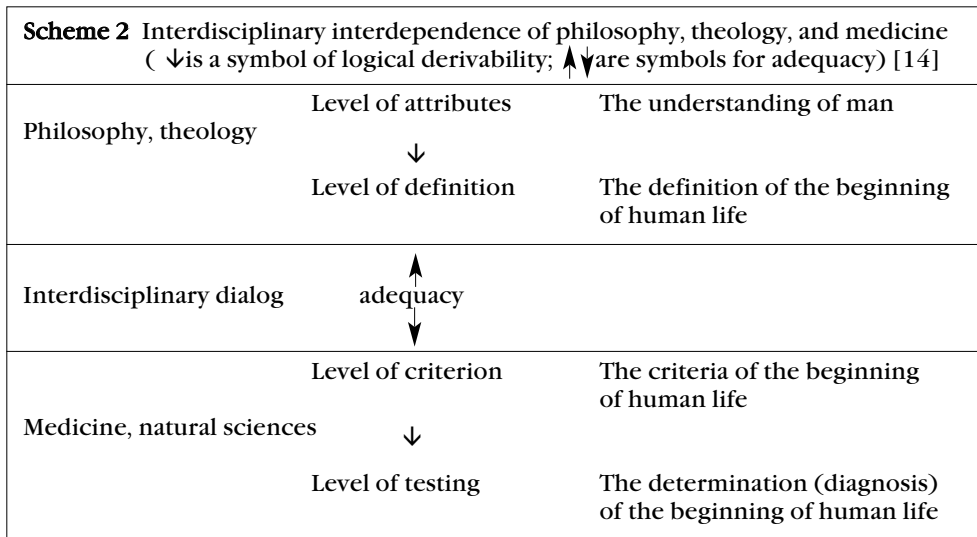
(4) *Level of testing.* Here, it is examined, whether the criteria of the beginning of human life have been met in the case of a given biological entity, i.e. if the new human life has actually begun. This area of inquiry belongs to the competence of medicine and natural sciences.

Again, the relationships and mutual inter-dependence of different scientific disciplines dealing with ethical and other problems at the beginning of human life may be depicted in a scheme (Scheme 2), which is almost identical to the one described above (Scheme 1).

According to the Scheme 2, the criteria for determination of the beginning of human life are defined by biology with some help of other natural sciences. The prenatal development of man is studied by embryology. As standard university textbooks describe, the life of a human being starts by fertilization of the human egg by a sperm. The process of fertilization is completed by fusion of proto-nuclei of the sperm and egg, which results in the creation of a zygote. “Zygote is the first and the simplest stage of development of all multicellular organisms, including humans.” [9] The human genome is unique, found only in humans, and possessed also by the zygote since the completion of fertilization. In its development, the zygote divides into daughter cells. Until the eighth week after fertilization we speak about a human embryo, after that about the human foetus [9]. Until the 4-cell stage, the embryo is biologically heteronomous. After that, it becomes biologically autonomous, directing its own development by its genetic material. Until the 8-cell stage, the cells of human embryo are totipotent (capable of developing into the whole organism). After that, they are pluripotent (capable of developing into various human tissues) [4].

Ethical judgements with regard to protection of human embryos (and foetuses) and conditions for their use (or the prohibition thereof) should take into account also the relevant knowledge of embryology. The ethical judgements, however, belong already to the sphere of ethics. In developing of ethical arguments, ethics uses some general principles following from the analysis of good, and from the ethical evaluation of human action. These principles may be influenced by various religious beliefs and views, but they are for sure influenced by particular worldviews and values.

For bioethics, which is an interdisciplinary science, Dietmar Mieth has proposed a **conductive method** [11] for elaboration of ethical arguments. The method consists of a sequence of steps that should grant plausibility, testability, and possibility of ‘falsification’ to the ethical



arguments developed. The sequence starts with the experience, and it can be described, according to Mieth, as follows:

- 1) hermeneutics of fore-understanding,
- 2) knowledge of important states of affairs,
- 3) testing of ethically important orientations of meaning and of corresponding judgments about the values:
 - a) within the discourse of individual sciences or research,
 - b) within the discourse of the living-world and the society,
- 4) rationalization of alternatives (suggestions should be adjusted into the best possible form of argument),
- 5) weighing of priorities for the constitution of a sound moral judgment.

The sequence of steps does not need to follow this order in all cases. It has proven its value, however, in bioethical studies conducted in Tübingen. Moreover, various available alternatives seem to be less sufficient - be it a simple weighing of advantages and disadvantages without the clarification of necessary presuppositions that determine something as advantageous or disadvantageous; or a deduction that does not embrace the wider scope of the issues; or a reduction to the fundamental ethical questions, for which the particular cases serve as mere illustrations.

The possibility of influencing the attitudes in evaluating the human acts by religious or worldview beliefs appears in the steps 3) - 5) of the conductive method as suggested by Dietmar Mieth. These, however, should not be directly influencing the biological enquiry. If this would happen, it would be the case of their inadequate use.

Nowadays, some argue that until a certain stage of development of a human embryo one cannot determine, if it is indeed already an individual. It is because a twin can develop (up to 14 days after the fertilization), or even a fusion (uniting) of the twins into one organism can occur. We can point out that biology merely states that a human being in its early stage of development comes to the existence by fertilization of an egg by a sperm. It is not able to say, whether at the fertilization, or shortly after, and when (during the mentioned 14-day period), there is just one individual human being, or more. But it seems to be quite sure that at least one human being is present in the early human embryo anyway.

Some philosophers hold that though it is necessary to protect a human person, it is not to provide the same level of protection to the human embryo or foetus as those are not persons, because they do not possess either self-awareness or interests for the future. And still others point out to the contrary. Biology obviously is of little

help here in elucidating the argument. The scientific competence belongs clearly to philosophy (ethics, bioethics) and/or to theology.

In their sacred texts, mostly written in ancient times, the world religions do not have 'ready-made' answers to contemporary bioethical queries. These had simply not been encountered by the mankind then. Many religious communities nowadays derive their views on moral problems in biomedicine by using rather the human reason (i.e. philosophy, ethics), than recourse to divine revelation in that process (though, usually, they strive to use their tradition to enlighten

the theological positions taken). Here, philosophy appears as a bridge between the science and religion.

However, lobbying of the biotech/biomed industry and of biotech/biomed research establishments also enters contemporary bioethical discussions, and this voice may possess a particular influence. Sometimes, the interests of industry/science/capital seem to push for a cutting edge biotech/biomed research, even when a consensus about its moral acceptability has not yet been reached. The "arguments" that suggest: "What is technologically possible should be done, or at least attempted (perhaps without bothering too much about the ethical issues)," and: "If we do not do it, then others will do that anyway," are frequently voiced. They, to our opinion, represent a serious flaw in ethical argumentation.

We believe that philosophy may play an important, even irreplaceable role in enhancing and structuring the science-religion dialogue in bioethics. It may enable different parties 'around the discussion table' to look out for what is common to all, who are using the human reason.

Acknowledgements

Translated by Ján Bañas. The translation edited by Jozef Glasa.

Note

This paper was written with the support of grantees VEGA 1/2504/05: *Genesis and prenatal development of human being (The problem of artificial fertilization, abortion, and experiments with embryos from ethical, political, and medical point of view) and Science-Religion Dialogue and Critical Thinking, Catholic University Ružomberok, Local Society Initiative 2004-2007* at the Faculty of Philosophy of the Catholic University in Ružomberok.

The opinions expressed in this paper are those of the author and do not necessarily reflect the views of the Metanexus Institute.

Literatúra

1. Angstwurm, H.: Der Hirntod aus ärztlicher Sicht. In: Bondolfi, A., Kostka, U., Seelmann, K. (Hg.): *Hirntod und Organspende*. Basel: Schwabe, 2003, pp. 27-33.
2. Bernat, J. L.: A defence of the whole-brain concept of death. In: *Hastings Center Report*, Vol. 28, 1998, No. 2, pp. 14-23.
3. Beauchamp, T. L., Childress, J. F.: *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
4. Bodden-Heidrich, R., Cremer,

T., Decker, K., Hepp, H., Jäger, W., Rager, G., Wickler, W.: Beginn und Entwicklung des Menschen: ärztlich-klinische Aspekte. In: Rager, G. (Hg.): *Beginn, Persönlichkeit und Würde des Menschen*. Freiburg-München: Alber, 1998, 2. Aufl., (1997, 1. Aufl.), pp. 15-159. **5.** Bošmanský, K., Mojžešová, M., Štefko, A.: Mozgová smrť – kritérium smrti človeka. In: *Acta Facultatis theologiae Universitatis Comenianae Bratislaviensis*, Vol. 1, 2001, No. 2, pp. 150-156. **6.** Hare, R.: Medical Ethics: Can the Moral Philosopher Help? In: Engelhardt, H. T. Jr., Spiker, S. F. (eds.): *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*. Dordrecht-Boston: Reidel, 1977, pp. 49-62. **7.** Henneman, E. A., Karras, G.: Determining Brain Death in Adults: Guidelines for Use in Critical Care. In: *Critical Care Nurse*, Vol. 24, 2004, No. 5, pp. 50-56. **8.** Chang, M. Y., McBride, L. A., Ferguson, M. A.: Variability in Brain Death Declaration Practices in Paediatric Head Trauma Patients. In: *Paediatric Neurosurgery*, Vol. 39, 2003, pp. 7-9. **9.** Kappeler, K., Pospíšilová, V.: *Embryo-lógia človeka*. Martin: Osveta, 2001. **10.** Keogh, A. T., Akhtar, T. M.: Diagnosis brain death: the importance of documenting clinical test results. In: *Anaesthesia*, Vol. 54, 1999, pp. 81-85. **11.** Mieth, D.: *Was wollen wir können? Ethik im Zeitalter der Biotechnik*. Freiburg im Br.-Basel-Wien: Herder, 2002. **12.** Munzarová, M.: Etické problémy transplantace orgánů. In: *Dialog Evropa XXI*, Vol. 12, 2002, No. 1-4, pp. 61-66. **13.** Ondok, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. **14.** Rosenberger, M.: Von disziplinären Grenzen und interdisziplinären Brücken – Anmerkungen zur aktuellen Diskussion um das Hirntodkriterium. In: Höglinger, G., Kleinert, S. (Hg.): *Hirntod und Organtransplantation*. Berlin-New York: de Gruyter, 1998, pp. 73-82. **15.** Schlake, H.-P., Roosen, K.: Der Hirntod – Tod des Menschen. In: Höglinger, G., Kleinert, S. (Hg.): *Hirntod und Organtransplantation*. Berlin-New York: de Gruyter, 1998, pp. 25-55. **16.** Stoecker, R.: Der Hirntod-Debatte aus philosophischer Sicht. In: Bondolfi, A., Kostka, U., Seelmann, K. (Hg.): *Hirntod und Organspende*. Basel: Schwabe, 2003, pp. 49-69. **17.** Thomasma, D. C.: The Possibility of a Normative Ethics. In: Eid, V. (ed.): *Moraltheologisches Jahrbuch. 1. Bioethische Probleme*. Mainz: Matthias-Grünewald, 1989, pp. 139-150. **18.** Vollmann, J.: Das Hirntodkriterium heute. Begriffsklärung und medizinethische Kontroverse. In: Schlicht, Th., Wiesemann, C. (Hg.): *Hirntod. Zur Kultur-geschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2001, pp. 45-65. **19.** Wijdicks, E. F.: The diagnosis of brain death. In: *New England Journal of Medicine*, Vol. 344, 2001, pp. 1215-1221.

Volek, P.: Science – Religion Dialogue in Bioethics. [Dialóg veda – náboženstvo v bioetike.] *Med. Etika Bioet.*, 14, 2007, No. 3 – 4, 2 – 5.

Abstract

Author aims, from the methodological point of view, to characterize mutual relationships between various scientific disciplines in contemporary bioethics. In this context, he also pays a special attention to the relationship between the science and religion. The analysis of argumentation concerning the problem of brain death allows to see four distinctive, though interconnected levels, where it takes place, namely, the (1) level of attributes, (2) level of definition, (3) level of criterion, and (4) level of testing. In this analysis the areas, borders, competencies, and mutual relationships of different individual disciplines come to fore, when looking for answers posed by the concrete bioethical problem. Similar analysis is undertaken by the author also with regard to the problem of the beginning of human life. Author concludes that philosophy may play an important, even irreplaceable role in enhancing and structuring the science-religion dialogue in today's bioethics.

Key words: ethics, bioethics, science, religion, brain death, beginning of life, human being, science-religion dialogue

Abstrakt

Autor sa usiluje z metodologického hľadiska charakterizovať vzájomné vzťahy rôznych vedeckých disciplín v rámci súčasnej bioetiky. V tomto kontexte venuje zvláštnu pozornosť aj vzťahu medzi vedou a náboženstvom. Analýza argumentácie týkajúcej sa problému mozgovej smrti umožňuje rozlíšiť štyri odlišné, navzájom prepojené úrovne, na ktorých sa uskutočňuje. Ide o (1) úroveň atribútov, (2) úroveň definícií, (3) úroveň kritérií a o (4) úroveň testovania. V tejto analýze sa zvyrazňujú odlišné oblasti, hranice, kompetencie a vzájomné vzťahy rôznych samostatných disciplín, ktoré sa podieľajú na hľadaní odpovedí na otázky, ktoré prináša konkrétny bioetický problém. Podobnú analýzu autor popisuje aj pre prípad problému počiatku ľudského života. Autor uzatvára, že filozofia môže mať významnú, ba nezastupiteľnú úlohu pri uľahčení a štruktúrovaní dialógu medzi vedou a náboženstvom v súčasnej bioetike.

Kľúčové slová: etika, bioetika, veda, náboženstvo, mozgová smrť, začiatok života, človek, ľudský bytosť, dialóg veda - náboženstvo

Correspondence to: Assoc. Prof. Peter Volek, PhD., Department of Philosophy, Faculty of Arts and Letters, Catholic University, Hrabovská 1, 034 01 Ružomberok, Slovak Republic, e-mail: volek@fphil.ku.sk

NEWBORNS AS ORGAN DONORS: NOTES ON ETHICAL JUSTIFICATION OF THE PRESUMED CONSENT

Lesław T. Niebrój¹, Teresa Owsianka-Podlesny,² Danuta Jadamus-Niebrój²

¹Department of Philosophy and Pedagogy; ²Department of Neonatal Intensive Care, Silesian Medical University, Katowice, Poland

Introduction

Medieval legends which describe the successful organ transplantation just in the 12th century, although having no ground in the medical knowledge and skills of that time, can inform us about unceasing desire of mankind to replace ill organs or even entire parts of human body with new and well-functioning ones (1, 2, 3). Undoubtedly, when in the middle of the 20th century this dream eventually came true, the advent of human organ (and tissue, cells) transplantation was welcomed with much hope, but not without some fears and reservations.

Particular concerns were voiced with respect to the 'new' and 'old' ethical issues involved in the development and use this new medical technology. Transplantations were seen as posing a potential risk of infringement upon the rights of a donor, especially the right to be treated with the full respect of the principle of beneficence (and non-maleficence), and also on the patient's autonomy (4). The risks for health of possible living organ donors were also of concern, as were the doubts over (possible) mistreatment of patients in emergency situations. The obvious conflict between the need of organs procurement for transplantation and the obligation of continuation of the life-sustaining treatment was attentively perceived and much debated. The definition and subsequent legal accep-

tance of 'brain death' concept (in most countries of the world) helped to establish a reliable legal framework for organs procurement and transplantation worldwide. The 'brain death' concept is still debated nowadays, however, especially in the 'arenas' of philosophy and theology. Furthermore, it was also unclear (for a relatively long time), who would eventually give the consent for explanation of organs from the cadaver donor.

Since the early 1950s, when the first successful kidney transplantation was performed, enormous advances have taken place with regard to the surgical techniques of transplantation, molecular immunology and effective immunosuppression (5). It is estimated that over 800.000 patients have benefited from transplantation since then. Organ transplantation has matured from being a purely experimental therapeutic technique to the commonly accepted, 'standard' medical procedure. It is being widely used worldwide, and rightly pinpointed as one of the major achievements of medicine in the 20th century.

The rapid developments and growing use of transplantation, maybe somewhat paradoxically, have made the ethical issues involved even more important and pressing than they were, say, in the 1950s.

Taking into account increased numbers of patients awaiting a transplant (and eventually dying at the 'waiting lists') and an absolute shortage of organs for transplantation, the crucial question, both from the 'practical' and ethical point of view, is this: "How to increase the organ supply, in particular, from the cadaver donors?" (5, 6) In this context, the concept of 'presumed consent' is recalled.

Presumed Consent

'Presumed consent', according to *Medical Subject Headings*, refers to "an institutional policy of granting authority to health personnel to perform procedures on patients or to remove organs from cadavers for transplantation unless an objection is registered by family members or by the patient prior to death." (7)

It should be noticed, however, that the notion "presumed consent" is used in this article in a 'narrower', or a 'more specific' sense. Namely, it would exclude the role of family members of the deceased person as those who could be in a position to voice legally and/or ethically relevant objections against the organs' explanation. They, however, may bear witness to the will expressed by the deceased during his/her lifetime regarding the use of his/her organs after death. In this sense, 'presumed consent' is also called 'tacit consent'. (6)

Apparently, the use of the 'presumed consent' concept should be limited to the potential organ donors who, prior to their death, could have been considered autonomous persons. (5) This limitation seems to be logically embedded in the very concept of the 'presumed consent'.

Firstly, the 'presumed consent' should be considered a form (although specific) of the consent of an autonomous human person. Indeed, the ability to give (or refuse) the consent is commonly considered to be crucial for recognizing an individual as a true (i. e. an autonomous) person.

Secondly, in the specific context of organ transplantation, it is understood that the 'presumed consent' concept can be used only, if potential organ donors have had the opportunity during their lifetime to indicate objections to transplantation of their organs after death. This is to be understood as an opportunity to give an "informed refusal" to the use of one's organs for transplantation. For such refusal to be valid, it is necessary that it is expressed by an autonomous person.

Tom L. Beauchamp and James F. Childress observe, however, that, although it seems (highly) problematic or

even misleading and dangerous, 'presumed consent' can be 'presumed' not only on the basis of what is known about a given person preferences expressed during his or her lifetime, but also on the basis of a general philosophical theory of human goods, or of the rational will (8). Taking their opinion as an encouragement for having a closer look at the meaning of the 'presumed consent' concept, the **aim of this paper** is to examine the question, whether this concept can be used with regard to the deceased neonates, when those are being considered as potential 'cadaver organ donors'. This examination will be done on the basis of the theory of social nature of human beings.

Human Person – Human body, Deceased – Cadaver

Who, if anybody, should be morally and legally entitled to dispose of the organs from a cadaver donor? This question cannot be answered unless an agreement is reached on the ontological (and consequently moral) status of a human cadaver. The crucial question here is, whether the human cadaver should be considered to be a thing or a person.

The mainstream of the contemporary bioethics seems to be ready to accept the so-called 'functional conception of (human) person'. (9) According to this conception, to be the (human) person means to be an (actually) autonomous subject.

The problem of human bodiliness has not attracted so far much attention in the contemporary bioethics discourse. Due to emphasizing (or even over-emphasizing) of the functional understanding of human personhood and the lack of attention to the problem of human bodiliness (although maybe unintentionally), the human body seems to be seen only as a thing. This way, however, the problem has been oversimplified.

Even a very superficial analysis of the use of the term "(human) body" in the ordinary language allows us to see that people are ready to consider their body both as something, they have, or possess (a thing, "my body is mine"), and – at the same time – as something, who they are (a person, "I am my body").

Joseph Tischner, the brilliant Polish philosopher, recalling Martin Heidegger's and Jean-Paul Sartre's considerations, observes that the identification of the human person with his/her body should be seen as a dynamic process (10). Tischner writes about the phenomenon of 'varying solidarity' between "me and my body".

This phenomenon becomes particularly 'visible' within the experience of the human's death. Usually, the process of dying starts from the body. We can observe how primordial bonds between the human "I" (it means – "who I am") and his/her body (it means – "what I have") gradually disappear. When the experience of pain is growing, the man is even ready to agree to have a part of his/ her body amputated. He or she does not believe, however, that this procedure could take away anything from his/her own personhood. The phenomenon of the 'varying solidarity' with one's body and the phenomenon of the exteriority of the experience of the process of dying could be seen as foundations of that particular metaphysics of death, which describes death as a body – soul separation. The final soul and body separation could thus be seen as the ultimate rupture of the bonds of solidarity between "I" and the body, which revolted against 'vital' desires of "I".

The phenomenon of 'varying solidarity' between "I" and "my body" allows us to introduce a distinction between the "deceased" and the "cadaver". The term "cadaver" is used to describe the human body, with which the "deceased" has lost his/her solidarity. If this is true, than it may be observed, that the "cadaver" does not participa-

te in the dignity of the human person. The “cadaver”, in this context, could be seen exclusively from the perspective of a “thing” (“something, which is mine”), and not from the perspective of a “person” (“someone, who I am”). In the certain sense – from the ethical, although not from a legal point of view – it could be assumed that the “cadaver” could be considered as a “property” of the “deceased”.

This assumption has two important consequences. Firstly, it would be immoral to procure organs from the cadaver without consent of the deceased. Secondly, the deceased – and not anyone else (in particular not the deceased’s family members, state authorities, or health care professionals) – is entitled to give the valid consent to explantation (i.e. donation) of organs from the cadaver. Both rules are founded in the right to one’s property, as it has been expressed in the *Universal Declaration of Human Rights* (11).

Ethical Acceptability of the ‘Presumed Consent’

Although, recalling **the right to one’s property** allows us to indicate, who should be the consent giver (‘the donor’), it does not determine, how the consent should be given. The legislations that cover the organ transplantations worldwide can be characterized as being based either upon the ‘explicit consent of the donor’ (the so called ‘opting-in systems’), or upon his/her ‘presumed consent’ (‘opting-out systems’) (12).

The ‘opting-in’ option, although still not without some doubts and concerns (e. g. the problem of revoking the once given consent) is usually considered to be in principle ethically righteous. The ‘opting-out systems’ seem to need a more elaborate, non-trivial justification of their ethical acceptability.

Most commonly, the concept of ‘presumed consent’ is ethically justified on the basis of the moral theory of **utilitarianism** (6, 13, 14). According to this moral theory, it is argued that the acceptance of the ‘opting-out’ system brings in a substantially greater number of positive consequences (in comparison with the ‘opting-in’ alternative). First of all, the ‘opting-out’ system is assumed to lead to a considerable increase in the numbers of organs available for transplantation. Then, also improvements in the quality and economy of the health care provision (by availability of the transplantation to a greater number of patients), as well as prevention of the black market, trafficking, and other possible criminal activities in relationship to the illegal procurement of the human organs for transplantation are usually cited.

In this paper, however, a different approach to the justification of the ethical acceptability of the ‘presumed consent’ concept is proposed.

The tradition of the classical philosophy provides the ethical doctrine which, on the one hand, justifies the private possession of goods, but, on the other hand, it argues that the use of private goods should also serve the good of the whole community (the **conception of ‘bonum commune’**).

This doctrine was expressed by Aristotle in *Politics*, where he wrote: “It is clearly better that the property should be private, but the use of it common”. (15) The arguments for moral justification of the private possession of property could be found also in the works of Thomas Aquinas. (16) They are based on the considerations of diligence, tidiness, and concord. However, he did not deny the social function of the private property. This function provides some limitations to the private property use, or rather it steers its proper use in a moral sense. “Ethical tradition claims that everyone, who is in danger of life, has the right to use the property of other people

without their explicit consent [...]. He/she can take as much as necessary to survive, not because he/she has right to it, but due to the fact, that in such an extreme situation it is reasonable to assume that the owner would give the consent for such use”. (17, p. 96)

The question arises, however, whether this assumption about the ‘**readiness to help**’ could fully be applied to the case of the deceased newborns, i.e. the subjects, who have never been competent/autonomous members of any community.

An interesting insight into this problem was provided by a court case, processed in California in 1983 (and once widely publicized). The case – *In re Barber v. Superior Court* (18), helped to specify the essential factors that are to be taken into account when deciding whether the given treatment is in the best interest of the actually incompetent, non-autonomous patient. The court recalled commonly accepted doctrine (with regard to deciding in the patient’s best interest), but it also enriched it by introducing a new principle: it demanded that the impact of the decision (which is taken in the patient’s best interest) upon the patient’s family members and other persons close to the patient should be also taken into consideration. This way, although not explicitly, it was assumed that everyone can be expected to have an **interest in the well-being of other persons** close to him/her. This position, later reaffirmed by the *US President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research*, has been held for justified – “for most people do have an important interest in the well-being of their families or close associates”. (8, p. 216)

This reasoning, however, still leaves somewhat open the question of the ‘presumed consent’ to organ donation to persons that are not “one’s family members, or close associates”. Namely, whether the readiness to ‘altruistic human behaviour’ may be ‘presumed’ in everyone.

Traditionally, the concept of ‘**human altruism**’, which characterizes the particular (un-selfish) behaviour of a human individual in relation to society, was believed to be a part of the concept of “human nature”. The latter belongs to and, consequently, can be properly comprehended only within the wider context of the philosophical metaphysics. Outside the framework of this theory, the very concept of human nature may be seen as incomprehensible, or even misleading. It may be observed, however, that contemporary bioethics, prevalently preoccupied with the ‘functional concept of (human) person’, is reluctant to accept any other ontological theory, and, in particular, the ontological conception of human being (9). The question arises, however, whether the concept of ‘human altruism’ can indeed be fully explained by its mere recognition as a part of the concept of human nature.

In publications of many of the prominent contemporary bioethicists, the idea of a ‘**common morality**’ is becoming an important basis for justification of the validity of universal moral standards (norms).

Tom L. Beauchamp defines ‘common morality’ as “the sets of norms shared by all persons committed to the objectives of morality. The objectives of morality [...] are those of promoting human flourishing by counteracting conditions that cause the quality of people’s lives to worsen”. (19, p. 260)

Accepting such understanding of the concept of ‘common morality’, the objectives of morality would be incomprehensible without assuming that all human beings (as moral subjects) can be expected (moral duty?) to grant to each other at least a ‘minimal level’ of altruism (20).

May, therefore, the ‘opting-out’ system be ethically justified by an appeal to the concept of ‘common morality’? Undoubtedly, it would be interesting to explore this question further.

Conclusions

Even at this stage of our reasoning, however, we believe, some conclusions with regard to the question of ethical acceptability of the 'presumed consent' of deceased neonates considered to become donors of organs for transplantation can be made.

Firstly, we believe – based on the arguments given above – that the ethical acceptability of the 'opting-out system', which is commonly being justified on the basis of the moral theory of utilitarianism, can be successfully argued for also from the point of view of the non-consequentialistic ethics.

Moreover, we believe, the above mentioned justifications can be appropriately extended to the case of the 'presumed consent' of the deceased newborns, because they should undoubtedly be considered the deceased members of the human family.

We also believe that the approaches delineated in this paper are worth to be explored further, and applied to various particular situations met in the daily clinical practice (e.g. anencephalic neonate, other cases of 'non-viable' neonates).

References

1. Ashrafian H., Three saints and critical limb ischemia, *Ann Vasc Surg* 2006; 20(4): 553-554.
2. Rinaldi E., The first homoplastic limb transplant according to the legend of Saint Cosmas and Saint Damian, *Ital J Orthop Traumatol* 1987; 13(3): 393-406.
3. Squfflet JP., From leg transplantation by St Cosmas and St Damian to the modern era, *Acta Chir Belg* 2003; 103(3): 6-9.
4. Niebrój L., Eksplantacja narządów: cnota sprawiedliwości i presumpcja zgody, *Szt Lecz* 2001; 7(1): 93-98.
5. Abouna GM., Ethical issues in organ and tissue transplantation, *Exp Clin Transplant* 2003; 1(2): 125-138.
6. Verheijde JL., Rady MY., McGregor J., Recovery of transplantable organs after cardiac or circulatory death: Transforming the paradigm for ethics of organ donation, *Phlos Ethics Humanit Med* 2007; 2:8 doi: 10.1186/1747-5341-2-8.
7. Presumed consent (Year introduced: 1999), [in:] Medical Subject Headings, available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> [accessed Aug 30, 2007].
8. Beauchamp TL., Childress JF., Principles of Biomedical Ethics, 4th ed., New York-Oxford: Oxford University Press 1994.
9. Biesaga T., Personalizm a pryncypializm w bioetyce [in:] Podstawy i zastosowania bioetyki, T. Biesaga (ed.), Kraków: WN PAT, p. 43-54.
10. Tischner J., Świat ludzkiej nadziei, Kraków: ZNAK 1994.
11. United Nations, The General Assembly, *The Universal Declaration of Human Rights*, available from <http://www.un.org/Overview/rights.html> [accessed Aug 30, 2007].
12. English V., Sommerville A., Presumed consent for transplantation: A dead issue after Alder Hey? *J Med Ethics* 2003; 29: 147-152.
13. Gill MB., Presumed consent, autonomy and organ donation, *J Med Philos* 2004; 29(1): 37-59.
14. Janssen A., Gevers S., Explicit or presumed consent and organ donation post-mortem: Does it matter? *Med Law* 2005; 24(3): 575-83.
15. Aristotle, Politics, available from: <http://classics.mit.edu/Aristotle/politics.html> [accessed Aug 30, 2007].
16. Woroniecki J., Katolicka etyka wychowawcza, Lublin: RW KUL 1985.

17. Virt G., Etyczne uzasadnienie tzw. „regulacji” sprzeciwu [in:] Etyczne aspekty transplantacji, A. Marcol (ed.), Opole: WWT 1996, p. 96.

18. Wilson MA., Terminating life support: Who Decides when it's okay? *AWHONN Lifelines* 1997; 1(3): 53-56.

19. Beauchamp TL., A defence of the common morality, *Kennedy Inst Ethics J* 2003; 13(3): 259-274.

20. Hester DM., Why we must leave our organs to others. *Am J Bioeth* 2006; 6(4): W23-W28.

Niebrój, L., T., Owsianka-Podlesny, T., Danuta Jadamus-Niebroj, D.: Newborns as Organ Donors: Notes on Ethical Justification of the 'Presumed Consent' [Novorodenci ako darcovia orgánov: Poznámky k etickému zdôvodneniu 'predpokladaného súhlasu'] *Med. Etika Bioet.*, 14, 2007, No. 3 – 4, 6 – 9.

Abstract

The shortage of human organs available for transplantation is considered nowadays to be one of the major problems in the field of transplantation medicine. The 'opting-out system' transplantation legislations, which are based on the concept of the 'presumed consent' of the deceased donor to donation of his/her organs for transplantation, are believed to be the necessary part of an effective alleviation of this problem. They are also thought to be superior to the 'opting-in systems', where an explicit consent of the donor is required. The moral justification for the 'presumed consent' position is usually sought within the consequentialistic ethical theories, namely in the moral theory of utilitarianism. In this paper, possibilities of a non-consequentialistic approach to moral justification of the 'presumed consent' concept are explored. Then, the validity of application of the 'presumed consent' concept to the situation of the deceased neonates considered as organ donors for transplantation is examined.

Key words: newborn, transplantation, opting-out, opting-in, bodiliness, presumed consent, non-consequentialistic approach.

Abstrakt

Nedostatok orgánov na transplantáciu patrí v súčasnosti medzi najdôležitejšie problémy transplantácie medicíny. Transplantačná legislatíva založená na 'opting-out' systéme, ktorý sa zakladá na „predpokladanom súhlase“ mŕtveho darcu s darovaním orgánov na transplantáciu, sa v súčasnosti považuje za jednu z potrebných súčastí zmierňovania tohto problému a tento systém sa považuje za lepší v porovnaní s 'opting-in' systémom, ktorý vyžaduje predchádzajúci explicitný súhlas darcu. Morálne zdôvodnenie pre pozíciu 'predpokladaného súhlasu' sa zvyčajne hľadá v rámci konzekvencionalistických etických teórií, najmä v rámci morálnej teórie utilitarizmu. V tejto práci sa hľadajú možnosti ne-konzekvencionalistického prístupu k morálnemu zdôvodneniu koncepcie 'predpokladaného súhlasu'. Následne sa študujú možnosti aplikácie tejto koncepcie v konkrétnom prípade zosnulých novorodencov ako možných darcov orgánov na transplantáciu.

Kľúčové slová: novorodenec, transplantácia, opting-out, opting-in, telesnosť, predpokladaný súhlas, ne-konzekvencionalistický prístup

Correspondence to: Leslaw T. Niebroj, Department of Philosophy & Pedagogy, Medical University of Silesia, 12 Medykow Street, 40-752 Katowice, Poland, e-mail: lniebroj@yahoo.com

MÍENIKY FILOZOFICKEJ REFLEXIE II.

ANTICKÁ FILOZOFIA

2. Klasické obdobie gréckej filozofie
(5. – 3. storočie p. n. l.)

V minulom diele sme sa oboznámili s prvým obdobím antickej filozofie – **ranou gréckou prírodnou filozofiou** (6. – 4. st. p. n. l.). Mudrci tohto obdobia sa sústreďovali na skúmanie podstaty, zákonitostí a pôvodu celého vtedy viditeľného sveta – kozmu. Vyrovnávali sa s mýtickým spôsobom výkladu javov a vecí (predstavy o svete), rozvíjali logické myslenie (formulovanie definícií pojmov).

Filozofi **klasického obdobia gréckej filozofie** (5. – 3. st. p. n. l.) sa v dôsledku pribúdajúcich poznatkov, spoločensko-kultúrnych zmien a svojho význačného postavenia v spoločnosti snažili o systematizáciu a zároveň o praktické využitie filozofie. Najprv ju využili na vlastné obohatenie a slávu (**sofisti**), na sebaopoznanie a seba-zdokonaľovanie (**Sokrates**), na vysvetlenie usporiadania spoločnosti a vzdelávanie verejnosti (**Platón**), až po vytvorenie na svoju dobu veľkolepého systému vied (**Aristoteles**), vhodného na vzdelávanie najvyšších predstaviteľov moci (napr. Alexandra Macedónskeho).

Na systematizáciu filozofickej reflexie a rozvoj filozofických vied mali vplyv **historické udalosti v starovekom Grécku**: obdobie kultúrneho, politického a spoločenského rozkvetu gréckych miest – mestských štátov (najväčšie: Atény, Sparta); upevňovanie mocenských a spoločenských zákonitostí a vzťahov – rozvoj občiansko-spoločenského povedomia – až po systematické usporiadanie spoločnosti a vytvorenie štátu (**demokracia** – vláda sebeckej väčšiny, **oligarchia** – vláda malej mocnej a bohatej skupiny); boje o moc a teritórium, ale aj spoločné vojnové víťazstvá a prehry: napr. odrazenie Peržanov pri Maratóne (490 p. n. l.).

Najmä potreby vtedajšieho spoločenského usporiadania (zlúčenie osád do štátu s jeho výkonnou mocou, zotročovanie pôvodného obyvateľstva, vojenský stav ohrozenia, atď.) si vyžadovali systematickejší prístup k poznatkom a ich využitiu v záujme vyššieho celku. Abstraktné myslenie sa čoraz viac uplatňovalo v praktickom živote a osvedčilo sa nielen pri určovaní stratégie boja, ale aj v riadení bežného chodu hospodárstva gréckych miest. Každodenný život si vyžadoval, aby sa zaviedol tzv. všestranný poriadok. Prijali sa prvé zákony (koniec 6. st. p. n. l.). Je zaujímavé, že filozofia sa rozvíjala najmä v demokratických Aténach, pričom Sparta mnohé získané vedomosti prakticky uskutočňovala. Atény by sa mohli charakterizovať ako demokratický spoločensko-kultúrno-sociálny mestský štát. (Z histórie: aténsky námorný spolok (478-477 p. n. l.); Periklovo obdobie aténskej slávy (443-429 p. n. l.); Peloponézska vojna – Atény porazené Spartou (404 p. n. l.); Atény súčasťou Macedónskej ríše (338 p. n. l.)) Sparta mala charakter oligarchického vojenského mestského štátu. (Z histórie: Peloponézsky spolok (6. st. p. n. l.), spojenec Atén v perzských vojnách, podmanenie Atén (404 p. n. l.), porážka tébskym (Téby – grécky mestský štát) vojskom (371 p. n. l.)) Medzi týmito mestami vládla nevraživosť, zápasili medzi sebou o nadvládu. V spojení víťazili (Perzská vojna). V nespravodlivých vojnách sa obidva mestské štáty oslabili, až napokon stratili svoju moc. Kedysi víťazná Sparta leží dnes v ruinách, nanovo vybudované Atény sa stali hlavným mestom súčasného Grécka (1834).

□ Sofisti a Sokratés

V tomto období dejín sa múdrosť filozofa veľmi cenila. Vzdelanie sa stalo celoživotným koníčkom vladárov a vysokopostavených hodnostárov tej doby. Filozofi boli najímaní do ich služieb, aby nielen učili múdrosti, ale zároveň aj radili v komplikovaných otázkach. V **5. storočí p. n. l.** vzniká zvláštna skupina „profesionálnych“ mudrcov, ktorí svoje schopnosti dali do služieb mocných svojich čias a svojej vlastnej osobnej prosperity – sofisti.

● Sofisti (sofia – gr. múdrosť, *sofisti* – učitelia múdrosti)

Zaznamenávame prvý posun v chápaní filozofie. Láska k múdrosti sa radikálne mení na lásku k vlastnej prosperite, odmene, spoločenskej prestíži, kariére. Pravda sa váži zlatom a stáva sa imaginárnym majetkom. Podstata (substancia) pravdy však nespočíva v materiálnom, ani empirickom svete – nedá sa merať, nedá sa vážiť, nedá sa pozorovať. Jediný spôsob, ako ju možno uchopiť (sprístupniť poznávaniu), je filozofický argument (vysvetlenie, objasnenie).

Hľadanie pravdy zmení svoju podstatu, ak zmení svoj primárny cieľ. Klam, blud, omyl vzniká vtedy, keď sa pravda prestane hľadať, naopak – „vlastní sa“ vopred, a z tejto pozície sa spätne dokazuje. Vtedy – aj z rôznych ďalších dôvodov, prestáva platiť pravidlo múdrejšieho, pretože platí pravidlo silnejšieho, a to nielen fyzického, ale aj filozofického argumentu. Pre sofistov sa **rétorika** (umenie rečového prejavu) stala hlavnou zbraňou v boji o spoločenskú prestíž, majetok a moc.

Rétorické umenie sofistov sa preberalo a rozvíjalo aj v neskorších obdobiach, ba určitý význam v spoločenskej (zvlášť politickej) komunikácii nestratilo dodnes. V dobe sofistov slúžilo predovšetkým na obhájenie vopred zadanej pravdy, a to jednak na základe dostupných informácií, no najmä s pomocou praktickej zručnosti presvedčivej argumentácie. Odklon od chápania a hľadania pravdy ako verného odrazu skutočnosti a jej nahradenie „pravdou“ ako akýmkoľvek výrokom o skutočnosti, ktorý je zdôvodnený argumentáciou dostatočne presvedčivou pre daný okruh poslucháčov, mali určitý dopad aj na chápanie spravodlivosti a následne aj na morálku vtedajšej spoločnosti. S prvkami takéhoto prístupu sa však stretávame v medziľudských vzťahoch a vo verejnom živote až podnes. Prístup sofistov pripravil pôdu pre neskorší vznik filozofického **relativizmu** (vychádza z predstavy, že objektívna, alebo „absolútna“ pravda, či skutočnosť neexistujú, všetko je dané, určované vzájomnými vzťahmi súčastí skutočnosti (vecí, javov, osôb,...) a postavením, porozumením alebo rozhodnutím jej pozorovateľa).

Positívny prínos sofistov možno vidieť nielen v rozvoji rétorického umenia, lingvistiky a gramatiky, ale aj v tom, že svoje skúmanie zamerali na človeka a jeho potreby, na poznávanie a jeho podmienky, možnosti a hranice.

Významní sofisti: Prodikos z Kea (465 – 415 p. n. l.), **Protagoras z Abdér** (480 – 410 p. n. l.), **Gorgias z Leotyň** (483 – 376 p. n. l.)

● Sokratés (470 – 399 p. n. l.)

Napriek naozaj výnosnému zamestnaniu sa medzi sofistami začína okolo roku 470 p. n. l. objavovať iný hlas múdrosti, ktorý hlása: „Poznaj sám seba.“, či dokonca: „Viem, že nič neviem.“ Naznačuje, že filozofický obrat, ktorí sa už črtá vo filozofickej koncepcii pravdy a poznávaní u sofistov, nadobudne v ďalšom období konkrétne rysy.

Sokratés vo filozofickom *dialógu* (rozhovore) obracia pohľad do vnútorného sveta človeka, kde nachádza proti váhu sofistickej všeobjímajúcej nekonkrétnosti. Pomocou metodicky kladených (niekedy až ironických) otázok o podstate vecí v systematicky vedenom dialógu postupne preveruje poznatky, predsudky a zaužívaný (sveto) názor svojho partnera s cieľom, aby partner sám prišiel na to, kde by mal nasmerovať svoje ďalšie poznávanie, prípadne, kde sa nachádza pravda.

Sokratova metóda (*maeutika* – umenie pôrodnej bábice) hľadania pravdy je možno trochu drsná a nepríjemná človeku 21. storočia, ale je stále aktuálna. Nepopiera možnosť samotného poznávania (nie je *agnosticizmom* – filozofický smer, ktorý popiera možnosť verného poznania skutočnosti). Skôr označuje jeho hranice, vytyčuje smer a pozýva k ďalšiemu cielenému a osobnému úsiliu. Ako východisko pre každé poznávanie Sokratés definuje sebazpoznanie, ktoré je privilegovaným spôsobom zúšľachtovania vlastnej duše a rozumové rozvíjanie zručnosti byť dobrý. Pri rozvíjaní tejto schopnosti človeku pomáha akýsi vnútorný orgán *daimonion*, ktorý riadi proces morálneho rozhodovania podľa poznania a rozlišovania dobra a zla (mravne správneho a nesprávneho). Poznanie takýmto spôsobom ovplyvňuje mravné konanie/správanie človeka, ktorý je za svojej konanie/správanie mravne zodpovedný.

□ Platón

Sokratov žiak Platón (427 – 347 p. n. l.) sa vybral po stopách svojho slávneho učiteľa a zameril sa na problematiku človeka. Zároveň však nadviazal aj na dovtedajšiu snahu o uchopenie prapodstaty všetkých vecí, diania vo svete. Svoju filozofickú reflexiu preto upriamil na problém človek z globálneho (*globálny* – celosvetový) hľadiska, t. j. uvažoval ako o jeho prírodnej, tak aj o jeho spoločenskej realite. Svoje úvahy formuloval Sokratovou metódou (*maeutikou*) vo forme rozhovoru (dialógu) partnerov hľadajúcich pravdu vo svojom najvýznamnejšom zachovanom diele – *Dialógy*.

● **Platónova epistemológia.** Pri hodnotení hraníc, kvality, či kvantity ľudského poznávania je Platón zdržanlivý. Podľa neho sa svojím príchodom na svet človek stáva akoby väzňom jaskyne, a to svojho vlastného zmyslového sveta javov a predstáv. Zmyslami je síce schopný poznávať (vnímať), ale iba premenlivé **tiene vecí**, ktoré sú **odrazom** nemennej **podstaty – ideí**. Nesmrteľná duša človeka, však ešte pred svojím osudovým zväzkom s pominutelným telom, už existovala vo svete ideí. Ľudskú múdrosť (filozofická reflexia) možno preto vidieť ako schopnosť duše človeka vykonať zložitý **rozumový úkon „rozpamätávanie sa“**, ktorý pomáha v jednotlivých ideách (vzore) rozpoznať, čo je vo vybranom druhu všeobecné a podstatné. Metódu poznávania pravého bytia, t. j. vzostupu od zmyslového vnímania sveta k jeho rozumovému uchopeniu, Platón nazýva **dialektikou**. Zmyslové vnímanie človeku poskytuje iba nepriame, premenlivé poznanie odrazu sveta druhových podstát, t. j. ideí. Priame poznávanie podstaty, t. j. ideí, nie je určené pre každého človeka. Akonáhle totiž človek vyjde z jaskyne von – k poznaniu, hrozí, že oslepne a nebude schopný ďalšieho nazerania. Ak však prekoná bolesť, bude statočnejší a múdry (statočnosť, múdrosť, umiernenosť = cnosti antického bojovníka), odmenou mu bude poznanie. **Údiv**, ktorý v človeku vyvoláva „odraz vecí na stene jaskyne“, Platón považuje za prvý krok poznávania – a logické myslenie za ďalší krok smerom k poznaniu.

● **Platónov dualizmus:** svet predstáv a svet ideí. Svet ideí je hierarchicky usporiadaný. Na vrchole, sviatí idea dob-

ra ako slnko. Dobro, najvyššia idea, nemá iba etickú dimenziu, ale je to prvá a posledná príčina všetkých vecí a diania vo svete, poznateľná iba rozumom.

● **Platónov utopizmus** (konceptia o ideálnom štáte): Platónova teória o ideálnom štáte, kde vládne múdry vládca, statoční strážcovia a umiernení občania, sa nikdy nepodarila uplatniť v praxi (ani v Aténach, ani na Sicílii). Súlad všetkých troch stavov Platón pripodobnil cnostnej duši a takúto spoločnosť nazval spravodlivou. Vo svojej koncepcii štátu sa Platón (zjednodušene) riadil heslami: „Čo je rozumné, to je spravodlivé.“, „Rozumný občan, zdravý štát.“, „V poznaní je moc.“ Nevychádzal z reálnych podmienok, ktoré udáva tá-ktorá kultúrno-spoločenská charakteristika spoločnosti. Podľa neho, zlá ústava (forma štátu) odráža chorobné zmyšľanie občanov, spreneverenie sa spravodlivosti. Rozlišoval *aristokraciu* (ideál), z ktorej sa prostredníctvom nevhodného potomstva môže stať *timokracia* (vláda nevraživých), z nej *oligarchia* (vláda bohatých), z nej *demokracia* (vláda všetkých a nikoho) a z nej *tyrania* (nadvláda). Pre aristokraciu je typické, že jej vládnú múdri vládcovia – filozofi, ktorí majú najlepšie skúsenosti so svetom ideí. Vláda však pre Platóna znamená organizáciu života bez nároku na súkromie. V Platónovom štáte niet miesta pre rodinu, súkromné vlastníctvo, či originalitu. Platónov štát je uniformný stavovský systém riadený múdrosťou zhora a udržiavaný umiernenou poslušnosťou zdola. Najvyššou mysliteľnou formou mravného života je mravný život v dobrom štáte, kde zákon nahrádza spravodlivosť, pričom sa nemá chápať ako vyhrážanie, ale ako argument.

□ Aristoteles

Platónov žiak *Aristoteles* (384 – 322 p. n. l.) sa zaslúžil o prvý ucelený, systematický výklad dobových vedeckých poznatkov. Zavedol systém nielen v terminológii a metodológii filozofie, ale aj systém samotnej vedy. Od svojich 19-ich rokov pôsobil asi dvadsať rokov v Platónovej Akadémii, kde sa mal možnosť oboznámiť s celou dovtedajšou vedeckou teóriou a praxou. Systémový výklad mu umožnil postupne klasifikovať, kategorizovať, definovať a odlišiť rôzne okruhy/oblasti poznatkov (na základe viacerých kritérií), čím sa stal zakladateľom viacerých vedných disciplín. Hlavným cieľom Aristotelovej snahy bolo poskytnúť zmysluplný, ucelený výklad dovtedajších poznatkov študentom Akadémie. Jeho dielo by sme z formálneho hľadiska mohli pripodobniť prvým vzorovým skriptám/učebnici pre všetky predmety vtedajšej poprednej vysokej školy.

Aristoteles rozdelil filozofiu na teoretickú (fyzika, matematika a metafyzika) a praktickú (etika, politika, ekonómia a poetika). Logiku ponechal zvlášť, keďže ju považoval za nástroj rozvíjania všetkých vied.

Stručne priblížime najdôležitejšie z Aristotelových systémových inovácií v štruktúre filozofického myslenia tej doby.

● Aristoteles a logika

Pri systematizácii poznatkov Aristoteles zistil, že je potrebné zaviesť určité triediace princípy. Tak vytvoril **pojmovú klasifikáciu**, čiže logický postup, ktorým sa určité individuum (živá, či neživá príroda) podradí pod určitý **druh** – a následne pod určitý **rod**.

To znamená, že použitím induktívnej a deduktívnej metódy nájdeme na základe prisúdenia jedinečných vlastností pre určité individuum označenie, čiže definujeme pre neho špecifický **pojmem**. Tým ho odlišíme od všetkých ostatných individuí. Následne ho zatriedime pod vyšší pojem – druh alebo rod, a to na základe vlastností, ktoré

majú niektoré indivíduá spoločné. Pri získavaní poznatkov o určitom indivíduu rozpoznávame špecifické a všeobecné informácie. Špecifická informácia nám hovorí o tom, čím sa indivídium odlišuje od iných indivíduí, čím je jedinečné. Všeobecná informácia udáva základné charakteristiky indivíduá, ktoré platia spoločne pre určitú skupinu indivíduí, do ktorej dané indivídium patrí podľa druhu a rodu.

Dalším krokom bola **kategorizácia**. Aristoteles abstrahoval 10 kategórií (podstata, kvantita, kvalita, vzťah, poloha, miesto, čas, vlastníctvo, činnosť, trpnosť). **Kategóriu** označil ako základnú formu bytia. Ide o najvšeobecnejšie rozlíšenie abstraktných všeobecných pojmov, pričom ich postupnosť (od jednotlivého k všeobecnému) je nasledovná: indivídium – druh – rod – kategória.

To však predstavuje ďalší spôsob triedenia na základe všetkých dostupných informácií o určitom indivíduu alebo skupine indivíduí získaných v klasifikačnom procese. Podľa zadaného vzoru (kategórie) sa o indivíduu vypovedá (súdi) z rôznych hľadísk. Hľadá sa jeho *ontologická podstata*, t. j. ako dané indivídium v skutočnosti „je“, ako „existuje“. Deje sa to rozumovým úkonom s použitím logických postupov (metód) a aplikovaním logických princípov.

Aristoteles je zakladateľom **formálnej logiky**. Všimol si, že medzi súdmi (t. j. výpoveďami ľudí o veciach a javoch) existujú určité zákonité vzťahy. **Sylogizmus** (úsudok) je jedným z nich: *Ak A platí o celom B a B platí o celom C, tak A nevyhnutne platí o celom C*. Aristoteles identifikoval aj niektoré zo **základných princípov logiky** (napr. princíp protirečenia, princíp vylúčenia tretieho).

Ak o niečom vypovedáme, pripájame k **subjektu** (to, o čom sa vypovedá) **predikát** (to, čo subjektu pripisujeme). Pripojením predikátu k subjektu pomocou spojky „je“ vzniká **súd**. Iba o súde možno vypovedať, či je pravdivý, alebo nepravdivý – nie o jednotlivéj veci.

● Aristoteles a metafyzika

Pri triedení filozofických disciplín Aristoteles zistil, že okrem špeciálnych vied, ktoré sa venujú určitej oblasti súcna, mala by existovať veda, ktorá by sa zaoberala výlučne problematikou **súcna** ako takého a jeho pravými príčinami (kauzalitou). Pretože je to veda, ktorá by mala usporiadať všetky poznatky, začlenil ju za (meta) fyzikou (vedou o prírode). Aristoteles ju nazval „prvou filozofiou“ a tento význam, t. j. označenie ako vedy, ktorá stojí nad prírodnými vedami, jej ostal podnes.

Aristoteles vo veciach odlišuje **látku a formu**. Látka je možnosťou. Forma je skutočnosťou, keďže dala látke tvar. V každej veci sú obidve neoddeliteľne spojené. Pohyb vo svete sa deje nadobúdaním tvaru. Pohyb sa deje plánovane, všetko dianie má svoj cieľ a účel (*teleológia* – náuka o účele). Vnútorňý princíp, ktorý pôsobí v procese vývinu a usmerňuje ho k naplneniu účelu Aristoteles nazval *entelecheiou* (to, čo má samo v sebe cieľ). Pri procese vzniku pôsobia štyri príčiny: látková (materiál, z čoho vec vzniká); formálna (tvar, do akého sa vec formuje); pôsobiaca (aktívny činiteľ, aktér zmeny); účelová (určuje konečný cieľ, zmysel). Večný svet uviedol do pohybu prvý nehybný „hýbateľ“, ktorý bol a je oddelený od vecí.

● Aristoteles a politicko-sociálna filozofia

Podľa Aristotela štát (prirodzené usporiadanie pravdiel spolunažívania) existuje pre jediný cieľ: zabezpečiť, aby človek mohol viesť dobrý život. Vznikol z prirodzenej potreby chrániť ľudský život. Štát je sebestačný celok. Obsahuje rôzne spoločnosti a spoločenstvá.

Človek je vo svojej prirodzenosti bytosť spoločenská.

Dobro jednotlivca znamená to isté, čo dobro štátu. Štát je prirodzeným výtvorom človeka, preto sa jeho vláda môže za určitých podmienok zvrhnúť aj vo svoj opak. Tak vznikajú zlé (zvrhlé) ústavy.

Systém vládnutia	Dobry	Zvrhly
vláda jedného	kráľovstvo (monarchia)	tyrania
vláda niekoľkých	aristokracia	oligarchia
vláda mnohých	politeia	demokracia

● Aristoteles a etika

Človek žije pre jediný cieľ, a to žiť dobrý život v dobrom štáte. Blaženým sa stáva svojou činnosťou. Rozvíjaním cností nadobúda zručnosť, ako využiť svoje schopnosti na dobro. Aristoteles pripisuje človeku schopnosť rozpoznať, čo je dobré a schopnosť upriamiť na tento posledný cieľ všetko snaženie. Avšak, každý človek sa učí ako sa stať dobrým, a preto je nesmierne dôležité, aby mal správny výchovu a usmernenie zhora (zákonodarcovia).

Cnostný život je individuálnym rozhodnutím nastavený **stav medzi krajnosťami**, ktorým sa je potrebné systematicky vyhýbať. Je to „balans“ medzi dvoma vlastnosťami, z ktorých prvá je charakterizovaná nadbytkom a druhá nedostatkom. **„Zlatá stredná cesta“** – tak by sa dala označiť tretia vlastnosť, ktorú charakterizuje striedmosť a je potrebné ju hľadať. K tomu človeku slúži rozum.

Zhrnutie

Klasické obdobie gréckej filozofie je časovým, dejinným úsekom, kedy sa sformovali samotné základy filozofického uvažovania. Aristotelovou zásluhou sa poznatky vtedajšej doby nielen zozbierali a zhrnuli, ale zaviedol sa do nich systém a logický poriadok. Z filozofie sa stala vedná disciplína s vlastnou terminológiou a metodológiou. Počiatkový platónsky údiv postupne nahrádza systematické a cieľavedomé rozumové uvažovanie, ktoré má v konečnom dôsledku slúžiť človeku na to, aby bol lepší; aby žil lepší život; a tiež, aby poznal pravdu o sebe a o svete, ktorý ho obklopuje.

V nasledujúcej časti našej rubriky si priblížime niektoré filozofické prúdy, ktoré sa rozvíjali a šírili v tzv. heleńistickom období až do stredoveku. Z hľadiska dejín filozofie sa toto obdobie zvykne označovať ako *poklasické obdobie gréckej filozofie*.

Literatúra

1. Antológia z diel filozofov. Predsokratovci a Platón. Ed. Martinka, J.; Bratislava, Iris, 1998, 607 s.
2. Platón: Dialógy. Tatran, Bratislava, 1990, 692 s.
3. Aristoteles: Etika Nikomachova, Rezek, Praha, 1996, 493 s.
4. Aristoteles: Politika, Kaligram, Bratislava 2006, 302 s.
5. Aristoteles: Metafyzika, Rezek, Praha, 2003, 579 s.
6. Kiczko, L. (a kol.): *Dejiny filozofie*. SPN – Mladé letá, Bratislava 2006, 136 s.
7. *The Internet Encyclopedia of Philosophy*. Dostupné z <http://www.iep.utm.edu/>
8. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Dostupné z <http://plato.stanford.edu/>

Mgr. Katarína Glasová, PhD.,
ÚMEB n. f., Bratislava

TERMINOLOGICKÝ SLOVNÍČEK II.

V predchádzajúcej časti Terminologického slovníčka sme vymedzili pojem filozofia. V základných rysoch sme priblížili podstatu a predmet filozofickej reflexie, ako prebieha (fázy filozofickej reflexie) a čo (filozofický aparát) a akým spôsobom (definícia) počas nej vzniká (pojmy, tézy, hypotézy, systémy).

V tejto druhej časti nadviažeme na I. časť Mílnikov filozofickej reflexie, konkrétne na tú pasáž, kde spomíname predchodcov filozofickej reflexie, ktorými sú rôzne charakteristické výtvary ľudského ducha. Tieto majú k filozofii viac alebo menej blízky vzťah, avšak je možné ich od nej zreteľne odlišiť. Postupne sa teda pokúsime vymedziť pojmy, akými sú *rozprávka*, *podobenstvo*, *bájka*, *legenda*, *mýtus* – a odlišiť ich od pojmu filozofia.

• Filozofia a rozprávka

Rozprávka – priebežne vytváraný popis neskutočnej reality, postáv a dejov pre pobavenie, poučenie a odovzdanie určitého kultúrno-historického súboru dát (slovná zásoba, poznatky, morálka, svetonázor, tradícia atď.); vymyslený príbeh o neskutočných veciach, javoch, dejoch a hrdinoch vyrozprávaný alebo hraný pre pobavenie a poučenie.

Niektoré mätúce prvky

Postavenie filozofa sa v dejinách filozofie menilo od rečníkov, cez učiteľov múdrosti, až po spisovateľov *esejí* (písomná filozofická úvaha ako literárny útvar) a *traktátov* (filozofický monotematický spis). Vždy bolo dôležité vedieť, kto tú - ktorú myšlienku, a akým spôsobom sformuloval. Aj napriek tomu, že v dávnych dobách bol veľký problém s uchovávaním písomností, starostlivo sa zbierali, označovali menom a zakladali. (Ludové) rozprávky sa zvyčajne dedili z generácie na generáciu. Zachovával sa iba ich podstatný obsah, ktorý bol zároveň večným námetom na ich ďalšie spracovanie. Nezáležalo na tom, kto bol autorom konkrétnej rozprávky. Uchovávala sa podstata – ako generačný odkaz, posolstvo.

S ohľadom na tzv. *formu podania* (ústna, písomná): v dejinách filozofie sa vždy usilovalo, aby sa myšlienky zachytili v písomnej forme. Písomnosť sa považovala za doklad, vyústenie argumentácie, za definitívnu formuláciu myšlienky. Pre rozprávku je písomná forma skôr ochudobnením. Statika písaného slova nevyhovuje neustálemu vymýšľaniu a dynamickému prispôbovaniu sa stále novým spoločenským podmienkam. Fixovanie do textu na papier, či nahrávanie na audio - video techniku rozprávaní uberá na autenticite, vierohodnosti a živosti.

Pre rozprávku nie je dôležité východisko, spôsob a priebeh deja, ale šťastný koniec. Pre filozofa je naopak dôležité východisko a priebeh skúmania, ktorý neraz môže viesť v kruhu späť k východisku, jeho zmene alebo *verifikácii* (metóda overovania).

• Filozofia a podobenstvo

Podobenstvo – vymyslený vysvetľujúci príbeh, ukotvený v špecifických súvislostiach, kde sa obrazne popisuje, ale

Porovnanie filozofie a rozprávky	
Charakteristické rysy rozprávky	Charakteristické rysy filozofie
múdrost (sa odovzdáva)	múdrost (sa získava)
odovzdávanie poznatkov - poznanie	získavanie poznatkov - poznávanie
predstavy	pojmy
opis, metafora, personifikácia	filozofické metódy a prístupy
<i>alegória</i> (inotaj)	výroky
obrazné videnie sveta	pojmové uchopenie podstaty
vedomie šťastného konca	nekonečná pochybnosť
postavenie rozprávača: mudrc (odovzdanie ponaučenia, múdrosti, vysvetľovanie iným)	postavenie filozofa: večný študent (získavanie poznatkov, vysvetľovanie, uchopovanie podstaty pre ďalšie vlastné poznávanie)
príbeh, dej (začiatok a koniec)	nekonečné hľadanie (mnohé začiatky bez konca)
nie je známy autor (pri ľudovej rozprávke)	autor je zvyčajne známy (staršie historické pramene, najmä z obdobia ranej gréckej filozofie sa mohli stratiť, ale generácie zachovávali niektoré výroky aspoň v tzv. „zlomkoch“)
ústne podanie	písomné podanie
rozprávanie	výklad
dynamické rozvíjanie myšlienok s fixným, uzavretým záverom	statické rozvíjanie myšlienky s dynamickými aj otvorenými závermi

Porovnanie filozofie a podobenstva	
Charakteristické rysy podobenstva	Charakteristické rysy filozofie
múdrost (schopnosť vysvetľovať pomocou metafor, prírovnaní zo života)	múdrost (schopnosť formulovať uchopené poznatky pomocou pojmov)
predstavy	pojmy
popis, príbeh, metafora ústne, písomné podanie	filozofické metódy a prístupy písomné podanie
odovzdávanie poznatkov - poznanie	získavanie poznatkov - poznávanie
opis, metafora, personifikácia	filozofické metódy a prístupy
<i>alegória</i> (inotaj)	výroky
obrazné videnie sveta	pojmové uchopenie podstaty
príbeh, dej (začiatok a koniec)	nekonečné hľadanie (mnohé začiatky bez konca)
nie vždy je známy autor	autor je zvyčajne známy
ústne podanie	písomné podanie
rozprávanie	výklad
cieľ = poučenie, dopredu známy, rozprávanie k nemu speje	cieľ = verifikácia téz, overovanie hypotéz
uzavreté rozprávanie zvyčajne o jednej vymyslenej udalosti, s dopredu zadaným ukončením	výklad založený na pochybnostiach, smerujúci k cieľu s otvoreným koncom

goricky vysvetľuje nejaký zložitejší morálny alebo spoločenský problém, jav, situáciu a podobne; rozprávania vymysleného príbehu, ktorý sa podobá príbehom zo skutočného života, so spomínaným cieľom.

Niektoré mätúce prvky

Aj vo filozofických dielach sa môžeme ojedinele stretnúť s obrazným, metaforickým, popisným spôsobom výkladu. Nikdy však netvorí podstatnú časť, skôr slúži ako pomocný nástroj vysvetľovania (namiesto tabuliek a vzorcov). Môže sa vyskytnúť v úvode do problematiky, a následne sa spracúvať niektorou z filozofických metód. Používať tento spôsob vysvetľovania je však mimoriadne riskantné, keďže ľudská predstavivosť ponúka nespočetné variácie následných úvah.

● Filozofia a bájka

Bájka - vymyslený príbeh o zvieratách, ktoré rozprávač výberovo charakterizuje ľudskými vlastnosťami a necháva konať tak, akoby to boli ľudia; cieľom je poučiť, zabaviť a vysvetliť ľudské konanie, spoločenské zvyklosti, tradície alebo nejaký spoločenský jav. Zaujímavosťou ostáva samotná charakteristika zvierat, keďže niektorými z prísudných vlastností skutočné zviera ani nemusí disponovať.

Porovnanie filozofie a bájky	
Charakteristické rysy bájky	Charakteristické rysy filozofie
personifikácia (ľudská múdrosť sa prenáša do zvieracieho sveta - zvieratá konajú ako ľudia)	poznatky z prírodných vied sa používajú napr. ako fakty na ilustráciu; dôkazy teórií;
múdrosť (ľudská múdrosť aplikovaná v zvieracom svete, ktorý zápasí s ľudskými problémami)	„múdrosť“ - inštinktívne správanie zvierat sa v niektorých teóriách použilo ako podklad na vysvetlenie všeobecných zákonitostí
ústne aj písomné podanie	písomné podanie
odovzdávanie poznatkov - poznanie	získavanie poznatkov - poznávanie
opis, metafora, personifikácia	filozofické metódy a prístupy
<i>alegória</i> (inotaj)	výroky
obrazné videnie sveta	pojmové uchopenie podstaty
príbeh, dej (začiatok a koniec)	nekonečné hľadanie (mnohé začiatky bez konca)
nie vždy je známy autor	autor je zvyčajne známy

Niektoré mätúce prvky

Určité prvky personifikácie by sme mohli nájsť v niektorých súčasných personalistických alebo environmentalistických teóriách (napr. koncepcia práv zvierat, rozlíšenie osôb podľa vedomia u P. Singera). To je však asi jediná zo spoločných charakteristík týchto filozofických koncepcií a bájky ako literárneho žánru.

● Filozofia a legenda

Legenda - vymyslený príbeh o skutočnej, historickej udalosti, predmete, osobnosti, s tendenciou dopĺňať neskutoč-

né (nadprirodzené) vysvetlenia objektívnej skutočnosti; vymyslený príbeh o neskutočnej osobnosti s cieľom vysvetliť nejaké historické udalosti, skutočnosti; vymyslený príbeh o neskutočnej udalosti alebo predmete pomocou historicky skutočných udalostí.

Porovnanie filozofie a legendy	
Charakteristické rysy legendy	Charakteristické rysy filozofie
výmysel, nepravda	pochybovanie
presadzovanie, nevedecké dokazovanie nejakej zdanlivej pravdy (vlastnenie pravdy)	hľadanie pravdy
prikrášľovanie skutočnosti s nejakým konkrétnym cieľom	popis skutočnosti s cieľom dospieť k pravde
popis, metafora, personifikácia	filozofické metódy a prístupy
<i>alegória</i> (inotaj)	výroky
predstavy	pojmy
vlastné videnie skutočnosti	logické uchopenie skutočnosti
vedomie šťastného konca	večná pochybnosť
rozprávanie	výklad

Niektoré mätúce prvky

Na tomto mieste považujeme za potrebné odlišiť niektoré životopisné spracovania diela filozofov od filozofických analýz ich diela. Niektoré z nich, najmä románového typu, totiž možno priradiť k legendám. Filozoficky spracovaný životopis vybraného autora by mal vo všeobecnosti niesť tieto základné prvky: a) pokiaľ je to možné, vychádzať predovšetkým z historických dobových dokumentov (originálne pramene, rukopisy, atď.) pomocou citácií; b) popisované historické udalosti aplikovať na pasáže z tvorby autora pomocou citácií z celého diela, korešpondencie a iných dobových zachovaných materiálov; c) analyzovať vplyv historických udalostí na vývoj filozofickej reflexie autora, vývoj interpretácie autorovho diela jeho žiakmi a nasledovníkmi, dopad autorovho diela na nasledujúce generácie filozofov, národa, či sveta; d) výrazne odlišiť zdokumentované časti životopisu a nanovo interpretované (vysvetľované) pasáže. Románové životopisné spracovanie diela autora nemožno považovať za filozofické dielo, a to ani v tom prípade, že by bolo napísané niektorým z dobových filozofov a obsahovalo by metodicky filozofické pasáže.

● Filozofia a mýtus

Mýtus - z gr. *mythéomai* (hovoriť, rozprávať); komplexný výklad vzniku sveta, jeho ďalšieho fungovania vo všetkých sférach bytia (neživá, živá príroda, duchovia, bohovia atď.), ako aj miesta, povinností a zodpovednosti človeka v pozemskom svete a vo svete bohov. Základom mýtu je komplexná ucelená fixná predstava o stave vecí (napr. hierarchizácia: bohovia z Olympu, polobohovia, kentauri, človek, zvieratá, atď.), z ktorej sa potom vychádza pri riešení detailov (medziludské vzťahy).

Niektoré mätúce prvky

Základným spoločným prvkom pre mýtus a filozofiu je snaha o pochopenie a vysvetlenie sveta a miesta člove-

Porovnanie filozofie a mýtu	
Charakteristické rysy mýtu	Charakteristické rysy filozofie
predstava	pojmem
Opis, metafora, personifikácia	filozofická reflexia
alegória (inotaj)	výroky
obrazné myslenie	logické myslenie
výsledok dopredu známy	výsledok v nedohľadne
uniformita	rozmanitosť
osudovosť	rozumovosť
pravda – vlastní sa	pravda – hľadá sa
viera (akceptovanie)	pochybnosť
čerpá fakty z empirickej skúsenosti, ako dôkazy svojich predstáv	čerpá fakty z empirickej skúsenosti, aby ich ďalej skúmala
význam a zmysel sa veciam prisudzujú	význam a zmysel sa z vecí abstrahujú
základná metóda: dedukcia	základná metóda: indukcia
vychádza zo svetonázoru (obraz o svete)	môže prispieť k tvorbe svetonázoru
dáva odpovede na otázky	kladie otázky
usporiadanie sveta podľa vlastnej predstavy	zovšeobecnenie získaných poznatkov

ka v ňom. V oboch prípadoch ide o rozumové uvažovanie. Dokonca, pri analýze konkrétneho mýtu by sme mohli špecifikovať metódu a terminológiu, ktorú autor použil a zachytiť znaky filozofickej reflexie. Zásadným rozdielom je skutočnosť, že pri tvorbe mýtu jeho autor vychádza z predstavy, akú si on sám vytvára o svete (z vlastného svetonázoru – súbor predstáv, názorov, poznatkov, domnienok o svete). Filozof najprv svet skúma – a až na základe vlastných zistení formuluje závery. V procese filozofickej reflexie, pri použití určitých metód, filozof môže vytvoriť aj mýtu veľmi podobnú, ucelenú koncepciu – napríklad (náčrt) tzv. lepšieho sveta – *utópiu*.

V ďalšom pokračovaní – Terminologickom slovníčku III. – sa sústreďme na rozlíšenie obsahu a rozsahu pojmu filozofia v súvislosti s vymedzením pojmov veľkých myšlienkových sústav ako sú *náboženstvo, ideológia, svetonázor*.

Literatúra

1. Brugger, W.: *Filozofický slovník*. Naše vojsko, Praha 1994, 640s.
2. Dagobert D. Runes (ed.), *Dictionary of Philosophy*, 1942. Dostupný z <http://www.ditext.com/runes/index.html>
3. Durozoi, G., Roussel, A.: *Filozofický slovník*. EWA Edition, Praha 1994, 540s.
4. *A Dictionary of Philosophical Terms and Names*. Dostupný z <http://www.philosophypages.com/dy/>
5. *PhilLex. Lexikon der Philosophie*. Dostupný z <http://www.phillex.de/>
6. Piaček, J., Kravčík, M.: *FILIT. Otvorená filozofická encyklopédia*. Dostupný z <http://ii.fmph.uniba.sk/~filit/fil/fil.html>
7. *The Internet Encyclopedia of Philosophy*. Dostupný z <http://www.iep.utm.edu/>
8. Šaling, S., Ivanová-Šalingová M., Maníková, Z.: *Veľký slovník cudzích slov*. Tretie, revidované a doplnené vydanie. Samo, Bratislava-Prešov 2003, 1370s.

Mgr. Katarína Glasová, PhD.
ÚMEB n. f., Bratislava

§ 6

Poučenie a informovaný súhlas

(1) Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie“)

a) osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo aj inú osobu, ktorú si táto osoba určila,

b) zákonného zástupcu, opatrovníka alebo osobu, ktorá má maloleté dieťa v pestúnskej starostlivosti 5) (ďalej len „zákonný zástupca“), ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je maloleté dieťa, osoba pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo osoba s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony (ďalej len „osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas“) a vhodným spôsobom aj osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas.

(2) Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotnému stavu osoby, ktorú má poučiť.

(3) Každý, kto má právo na poučenie podľa odseku 1, má aj právo poučenie odmietnuť. O odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam.

(4) Informovaný súhlas je preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo poučenie podľa tohto zákona. Informovaný súhlas je aj taký preukázateľný súhlas s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorému predchádzalo odmietnutie poučenia, ak v tomto zákone nie je ustanovené inak (§ 27 ods. 1, § 36 ods. 2, § 38 ods. 1, § 40 ods. 2).

(5) Informovaný súhlas dáva

a) osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, alebo

b) zákonný zástupca, ak osobou, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť, je osoba nespôsobilá dať informovaný súhlas; takáto osoba sa podieľa na rozhodovaní v najväčšej miere, ktorú dovoľujú jej schopnosti.

Úplný text: viď zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, §6, ods. (1) – (9).

(Continued from p. 1.)

Autonomy, or self-determination, is the core value of medicine that has changed the most over the years. Individual physicians have traditionally enjoyed a high degree of clinical autonomy in deciding how to treat their patients. Physicians collectively (the medical profession) have been free to determine the standards of medical education and medical practice. (...) ...both of these ways of exercising physician autonomy have been moderated in many countries by governments and other authorities imposing controls on physicians. Despite these challenges, physicians still value their clinical and professional autonomy and try to preserve it as much as possible. At the same time, there has been a widespread acceptance by physicians worldwide of patient autonomy, which means that patients should be the ultimate decision-makers in matters that affect themselves. (...)

Besides its adherence to these three core values, medical ethics differs from the general ethics applicable to everyone by being publicly *professed* in an oath such as the World Medical Association **Declaration of Geneva** and/or a code. Oaths and codes vary from one country to another and even within countries, but they have many common features, including promises that physicians will consider the interests of their patients above their own, will not discriminate against patients on the basis of race, religion or other human rights grounds, will protect the confidentiality of patient information and will provide emergency care to anyone in need.

BRATISLAVSKÁ DEKLARÁCIA O MIGRÁCII, ZDRAVÍ A ĽUDSKÝCH PRÁVACH

Preambula

My, ministri zdravotníctva štyridsiatich siedmich členských štátov Rady Európy, zhromaždení od 22. do 23. novembra v Bratislave na pozvanie slovenskej vlády na Ôsmej konferencii európskych ministrov zdravotníctva, organizovanej Radou Európy, ako strážcovia zdravia našich národov konštatujeme, že:

Pohyb ľudí v rámci Európy a do Európy je rastúcim fenoménom, ktorý prináša výzvy pre služby zdravotnej starostlivosti a ľudské práva;

Ľudia v pohybe nikdy nespádajú do jednej kategórie; môžu to byť imigranti, vnútorne presídlené osoby, interní migranti, utečenci, navrátilci, obeť obchodu s ľuďmi, žiadatelia o azyl, iregulárni migranti a pracovní migranti, vrátane zdravotníckych profesionálov;

Faktory prispievajúce k neustálemu nárastu migrácie, ako chudoba, vojna, klimatické zmeny a chýbajúci prístup k základným službám, nevyhnutne vyvolávajú otázky o sociálnej integrácii a zdraví ľudí v pohybe;

Veríme, že musíme pracovať spoločne, aby sme zaistili, že migrácia v rámci Európy a do Európy v žiadnom ohľade nepriaznivo neovplyvní zdravie migrujúcich alebo obyvateľstva hostiteľskej krajiny;

Sme presvedčení, že o zdravie ľudí v pohybe musí byť postarané na oboch stranách migračného procesu, napríklad posilnením systémov zdravotnej starostlivosti vo vysielajúcich krajinách a poskytovaním rozvojovej pomoci;

Rovnako veríme, že ak všetky členské štáty koordinujú svoje aktivity a aktualizujú a podelia sa o vedecké údaje a informácie, bude možné nájsť rýchle spoločné odpovede na vynárajúce sa hrozby pre verejné zdravotníctvo.

Z tohto dôvodu my, ministri sme si vedomí, že:

Keďže problematika zdravia sa týka všetkých ľudí v pohybe, bez ohľadu na vek, pohlavie a kultúrne rozdiely, pri navrhovaní politik zdravotníctva by mali vlády zohľadniť kultúrnu (i náboženskú), sociálnu a ekonomickú rozmanitosť týchto ľudí;

Migračný proces je aj pri najlepších možných podmienkach stresujúca udalosť a zvyšuje teda riziko, že migrujúci podľahne chorobe; vnútorne presídlené osoby sú ešte vo väčšom riziku duševných alebo iných chorôb z dôvodu ich dlhodobého zúfalstva a nedostatku vyhovujúcich služieb zdravotnej starostlivosti;

Sociálno-ekonomické, kultúrne a jazykové bariéry môžu klásť prekážky pre ľudí v pohybe hľadajúcich zdravotné služby ako aj pre poskytovateľov týchto služieb; tieto prekážky môže zhoršovať nedostatočná informovanosť alebo neznalosť dostupných služieb;

Ženy a deti, ako aj staršie osoby, potrebujú zvláštnu ochranu; predstavujú početnú časť všetkých ľudí v pohybe, majú špecifické zdravotné potreby a často sú vystavené riziku ekonomického, rodového a sexuálneho vykoistovania a násillia;

Rastúca mobilita pracovníkov zdravotnej starostlivosti, vrátane mobility v rámci štyridsiatich siedmich členských štátov Rady Európy, zvyhodňuje niektoré krajiny a iné pripravuje o odborne vyškolených a veľmi potrebných profesionálov;

Pripomíname, že:

Pre štáty, ktoré sú zmluvnými stranami týchto dokumentov:

- *Európska sociálna charta (revidovaná) (ETS 163)* zabezpečuje tam, kde je v štátoch, ktoré sú zmluvnými stranami aplikovateľná, ochranu zdravia (článok 11), právo na sociálnu a lekársku pomoc (článok 13) a poskytuje ochranu migrujúcim pracovníkom (článok 19) a starším osobám (článok 23);

- *Článok 3 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne (ETS 164)* sa týka potreby prijať opatrenia pre poskytnutie spravodlivého prístupu k zdravotnej starostlivosti primeranej kvality.

- *Európsky dohovor o právnom postavení migrujúcich pracovníkov (ETS 093)*, článok 19, ustanovuje, že: „Každá zmluvná strana sa zaväzuje poskytnúť na svojom území migrujúcim pracovníkom a ich rodinným príslušníkom, ktorí sa oprávnenne zdržujú na jej území, sociálnu a lekársku pomoc na rovnakom základe ako vlastným štátnym príslušníkom“ v súlade so záväzkami prijatými z titulu iných medzinárodných dohôd a zvlášť Európskeho dohovoru o sociálnej a lekárskej pomoci z roku 1953;

Niektoré odporúčania Európskeho výboru na zabránenie mučenia sa zvlášť týkajú zdravia a životných podmienok cudzích štátnych príslušníkov zbavených slobody;

Viacere odporúčania Výboru ministrov majú za cieľ zabezpečiť súhrnnú ochranu, hlavne Odporúčanie Rec(2006)18 o zdravotných službách v multikultúrnej spoločnosti, Odporúčanie Rec(2006)10 na zlepšenie prístupu k zdravotnej starostlivosti pre Rómov a kočovníkov v Európe a Odporúčanie Rec(2006)11 o cezhraničnej mobilite zdravotníckych profesionálov a jej dôsledkoch na fungovanie systémov zdravotníctva,

Uznávame, že:

Dobre riadené zdravotnícke opatrenia pre migrantov, vrátane verejného zdravotníctva, podporujú životné podmienky všetkých a môžu uľahčiť integrácia a účasť migrantov v hostiteľských krajinách podporou integrácie a porozumenia, čím prispievajú k sociálnej súdržnosti a zosilnenému rozvoju;

Väčšie zapojenie žien pri podpore a ochrane zdravia migrujúcich žien umožňuje lepšie pochopenie a integráciu migrujúcich žien v systémoch zdravotníctva hostiteľských krajín, čím sa zohľadní ich osobitnú úloha pri výchove ďalšej generácie;

Pre zdravie by nemali byť uplatňované žiadne výnimky z princípov a noriem zakotvených v medzinárodnom práve týkajúcom sa migrácie;

Členské štáty zabezpečia, že iregulárni migranti budú mať prístup k službám zdravotnej starostlivosti v súlade s platnými medzinárodnými zmluvami a vnútroštátnymi zákonmi a politikami,

V reakcii na výzvy, ktoré prináša ľudská mobilita pre ľudské práva v oblasti zdravotníctva a systémov zdravotníctva, my, Ministri zdravotníctva členských štátov Rady Európy,

Sme rozhodnutí:

Prostredníctvom spolupráce s inými medzinárodnými organizáciami, vrátane nevládných organizácií, pridávať hodnotu etickým a ľudskoprávnym aspektom migrácie;

Zväziť zmluvnými stranami Európskej sociálnej charty (revidovanej) prijatie ustanovení týkajúcich sa zdravia a blahobytu vo všetkých členských štátoch, a tam, kde je to vhodné, ustanovení týkajúcich sa ochrany migrujúcich pracovníkov v duchu článku 19 Európskej sociálnej charty (revidovanej);

Pracovať na odstránení praktických prekážok a bariér vo využívaní prístupu k primeranej ochrane zdravia pre

všetkých ľudí v pohybe, vrátane iregulárnych migrantov, pokiaľ sa jedná o pohotovostnú starostlivosť;

Pracovať na prekonaní prekážok vo využívaní prístupu k ochrane zdravia pre ľudí v pohybe budovaním kapacít a zvyšovaním povedomia u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, tvorcov politík, plánovačov zdravotníckeho manažmentu a zdravotníckych pedagógov ako aj iných profesionálov zúčastňujúcich sa na poskytovaní zdravotníckych služieb;

Uskutočniť opatrenia vedúce k riadeniu problematiky verejného zdravotníctva týkajúce sa medzinárodnej migrácie rozvojom a posilňovaním partnerstva medzi vládami a organizáciami na medzinárodnej, vnútroštátnej a komunitárnej úrovni, vrátane dobrovoľných združení;

Podporovať výskum verejného zdravotníctva pre podporu a posilnenie vnútroštátnych a medzinárodných dozorných a informačných systémov a posilnenie a podporu programov založených na preukázaných skutočnostiach pre podporu zdravia ľudí v pohybe;

Podniknúť kroky pre posilnenie a začlenenie zdravotného rozmeru do politiky rozvoja a spolupráce v súlade s princípom „zdravie vo všetkých politikách“;

Podporovať účasť migrantov na plánovaní programov, poskytovaní zdravotníckych služieb a hodnotení;

Venovať pozornosť potrebe zdravotníckych opatrení, tak ako to stanovuje a v súlade s *Medzinárodnými zdravotníckymi predpismi* (2005), pri príchode migrantov z oblastí s vysokým zdravotným rizikom, aby bolo o nich lepšie postarané a boli nasmerovaní na príslušné služby;

Podniknúť vhodné kroky pre zaškolenie a vzdelávanie poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti, tvorcov politík, plánovačov zdravotníckeho manažmentu a zdravotníckych pedagógov a riešiť tak problematiku zdravotníckej starostlivosti spojenej s mobilitou obyvateľstva a rozdielmi v zdravotníckych službách rôznych geografických oblastí;

Zvážiť potrebné kroky pre lepšie prispôbenie služieb zdravotníctva veku, pohlaviu a rozmanitosti, napríklad poskytnutím ľahko prístupných informácií v príslušnom jazyku alebo poskytnutím sprostredkovateľov, tam kde to je potrebné;

Riešiť osobitnú náchylnosť ľudí v pohybe k infekčným chorobám ako TBC, HIV/AIDS a pohlavne prenosným chorobám, snažiť sa o lepšiu konvergenciu v prístupoch k politikám a stratégiám prevencie, kontroly a liečby;

Zohľadniť potreby ľudí v pohybe s ohľadom na chronické choroby, vrátane duševného zdravia;

Podporovať v hostiteľských krajinách mechanizmy pre riešenie špecifických problémov zdravotníctva, ktoré môžu vyplývať z núteného presídlenia, ako poskytovanie poradenstva a psychoterapeutickej pomoci a rehabilitácie pre obeť mučenia alebo traumy, vrátane sexuálneho násillia a rodového násillia alebo iných porušení ľudských práv;

Podniknúť kroky s cieľom pôsobiť proti praktikám, ktoré škodia ženám a dievčatám, ako zmrzačenie ženských genitálií a skoré alebo nútené svadby, ktoré môžu mať vážne zdravotné následky;

Vyzvať hostiteľské krajiny, aby zväžili výzvu Parlamentného zhromaždenia v Rezolúcii 1509 (2006) na zrušenie príkazu pre poskytovateľov zdravotníckych služieb a školským úradom oznámiť prítomnosť iregulárnych migrantov úradom;

Vyzvať hostiteľské krajiny, aby poskytovali prístup k zdravotníckej starostlivosti všetkým osobám, ktoré majú nárok na medzinárodnú ochranu na rovnakej báze ako štátnym príslušníkom a pritom zabezpečiť, že žiadatelia o azyl dostanú potrebnú zdravotnú starostlivosť, ktorá zahŕňa rýchlu zdravotnú pomoc, základné liečenie choroby a potrebnú lekársku a inú pomoc tým, ktorí majú osobitné potreby;

Podporovať občianske iniciatívy migrujúcich žien pre migrujúce ženy, hlavne v prípadoch, kde môže migrujúce ženy sprostredkovať sociálnu súdržnosť a toleranciu;

Podporovať prístup k informáciám o zdravotníctve a zdravotnej výchove pre migrantov, hlavne pre mladých ľudí; zdravotná výchova by mala zahŕňať informácie o reprodukčnom a sexuálnom zdraví, rovnosti pohlaví, výžive a pracovných úrazoch;

Posilniť etický prístup koordináciu spoločných činností medzi krajinami pôvodu a hostiteľskými krajinami, s cieľom riadiť emigráciu zdravotníckych profesionálov z krajín, ktoré investovali do ich školenia;

A za týmto účelom odporúčame, aby

tie členské štáty, ktoré to ešte nespravili, zväžili podpísanie a ratifikáciu:

- tých dokumentov Rady Európy, ktoré pokrývajú aspekty zdravotníctva a smerujú k zjednodušeniu integrácie migrujúcich pracovníkov, ako Európska sociálna charta (revidovaná), Európsky dohovor o právnom postavení migrujúcich pracovníkov, Európsky dohovor o sociálnej a lekárskej pomoci a Európsky dohovor o sociálnom zabezpečení.

Okrem toho, s cieľom dosiahnuť väčšiu sociálnu súdržnosť v Európe a trvalé uplatňovanie Akčného plánu Varšavského summitu a Stratégie sociálnej súdržnosti, odporúčame, aby Výbor ministrov Rady Európy:

1. posilnil rozmer zdravotníctva pri budúcich akčných programoch Rady Európy s cieľom dosiahnuť väčšiu sociálnu súdržnosť;
2. pokračoval v podporovaní politík, ktoré začleňujú etický, sociálny a ľudskoprávny rozmer do politik zdravotníctva, s ohľadom na špecifické potreby zraniteľných skupín migrantov;
3. posilňoval úlohu Rady Európy ako strážcu ľudských práv a sociálnej súdržnosti, zahrnutím prvkov solidarity a medzikultúrneho dialógu v Európskych politikách zdravotníctva, ktoré zahŕňujú migrantov, utečencov a iných "ľudí v pohybe";
4. vyzval Európsky zdravotný výbor (CDSP), aby zohľadnil pri jeho budúcej práci etický a ľudskoprávny rozmer migrácie vrátane medzinárodného etického kódexu zdravotnej starostlivosti o „ľudí v pohybe“;
5. zveril Európskemu zdravotnému výboru (CDSP) vypracovanie pracovného programu o aktuálnych zdravotníckych výzvach vzťahujúcich sa na zraniteľné skupiny vrátane migrantov, utečencov, žiadateľov o azyl a Rómov a kočovníkov.

Bratislava, 23. XI. 2007

Poznámka redakcie: Dokument prijatý ako záverečná deklarácia 8. konferencie ministrov zdravotníctva krajín Rady Európy – *Ľudia v pohybe: Výzvy pre zdravotnícke systémy a ľudské práva*, Bratislava, 22. – 23. XI. 2007. Oficiálny preklad prevzatý z webovej stránky konferencie: <http://www.8ministryconference.com/> nebol redakciou korigovaný.

Zachovám úplný rešpekt voči ľudskému životu;
Nikdy nepoužijem svoje lekárske vedomosti v rozpore s ľudskými právami a občianskymi slobodami,
a to ani pod nátlakom;
Tento sľub robím slávnostne, slobodne a na svoju česť.

Svetová lekárska asociácia (WMA)
Ženevská deklarácia (1948, 2006)

BRATISLAVA DECLARATION ON MIGRATION, HEALTH AND HUMAN RIGHTS

Preamble

We, the Ministers of Health of the forty seven member states of the Council of Europe, gathered from 22 to 23 November 2007 in Bratislava on invitation of the Slovak government, at the Eighth European Conference of Health Ministers, organised by the Council of Europe, in our capacity as guardians of the health of our nations, recognise that:

The movement of people within and into Europe is a growing phenomenon, which presents challenges to health care services and human rights;

People on the move never fall into one single category; they may be immigrants, internally displaced, internal migrants, refugees, returnees, victims of trafficking, asylum seekers, irregular migrants and labour migrants, including health professionals;

The factors contributing to the continued push and pull of migration, such as poverty, war, climate change and lack of access to essential services will inevitably raise questions about the social integration and the health of the people who move;

We believe that we must work together to ensure that migration within and into Europe does not in any way adversely affect either the health of those who move or the population of the host country;

We are convinced that the health of the people on the move must be tackled on both sides of the migration process, for example by strengthening health care systems in sending countries and providing developmental assistance;

We similarly believe that if all member states coordinate their actions and update and share scientific data and information, rapid concerted responses to emerging public health threats can be found.

Therefore we, the ministers aware that:

As health issues concern all people on the move, regardless of age, gender and cultural diversity, when designing health policies, governments should take into account the cultural (including religious), social and economic diversity of these people;

The migration process is, even in the best possible circumstances, a stressful event, and as such this places a migrant at increased risk of falling prey to illness; internally displaced people are at even greater risk of mental and other diseases due to their long term desperation and lack of adequate health care services;

Socio-economic, cultural and linguistic barriers may pose obstacles both to people on the move seeking health services as well as to the service providers; these barriers can be exacerbated by lack of awareness and lack of understanding of available services;

Women and children as well as elderly persons need particular protection; they represent a sizeable proportion of all people on the move, have specific health needs and often risk exposure to economic, gender and sexual exploitation and violence;

The growing mobility of health care workers including mobility within the forty seven Council of Europe member states favours some countries while at the same time may deprive other countries of highly trained and much needed professionals,

Recall that:

For States party to these instruments:

- the European Social Charter (revised) (ETS 163) provides, where applicable, for the protection of the

health in the State parties (Article 11), the right to social and medical assistance (art.13) and affords protection for migrant workers (Article 19) and the elderly (Article 23);

- Article 3 of the *Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS 164)*, refers to the need to take appropriate measures to provide equitable access to health care of appropriate quality;

- *The European Convention on the Legal Status of Migrant Workers (ETS 093)*, Article 19, requires that "Each Contracting Party undertakes to grant within its territory, to migrant workers and members of their families who are lawfully present on its territory, social and medical assistance on the same basis as nationals" in accordance with the obligations it has assumed by virtue of other international agreements and in particular of the European Convention on Social and Medical Assistance of 1953;

Some Recommendations of the European Committee for the Prevention of Torture specifically relate to the health and well-being of foreign nationals deprived of their liberty;

Several Recommendations of the Committee of Ministers exist to ensure more comprehensive protection, notably Recommendation Rec(2006)18 on health services in a multicultural society, Recommendation Rec(2006)10 on better access to health care for Roma and Travellers in Europe and Recommendation Rec(2006)11 on trans-border mobility of health professionals and its implications for the functioning of health care systems,

Recognise that:

Well-managed migrants' health measures, including public health, promote the well-being of all and can facilitate the integration and participation of migrants within the host countries by promoting inclusion and understanding, contributing to social cohesion and enhanced development;

Greater involvement of women in the promotion and protection of migrant women's health allows for a better understanding and inclusion of migrant women in the health care systems of host countries, taking into account their special role in the raising of the next generation;

Someone's health should not be a ground for any exception to the principles and standards embodied in international migration law;

The member states will ensure that irregular migrants are able to access health care services in accordance with international treaties as may be in force at the time and national laws and policies,

To address the challenges that human mobility generates for human rights within the health field and for health care systems, we, the Ministers of Health of the Council of Europe member states,

Are resolved to:

Focus on ethical and human rights aspects when addressing health issues of people on the move through cooperation with other international organisations, including NGOs;

Consider the acceptance by States party to the European Social Charter (revised) of the provisions relating to the health and well-being in all member States and where applicable, to the health protection of migrant workers in the spirit of Article 19 of the European Social Charter (revised);

Work towards eliminating the practical obstacles and barriers to the enjoyment of any access to appropriate protection of health of all people on the move, including those in an irregular situation as far as emergency health care is concerned;

Work toward overcoming the barriers to the enjoy-

ment of the access to protection of health for people on the move through capacity building and awareness raising for health providers, policy makers, health management planners and health educators as well as other professions allied to health services delivery;

Take steps towards managing public health issues related to international migration by developing or strengthening partnerships between governments and organisations at international, national and community level, including voluntary associations;

Support public health research to enhance and strengthen national and international surveillance and information systems and to strengthen and support evidence-based programmes for the health of people on the move;

Take steps to reinforce and incorporate the health dimension into development and cooperation policy following the principle of "health in all policies";

Promote migrants' participation in programme planning, health services delivery, and evaluation;

Pay attention to the need for health measures, as appropriate and in accordance with the *International Health Regulations* (2005), on the arrival of migrants from high health risk populations so that they can be better cared for and redirected to the appropriate services;

Take steps to train and educate health-care providers, policy makers, health management planners and health educators, as appropriate, on addressing health-care issues associated with population mobility and disparities in health services between geographical locations;

Consider steps to make health services for the people on the move more sensitive to the aspects of age, gender and diversity by - for example - providing easily accessible information in relevant languages, or including availability of mediators where appropriate;

Address the particular vulnerability of people on the move to some infectious diseases such as TB, HIV/AIDS and STIs, seeking for better convergence in approaches to policies and strategies for prevention, control and treatment;

Take into consideration the needs of people on the move, with regard to chronic diseases including mental health;

Promote mechanisms in host countries to deal with specific health problems that may result from forced displacement such as provision of counselling and psychotherapeutic assistance and rehabilitation for victims of torture or trauma, including sexual and gender-based violence or other human rights violations;

Take steps to counteract practices that are harmful to women and girls, such as female genital mutilation and early or forced marriage, which may have serious health consequences;

Encourage host countries to consider the invitation of the Parliamentary Assembly in the Resolution 1509 (2006) to eliminate any requirement on health service providers and school authorities to report the presence of irregular migrants to the authorities;

Encourage host countries to provide access to health care to all persons entitled to international protection on the same basis as nationals, while ensuring that asylum seekers receive the necessary health care which includes emergency care and essential treatment of illness, and necessary medical or other assistance to those who have special needs;

Support civil society initiatives by women migrants for women migrants, especially where migrant women can act as mediators for social cohesion and tolerance;

Promote access to health information and health education for migrants, especially for young people; health education should include information on reproductive and sexual health, gender equality, nutrition and work-related accidents;

Reinforce an ethical approach in coordinating concerted action between countries of origin and host countries to manage the emigration of health professionals from countries that invested in their training;

And to this end recommend that

Those member States who have not yet done so considering signing and ratifying:

- those Council of Europe legal instruments covering health aspects that are aimed at facilitating the integration of migrant workers, such as the European Social Charter (revised), the European Convention on the Legal Status of Migrant Workers, the European Convention on Social and Medical Assistance, and the European Convention on Social Security.

In addition, and with a view to the achievement of greater social cohesion in Europe and continued implementation of the Action Plan of the Warsaw Summit and the Strategy for Social Cohesion, recommend that the Committee of Ministers of the Council of Europe:

1. strengthen the health dimension in the future activity programmes of the Council of Europe;
2. continue to promote policies incorporating the ethical, social and human rights dimension into health policies, taking account of specific needs of vulnerable groups, including migrants;
3. strengthen the Council of Europe's role as a guardian of human rights and social cohesion by including the components of solidarity and intercultural dialogue in European health policies, encompassing migrants, refugees and other "people on the move";
4. invite the European Health Committee (CDSP) to take into account, in its future work, the ethical and human rights dimension of migration including an international code of ethics in health care for "people on the move";
5. entrust the European Health Committee (CDSP) to develop a programme of work on the current health challenges of vulnerable groups including migrants, refugees, asylum seekers, and Roma and Travellers.

Bratislava, 23. XI. 2007

Editorial note: Adopted at the closing ceremony of the *8th Conference of the Ministers of Health of the Council of Europe Member States - People on the Move: Challenges for Health and Human Rights, Bratislava (Slovak Republic), 22. - 23. XI. 2007*. Text taken from the official web page of the conference: <http://www.8ministryconference.com/>

OF THE RIGHT TO LIFE

Pontifical Academy for Life

FINAL DECLARATION BY THE 13th GENERAL ASSEMBLY

1. On 23-24 February, the Pontifical Academy for Life organized an International Congress at the Vatican on the occasion of its 13th General Assembly. The topic of the Congress was: "Christian conscience in support of the right to life". Present were the Members of the Pontifical Academy for Life and other well-known experts from various countries, in addition to approximately 420 persons from around the world.

At the end of the meeting, on the basis of what emerged from the reports presented and from the lively and constructive discussion, the Pontifical Academy for Life offers the following considerations to the ecclesial community, the civil community and every person of good will for reflection.

2. "Deep within his conscience man discovers a law which he has not laid upon himself but which he must obey. Its voice, ever calling him to love and to do what is good and to avoid evil, tells him inwardly at the right moment: do this, shun that. For man has in his heart a law inscribed by God. His dignity lies in observing this law, and by it he will be judged" (*Gaudium et Spes*, n. 16).

Thus, acting in faithful obedience to the judgments of his own moral conscience, which honestly seeks good and is constantly nourished by known truth, every person expresses and realizes his human dignity deep within himself, edifying himself and the whole community through his own conscious and free choices.

3. So that man may always be guided in his actions by the judgment of his moral conscience to do good in truth, he must take every possible care of his continuing formation, nourishing it with values consonant with the dignity of the human person, with justice and with the common good, as the Holy Father recalled in his Address to the Pontifical Academy for Life:

"The formation of a true conscience, because it is founded on the truth, and upright, because it is determined to follow its dictates without contradictions, without betrayal and without compromises, is a difficult and delicate undertaking today, but indispensable" (Address to Participants in the 13th General Assembly of the Pontifical Academy of Life, 24 February 2007; *L'Osservatore Romano* English edition [ORE], 7 March, p. 3). The Christian's conscience, in particular, is fully enlightened in his search for good by a constant encounter with the Word of God, understood and lived in the Christian community according to the teachings of the Magisterium.

4. This need for continuing formation and a deepening of the conscience is very obvious today in the face of the many cultural and social problems which are surfacing and affect the right to life in the context of the family, in the assumption of the duties proper to married couples and to parents, in the health-care profession and in political tasks.

It is the ever more necessary and pressing task of the Christian conscience, taking on authentic human values and starting with the fundamental value of respect for life in its physical existence and dignity, to view such problems in the light of reason illumined by faith in forming opinions on the moral value of one's own acts.

5. Furthermore, we cannot overlook the many difficulties that the Christian conscience of believers meets today in forming an opinion and in reasoning. These difficulties are due to the cultural context in which they live and in which they are experiencing the crisis of "authority", loss of faith and all too often a tendency to seek refuge in forms of extreme rationalism.

In addition to the cultural context, another area that tests the Christian conscience is constituted by the juridical norms in force, both those that are codified and those defined by tribunals and the sentences passed by tribunals, which increasingly and under strong pressure from united and influential groups have opened and are opening the ruinous breach of decriminalization: exceptions to the individual's right to life are foreseen, various attacks on human life are being every more widely legalized, and indeed end by denying that life is the basis of every other right of the individual and that the respect due to the dignity of every human being is the basis of freedom and responsibility.

In this regard, Benedict XVI has recalled that "the Christian is continually called to be ever alert in order to face the multiple attacks to which the right to life is exposed" (*ibid.* p. 3).

6. The specific requirements of the Christian conscience encounter their acid test in their application to the health-care professions; here, Christians face both their duty to protect human life and the risk of finding themselves in situations where in carrying out their professional duties they are cooperating with evil.

In such situations, the dutiful exercise of a "courageous conscientious objection" acquires importance on the part of doctors, nurses, pharmacists and administrative personnel, judges and parliamentarians, and other professional figures directly involved in the protection of individual human life, wherever the legislative norms provide for actions that threaten it.

However, at the same time it should also be stressed that recourse to conscientious objection occurs today in a cultural context of ideological tolerance, which paradoxically sometimes tends not to encourage the acceptance of the exercise of this right since it is a "destabilizing" element of the quietism of the conscience.

We wish to highlight that the exercise of the right to conscientious objection is particularly difficult for the health-care professions, since this right is normally recognized as the right of an individual and not of hospital structures or associations.

In the field of medical practice, the case of "emergency contraception" (generally using chemical expedients) may be mentioned. It is necessary first of all to recall the moral responsibility of those who make their use possible at various levels, and the need for recourse to conscientious objection since the effects of this form of contraception are abortive (preventing implantation or gestation). The moral duty to provide the public with complete information on the various mechanisms of action and the effects of these expedients should also be reasserted.

This of course goes hand in hand with the duty to oppose any medical intervention or research that is destined to destroy human life.

7. The mobilization of all who have at heart the protection of human life seems increasingly appropriate and must be extended to politics. Respect for the principle of equality that demands the rights of all to be honoured and protected, especially in the case of the frailest and most defenceless beings, is an indispensable requirement of justice.

We present anew and with conviction the specific teaching concerning conscientious objection that is presented in the Encyclical *Evangelium Vitae* (cf. nn. 72, 73, 74), particularly in the perspective of the adherence of Christians to programmes proposed by political parties.

We are also hoping for legislation that will complete Article 18 of the Universal Declaration of Human Rights, proclaimed in 1948 by the United Nations to guarantee the right to conscientious objection and to defend this right against all forms of discrimination in the areas of work, education and the attribution of benefits by governments.

8. To conclude, we present anew the desire expressed by the Holy Father as a message of hope and of commitment in order to contribute to building a human society in proportion to man: "Therefore, I ask the Lord to send among you, dear brothers and sisters, and among those dedicated to science, medicine, law and politics, witnesses endowed with true and upright consciences in order to defend and promote the "splendour of the truth" and to sustain the gift and mystery of life.

I trust in your help, dearest professionals, philoso-

phers, theologians, scientists and doctors. In a society at times chaotic and violent, with your cultural qualifications, by teaching and by example, you can contribute to awakening in many hearts the eloquent and clear voice of conscience" (*Address, ORE, op. cit., p. 4*).

Originally Published in "L'Osservatore Romano" - Weekly Edition in English, April 18, 2007, p. 8. The text was taken from the web site of the Pontifical Academy for Life - www.academiavita.org/

SPRÁVY / REPORTS

Využitie kmeňových buniek z pupočníkovej krvi na výskum a liečbu

Konferencia s medzinárodnou účasťou, Bratislava, SR
4. V. 2007

Konferenčná miestnosť Onkologického ústavu sv. Alžbety v Bratislave bola dňa 4. mája 2007 miestom, kde sa zišla zaujímavá interdisciplinárna odborná, resp. vedecká komunita k verejnej diskusii na tému „Využitie kmeňových buniek z pupočníkovej krvi na výskum a liečbu“ [*angl. Umbilical Cord Blood Banking Use in Research and Care*].

Konferencia sa konala pod záštitou poslanca Európskeho parlamentu Miroslava Mikolášika a v spolupráci so Slovenským registrom placentárnych krvotvorných buniek (Eurocord Slovakia). Odborným garantom podujatia bola Slovenská hematologická a transfuziologická spoločnosť. Rokovacími jazykmi boli slovenský a anglický jazyk.

Hlavným prednášateľom bol profesor bioetiky a medicínskych inovácií Gregory Katz-Benichou (ESSEC Business School, Cergy, Francúzsko). Vo svojom príspevku s názvom *Banky pupočníkovej krvi: ekonomické modely a terapeutické výzvy*, oboznámil účastníkov s pozitívmi a úskaliami troch v súčasnosti aktuálnych prístupov k problému odberu a uskladnenia (bankingu) kmeňových buniek z pupočníkovej krvi z celosvetového ekonomicko-medicínskeho pohľadu. Argumenty v prospech rozvoja bánk pupočníkovej krvi sústredil na kvalitu poskytovania zdravotníckej starostlivosti, dostupnosť príslušného biologického materiálu ľudského pôvodu pre tých, čo ho potrebujú, a na kapitálovú návratnosť pri systematickej tvorbe registrov. Vyzdvihol pozitíva prepojenia registrov a bánk pupočníkovej krvi v celosvetovom meradle a vyjadril obavy nad situáciou krajín, kde sa odberu nevenuje dostatočná pozornosť. V závere zdôvodnil prednosti získania ľudských kmeňových buniek prostredníctvom odberu pupočníkovej krvi hneď po pôrode - ako efektívne, ekonomicky najmenej nákladné, časovo bezrizikové a eticky najmenej diskutabilné.

Príspevky predstaviteľov Slovenskej hematologickej a transfuziologickej spoločnosti a Slovenského registra placentárnych krvotvorných buniek (Eurocord-Slovakia) boli zamerané na popis aktuálneho stavu transplantácie krvotvorných buniek na Slovensku. Autori sa informovali o podmienkach odberu krvotvorných buniek z pupočníkovej krvi a o aktuálnej situácii registrov a bánk pupočníkovej krvi v Slovenskej republike (SR).

V rámci tlačovej konferencie sa zhrnuli závery tohto zaujímavého podujatia pre širšiu verejnosť. V nich sa zdôraznilo, že 1. stav bánk pupočníkovej krvi v SR je v porovnaní s inými novými členskými resp. prístupovými krajinami Európskej únie v pomerne dobrom stave; 2. spojené úsilie Slovenského registra placentárnych krvotvorných buniek (Eurocord-Slovakia) a Slovenskej hematolo-

gickej a transfuziologickej spoločnosti by malo v čo možno najkratšom čase začať systémovú osvetu širšej verejnosti so zameraním na mladé rodiny. Zároveň budú potrebné aj ciele školenia gynekológov a zdravotníckeho personálu pre realizáciu „národného programu“; a 3. mal by sa vypracovať plán na podporu tvorby databázy vzoriek pupočníkovej krvi, ktorý by umožnil pracoviskám v SR zapojenie do príslušných medzinárodných projektov a spolupráce.

Mgr. Katarína Glasová, PhD.
ÚMEB, n. f., Bratislava

Konferencia s medzinárodnou účasťou - Život je dar Brno, CZ, 12. - 14. X. 2007

V dňoch 12. - 14. októbra 2007 sa v rámci III. brnenských bioetických dní konalo sympóziu s medzinárodnou účasťou s názvom „Život je dar.“ Usporiadatelia [1] program tematicky orientovali ako pripomienku 20-teho výročia vydania inštrukcie Kongregácie pre náuku viery „O rešpektovaní ľudského života a dôstojnosti plodenia“, známejšiu pod názvom inštrukcia „Donum Vitae“. Tento dokument vyšiel v roku 1987 a podpísal ju vtedajší prefekt Kongregácie pre náuku viery - kardinál Jozef Ratzinger, súčasný pápež Benedikt XVI. Inštrukcia dosiaľ predstavuje jeden z najvýznamnejších dokumentov Katolíckej cirkvi v oblasti bioetiky.

Hlavnou témou prednášok a diskusií konferencie boli aktuálne bioetické problémy spojené s počiatkom ľudského života. Erudovaný interdisciplinárny pohľad prírodovedcov, teológov a filozofov obohatili živé vstupy z radov účastníkov konferencie, ktoré odozneli počas diskusií. Neformálne diskusie účastníkov pokračovali aj po ukončení oficiálneho denného programu konferencie v príjemnom prostredí pohostinných brnenských kaviarní a reštaurácií.

Program konferencie zahrnul rôzne prístupy k riešeniu bioetických otázok. Okrem spomínaného filozofického, teologického, či prírodovedného hľadiska sa problematika začiatku ľudského života skúmala aj v perspektíve rodinnej a sociálnej politiky; ako aj so zohľadnením výsledkov najnovších výskumov v oblasti medicíny, psychológie, genetiky, práva; či riešenia (post)moderných, zložitých morálnych dilem (klonovanie, eutanázia, výskum na ľudských kmeňových bunkách atď.) alebo praxe prirodzeného plánovania rodičovstva. Prednášky mali prehľadový, interdisciplinárny charakter. V niektorých prípadoch išlo aj o vyjadrenie osobného postoja, resp. svedectva. [2]

III. brnenské bioetické dni významne prispeli k diskusi na tému „etika a začiatok ľudského života“. Pozvali k dialógu nielen medzinárodných odborníkov v oblasti bioetiky, ale aj mnohých sympatizantov hnutia pro-life v Českej republike a na Slovensku.

Mgr. Katarína Glasová, PhD.
ÚMEB n. f., Bratislava

Poznámky

[1] Zoznam usporiadateľov konferencie „Život je dar“: Česká biskupská konference, Cyrilometodějská teologická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Centrum praktických študií Fakulty sociálnych študií Masarykovy univerzity v Brne, Bioetické centrum Hippokrates, Kolégium katolíckych lekárov.

[2] Okrem Zborníku vybraných abstraktov, ktorý bol

účastníkom k dispozícii už počas konferencie, organizatori (Bioetické centrum Hippokrates, Kolégium katolíckych lekárov) v súčasnosti pripravujú zvláštne číslo časopisu *Bioetika – Scripta Bioetika* (www.volny.cz/bioetika) s najzávažnejšími príspevkami konferencie.

Medzinárodná konferencia – vplyv globalizácie na médiá, kultúru a vzdelávanie Smolenice, Slovenská republika, SR, 15. – 17. X. 2007

V dňoch 15. – 17. októbra 2007 sa v zámockých priestoroch Kongresového centra Slovenskej akadémie vied (SAV) v Smoleniciach rozvinula pozoruhodná interdisciplinárna diskusia na tému globalizácie, jej vplyvu na médiá, kultúru a vzdelávanie. Odborníci z rôznych vedných oblastí [1] a rôznych kútov sveta [2] sa zišli, aby popísali a analyzovali súčasný stav procesov globalizácie, identifikovali najviac zasiahnuté vedné oblasti i vrstvy spoločnosti – a pokúsili sa vymedziť určité hranice, za ktoré by tendencia celosvetového zovšeobecnenia nemala zasahovať.

Hlavnou témou konferencie sa stala otázka prínosu globalizácie pre ľudí z rôznych regiónov Európy. Vznikom Európskej únie sa do veľkého celku spojili rôznorodé kultúry, tradície, etniká; svojrázne, hrdé národy s bohatou minulosťou, často precitlivené na zachovanie vlastnej identity; obrovská masa ľudí s nie veľkým záujmom komunikovať, a nie to ešte sa dohodnúť. Napriek medzinárodnej záštite a spolupráci so špičkovými odborníkmi napríklad aj Európsky parlament pôsobí na mnohých ľudí ako málo funkčný, neprehľadný kolos, plný rôznych kompromisov, ktoré sa niekedy zdajú zachádzať príďaleko. Trendu bezbrehého zovšeobecňovania sa dnes rovnako desí liberálny individualista, sociálny komunitarista, konzervatívny autonomista, či komunista. Hranica ľudskej dôstojnosti, slobôd, práv a zodpovednosti sa neraz presúva akoby na bedrá každého jednotlivca (proklamovaná snaha o demokratickú „participáciu“ všetkých a každého), inokedy akoby visí v nedohľadnom, imaginárnom „vzduchoprázdné“ národných, či nadnárodných inštitúcií.

Napriek očividne negatívne podtónu, s akým sa na verejnosti hovorí o inštitúciách európskeho rozmeru, práve v nich sa odohráva množstvo pozitívnych rozhodnutí pre spoločné dobro postavené na prirodzenom zákone, ktorý po mnohých storočiach znova aspiruje stať sa medzinárodným právom. V odborných kruhoch však vládne neistota. Zmätkov v terminológii, fobie z ideológií, aktuálne nebezpečenstvo utópií naháňa strach.

Vzhľadom k mnohým rezultujúcim problémom, sa aj účastníci konferencie zhodli, že usporiadanie takéhoto medzinárodného stretnutia bolo nanajvýš aktuálne a potrebné. Dôkazom toho bola aj živá diskusia tak počas samotných rokovaní oficiálneho programu konferencie, ako aj po jeho skončení – v nádhernom prostredí romantických zámockých priestorov.

Globalizácia znamená náročnú všestrannosť pri súčasnom zachovaní autonómie osoby, ako aj nedotknuteľnosti integrity a identity osobnosti. Hranicou je a ostáva rešpektovanie a úcta k ľudskej dôstojnosti. Sokratova výzva, že dôležité je dôkladne poznať najskôr samého seba (práva a povinnosti), aby si bol človek vôbec schopný uvedomiť, čo všetko ešte nevie, a zároveň aby bol schopný uznať, že všetko v rozpätí a hraniciach narastajúcich celosvetových možností ani nebude vedieť, je stále aktuálna.

Z tém konferencie vyberáme: Ľudské práva ohrozené mocou a relativizmom. Sloboda človeka v globalizovanom svete. Zmysel umenia v globalizovanom svete. Vplyv globalizácie a IT veku na duchovnosť a spiritualitu človeka. Múdrosť v kontexte súčasnej vedy. Právo na život a liečbu novorodencov s vrodeným rozštepom chrbtice.

Vedie vedecký a technologický pokrok v medicíne k lepšiemu zdravotnému stavu obyvateľstva? Rešpektuje vzdelávací systém globálne spoločenské zmeny v lekárskej profesii? Psycholingvistika a globalizácia. Trendy v médiách a potreba mediálneho vzdelávania. Vplyv globálnych médií na osudy a myslenie ľudí. Globalizácia médií a informačná spoločnosť. Súčasný problémy pri uplatňovaní Dekalógu. Čo môže kresťanstvo priniesť pre vzdelávanie a vedu v globalizovanom svete. Fyzika a kultúra v čase globalizácie. Zlepšenie humánosti (napriek rizikám) v informačnej dobe. Odbornosť a systémovosť politických rozhodnutí v bezpečnostných zložkách v čase globalizácie. Médiá a kriminalita. Šport a médiá v globalizovanom svete. Témy, kompromisy a rezervy slovenských médií. Časopis *Forum scientia a sapientiae* v informačnej Európe.

Bohatý odborný program dopĺňala výstava umeleckých diel akademickej maliarky Xénie Bergerovej, ktorá poskytovala nielen potešenie očiam, ale i oddych chvíľami azda unavenej mysli. Účastníci sa mohli oboznámiť aj s najnovšími odbornými publikáciami SAV, redakcie časopisu *Forum scientia a sapientiae*, ako aj inými hodnotnými príspevkami k globálnemu pohľadu na svet.

Mgr. Katarína Glasová, PhD.
ÚMEB, n. f., Bratislava

Poznámky

[1] Psychológia, medicína, filozofia, sociológia, teológia, kriminológia, lingvistika atď.

[2] Na konferencii sa zúčastnili účastníci z nasledovných krajín: Belgicko, Česká republika, Japonsko, Nemecko, Nórsko, Poľsko.

[3] Konferenciu pripravila redakcia časopisu *Forum scientiae et sapientiae* v Kongresovom centre SAV v Smoleniciach v rámci projektu a s podporou Európskeho sociálneho fondu. Záštitu nad konferenciou prevzal Ján Figeľ, člen Európskej komisie zodpovedný za vzdelávanie, odbornú prípravu, kultúru a mládež.

Ľudia v pohybe: Výzvy pre zdravotnícke systémy a pre ľudské práva Konferencia ministrov zdravotníctva krajín Rady Európy, Bratislava, SR, 22. – 23. XI. 2007

V dňoch 22. – 23. novembra 2007 sa v historických priestoroch budovy Slovenskej filharmónie (Reduta) v Bratislave uskutočnila 8. konferencia ministrov zdravotníctva krajín Rady Európy, ktorej témou bola aktuálna problematika migrácie v európskom (i globálnom) kontexte. Titul konferencie – „Ľudia v pohybe: Výzvy pre zdravotnícke systémy a pre ľudské práva“ vyjadroval jej zameranie na oblasť ľudských práv migrantov – ‘ľudí v pohybe’ vo vzťahu k zabezpečeniu potrebnej zdravotnej starostlivosti vzhľadom na špecifickú životných situácií a zdravotných potrieb rôznych kategórií migrujúcich osôb.

Hlavným garantom odbornej náplne a politického obsahu konferencie bol Generálny sekretariát Rady Európy (RE) v Štrasburgu, konkrétne Európsky zdravotný výbor (EZV) RE. Národným garantom a hlavným organizátorom podujatia bolo Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR). Konferencia sa konala ako jedna z najvýznamnejších akcií na území SR počas Slovenského predsedníctva Rady ministrov RE (november 2007 – máj 2008) pod záštitou predsedu vlády SR. Konferenciu slávnostne otvoril generálny tajomník Rady Európy – pán Terry Davis.

Z pohľadu verejného zdravotníctva predstavujú ‘ľudia v pohybe’ výrazne diferencovanú a pomerne početnú skupinu osôb so špecifickými zdravotnými potrebami. Tieto potreby sa nezriedka odlišujú od aktuálnych zdra-

votných potrieb obyvateľstva 'prijímajúcej krajiny'. Účastníci konferencie sa podrobne zaoberali zvláštnosťami zdravotných potrieb migrujúcich osôb, ich možnými dopadmi na verejné zdravie v 'prijímajúcich krajinách', ako aj novo vznikajúcimi požiadavkami na systémy zdravotnej starostlivosti. Hľadanie efektívnych riešení tejto naliehajúcej problematiky zdôraznilo požiadavku zabezpečenia primeranej zdravotnej starostlivosti, rešpektujúcej dôstojnosť a ľudské práva „ľudí v pohybe“.

Samotnému konaniu konferencie predchádzala intenzívna odborná a politická príprava, ktorú inicioval a koordinoval Medzinárodný odborný výbor konferencie, koreaný z iniciatívy MZ SR v spolupráci s EZV RE. Výsledkom týchto príprav a mnohých multilaterálnych konzultácií bol bohatý odborný program podujatia a návrh textu záverečnej deklarácie.

Rokovania konferencie prebiehali v štyroch sukcesívnych pracovných sekciách.

Prvá pracovná sekcia bola venovaná problematike migrácie a mobility z regionálneho (rôzne regióny, resp. krajiny Európy) a z globálneho pohľadu. Poukázala na výraznú dynamiku migračných procesov, ktorá je výsledkom intenzívnych politických, ekonomických, demografických a kultúrnych zmien prebiehajúcich na samotnom európskom kontinente. Tieto zároven čoraz tesnejšie súvisia so zmenami a udalosťami v iných častiach sveta (napr. e/migrácia osôb z rôznych krajín Afriky a Ázie).

Nasledujúca pracovná sekcia sa zamerala na otázky rešpektovania a ochrany ľudských práv migrantov vo vzťahu k zabezpečeniu zdravotnej starostlivosti. V tretej sekcii sa bližšie analyzovala komplexná problematika zdravia a zdravotnej starostlivosti o migrantov, ako aj možnosti a limitujúce problémy jej zabezpečenia v podmienkach jednotlivých systémov zdravotníctva, s ohľadom na aktuálnu situáciu a spravodlivé zabezpečenie zdravotných potrieb obyvateľstva 'prijímajúcej krajiny'.

Štvrtá pracovná sekcia sa zamerala na hľadanie východísk a modelov efektívneho riešenia nastolených problémov, vrátane nových možností účinnej regionálnej (bilaterálnej a multilaterálnej) i celoeurópskej medzinárodnej spolupráce. Zvlášť poukázala na nutnosť lepšej spolupráce medzi 'vysielajúcimi' a 'prijímajúcimi' krajinami, kde v súčasnosti existuje nielen značná asymetria, ale aj určité konkrétne možnosti riešenia.

Konferencia sa dotkla aj problému migrácie zdravotníckych pracovníkov – tak lekárov, ako aj sestier. Za delegáciu SR – popri oficiálnych príhovoroch predsedu vlády a ministrov zdravotníctva a zahraničných vecí – vystúpili v odbornom programe konferencie traja zástupcovia: Ing. B. Prieceľ, riaditeľ MÚ MV SR (v sekcii I.), doc. MUDr. J. Glasa, vedúci ÚMEB n. f. (v sekcii II.) a MUDr. A. Hochel, generálny riaditeľ SZ MZ SR (v sekcii III);

Na záver rokovania delegácie zúčastnených krajín RE jednomyselne prijali záverečný text „**Bratislavskej deklarácie o migrácii, zdraví a ľudských právach**“ (uverejňuje sa v tomto čísle časopisu na inom mieste – pozn. aut.). V deklarácii sa konštatuje, že migrácia osôb v rámci Európy a do Európy je narastajúcim a dynamickým fenoménom, ktorý prináša nové výzvy aj pre oblasť služieb zdravotnej starostlivosti. Ministri zdravotníctva členských štátov RE sa v deklarácii sa zaväzujú, že budú postupne odstraňovať prekážky a bariéry, ktoré bránia prístupu k primeranej ochrane zdravia a zdravotnej starostlivosti pre všetkých 'ľudí v pohybe', že podporia výskum v oblasti verejného zdravotníctva, účasť zástupcov migrantov na plánovaní programov v oblasti zdravotníckych služieb, zohľadnia potreby 'ľudí v pohybe' s ohľadom na chronické choroby, vrátane duševného zdravia, podporia etický prístup k migrantom, zabezpečia primerané zdelávanie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v súvislosti s mobilitou obyvateľstva, posilnia začlenenie zdravotného rozmeru do politiky rozvoja a spolupráce v súlade s dôsledným uplatňovaním princípu „zdravie prítomné vo všetkých politikách“.

Z iniciatívy SR sa v texte deklarácie objavila požiadavka na vypracovanie medzinárodného dokumentu o etických princípoch poskytovania zdravotnej starostlivosti „ľuďom v pohybe“ (pravdepodobne vo forme medzinárodného etického kódexu; odporúčanie č. 4).

Minister zdravotníctva SR v záverečnom prejave zdôraznil, že SR sa chce aktívne zúčastňovať na tvorbe a realizácii projektov, ktoré budú prínosom v problematike migrácie, a SR je pripravená niesť svoj podiel zodpovednosti za prijaté opatrenia v oblasti verejného zdravia.

Konferencia, podľa hodnotenia účastníkov, patrila svojím odborným obsahom, závažnosťou riešenej problematiky, prijatými uzneseniami (*Bratislavska deklarácia*) i perfektným organizačným a spoločenským zvládnutím náročného programu zo strany organizátorov k najúspešnejším v doterajšej histórii konferencií ministrov zdravotníctva členských krajín RE. Účastníci vyjadrili presvedčenie, že dôsledná aplikácia záverov konferencie by mohla prispieť k zlepšeniu situácie 'ľudí v pohybe', predovšetkým v oblasti zabezpečenia potrebnej zdravotnej starostlivosti v súlade s požiadavkami rešpektovania ich dôstojnosti a ľudských práv.

Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.
tajomník Medzinárodného odborného výboru
8. konferencie ministrov zdravotníctva RE

Podrobnejšie informácie sú k dispozícii na oficiálnej webovej stránke konferencie <http://www.8ministryconference.com>

Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Redakčná rada/Editorial Board: M. Babál[†], J. Ďačok, R. Fridrych, K. Glasová, M. Glasová, T. Krčméryová, J. Labus, J. Matulník, J. Palaščák, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák, V. Žilínek ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A. Bajan, I. Ďuriš, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčméry ml., M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, F. Makai, E. Mathčová, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, N. Y.), H. Glasová (London), T. Hope (Oxford), L. Gormally (London), H. Klaus (Washington, DC), S. Leone (Palermo), T. Lajkep (Brussels), M. Munzarová (Brno), R. H. Nicholson (London), J. Payne (Prague), R. Pegoraro (Padua), D. Sacchini (Rome), A. Slabý (Praha), A. Spagnolo (Rome), J. Šimek (Praha), K. Šipr (Brno), H. Watt (London) ■ Výkonný redaktor/Executive Editor: K. Glasová ■ Adresa redakcie/Address: Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f./Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f., Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (+421-7) 59369472 ■ Registrované MK SR číslo 964/94. ■ Published by Charis Publishing House, Ipeľská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics n.f., Bratislava.

Included into Medline and Bibliographia medica slovac
<http://www.imeb.sk>

ISSN 1335-0560

PRINTED IN SLOVAKIA

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics, založený ako časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave. Je určený pracovníkom etických komisií v Slovenskej republike, ako aj najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti. Má tiež za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prináša informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, reprinty legislatívnych materiálov a smerníc pre oblasť bioetiky, listy redakcie a recenzie. Príspevky a materiály uverejňuje v slovenskom alebo anglickom jazyku. Vybrané materiály vychádzajú dvojjazyčne. Vedecké práce publikované v časopise musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám (pozri Pokyny prispievateľom).

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics, founded as the journal of the Institute of Medical Ethics & Bioethics in Bratislava. It aims to serve the informational and educational needs of the members of ethics committees in the Slovak Republic and the broadest medical and health audience as well. It aims also to enhance the international exchange of information in the field of medical ethics and bioethics. The information published comprises news, original papers, review articles, reprints of national and international regulatory materials, letters, reviews. Contributions and materials are published in Slovak or English. Selected materials are published in both languages. Scientific papers published in ME&B must respect the usual international standards (see Instructions for authors)



sanofi-aventis Pharma Slovakia s.r.o.
Žitná 7-9, 811 05 Bratislava, tel.: 02-57 108 763, fax: 02-57 108 712
www.sanofi-aventis.sk



sanofi aventis

Prečo sa s nami oddeľ