

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra teologické a sociální etiky

Bakalářská práce

ETICKÉ ASPEKTY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY

Vedoucí práce: Mgr. Martina Pavelková

Autor práce: Mgr. Barbora Široká

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

2011

Bakalářská práce v nezkrácené podobě

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 28. 3. 2011

Podpis studenta

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Martině Pavelkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 Lidský život	8
1.1 Hodnota lidského života.....	8
1.2 Člověk a osoba – rozdílnost pojetí	9
1.2.1 Vymezení statutu embrya.....	10
1.3 Antropologické a právní aspekty lidského života.....	11
2 Preimplantační a prenatalní diagnostika	13
2.1 Preimplantační genetická diagnostika	13
2.2 Prenatální diagnostika	13
2.2.1 Neinvazivní metody prenatalní diagnostiky	14
2.2.2 Invazivní metody prenatalní diagnostiky	15
3 Bioetika	19
3.1 Vznik a vývoj bioetiky	19
3.2 Přístupy a koncepce bioetiky	20
3.2.1 Přístupy bioetiky.....	20
3.2.2 Čtyři koncepce bioetiky.....	21
3.3 Bioetické principy s důrazem na etické hodnoty.....	21
3.3.1 Princip lidské důstojnosti osoby	22
3.3.2 Princip totality a integrity.....	23
3.3.3 Princip správcovství (služebnosti) a kreativity.....	23
3.3.4 Princip správného svědomí a informovaného souhlasu	24
3.3.5 Princip profesionální komunikace	25
3.3.6 Princip společného dobra a subsidiarity	25
3.3.7 Princip dvojího účinku	26
3.3.8 Princip legitimní kooperace.....	26
3.3.9 Princip personalizace sexuality	27
3.3.10 Princip růstu skrze utrpení.....	27
3.4 Medicínská etika.....	27
3.4.1 Etika lékařské péče.....	28
3.4.2 Lékařský paternalismus a partnerství	28
3.4.3 Etické kodexy	29
3.4.4 Genetické poradenství	30
4 Etická reflexe	32
4.1 Zhodnocení preimplantační diagnostiky z pohledu bioetiky.....	32
4.2 Zhodnocení prenatalní diagnostiky z pohledu bioetiky.....	34
4.2.1 Neinvazivní metody z pohledu bioetiky	34
4.2.2 Invazivní metody z pohledu bioetiky	35
4.3 Aktuální situace v ČR.....	37
4.3.1 Současná praxe	37
4.3.2 Genetický screening – různé pohledy.....	39
4.3.3 Prenatální diagnostika a její úskalí.....	40
4.4 Konkrétní kazuistiky	41
4.4.1 Závěr vyplývající z uvedených kazuistik	43

ZÁVĚR.....	44
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	45
ABSTRAKT.....	49
ABSTRACT.....	50

ÚVOD

Rozhodla jsem se pro téma Etické aspekty prenatalní diagnostiky proto, že s problémy, které s tímto tématem souvisejí, přicházím do kontaktu při své práci. Pracuji jako odborná sociální a vztahová poradkyně v Poradně pro ženy a dívky OS ONŽ¹ v Českých Budějovicích. V naší poradně často zprostředkovaně narážíme na problémy spojené s léčením neplodnosti a s prenatalní diagnostikou. Věda a technika umožňují provádět vyšetření, o jakých se lékařům dříve ani nesnilo. Tato vyšetření však u fyziologického těhotenství nejsou nutná. Ženy to podvědomě cítí a četným vyšetřením se brání. S mnoha ženami – pacientkami se při tom zachází nedůstojně, jako by nebyly svéprávné a schopné samostatného rozhodnutí. V našich zdravotnických zařízeních, jak se zdá, stále převládá paternalistický přístup ze strany lékařů i zdravotníků. Navzdory všem etickým kodexům jsou pacientky často informovány jen částečně nebo vůbec a je jim dáváno najevo, že medicínské problematice nerozumí, a proto nemají kompetenci rozhodovat o svém případě. Poškozené ženy hledají často pomoc a terapii u pracovníků pomáhajících profesí. Většinou to bývá v situaci, kdy už došlo k nějaké fatální ztrátě nebo pochybení (ztráta dítěte, krize manželství apod.). Poradenský nebo terapeutický proces může trvat v takových případech velmi dlouho a někdy se musí i opakovat. Je totiž skutečně těžké a náročné vrátit takové klientce ztracené sebevědomí a zbavit ji pocitu viny za vzniklou situaci. Takové ženy mívají problémy i v partnerském a rodinném životě.

Dalším důvod pro napsání mé práce je ten, že podle mého názoru nejsou v naší zemi postupy prenatalní diagnostiky reflektovány z hlediska bioetiky. Proto se chci v této práci pokusit aplikovat poznatky a principy bioetiky na postupy používané v preimplantační a prenatalní diagnostice.

Převládající medicínský přístup k prenatalní diagnostice má mnoho negativních důsledků. Patří mezi ně větší náročnost na čas, počet a vzdělání personálu a technické vybavení. Další negativum je skutečnost, že ženy jsou nemocničním prostředím a zásahy do průběhu porodu zbytečně negativně psychicky ovlivňovány. V extrémním případě hrozí, že těhotné ženy a jejich děti budou zbytečnými zásahy poškozeny.²

Cílem mé bakalářské práce je popsat problémy a metody prenatalní diagnostiky z etického hlediska. Dalším cílem je zhodnocení preimplantační a prenatalní diagnostiky z hlediska bioetických principů.

Ve své práci vycházím z aktuálních teoretických poznatků v oboru bioetiky, shrnutých zejména v publikacích Josefa Petra Ondoka, Marka Orko Váchy a dalších současných autorů.

Nyní předkládám úvod ke struktuře celé práce.

¹ OS ONŽ – občanské sdružení Opora a naděje ženám

² LÁBUSOVÁ, E.: *Cesty ke spokojenému porodu* [online].

První kapitola mé bakalářské práce je zaměřená na definování pojmů lidský život, člověk a osoba, zabývá se hodnotou lidského života a aspekty života z pohledu biologie, antropologie a práva.

Druhá kapitola mé práce sleduje odborné medicínské hledisko preimplantační a prenatalní diagnostiky s podrobným popisem jednotlivých vyšetřovacích metod.

Ve třetí, nejrozsáhlejší kapitole mé práce jsem se zabývala původem, východisky a principy bioetiky a konkrétním popisem jednotlivých bioetických principů. Část kapitoly je věnována i medicínské etice, která je součástí bioetiky a důležitou vědní disciplínou v oboru lékařství.

Poslední, čtvrtou kapitolu své bakalářské práce jsem věnovala etické reflexi preimplantační a prenatalní diagnostiky s konkrétní aplikací jednotlivých principů na invazivní i neinvazivní metody prenatalní diagnostiky, popisu aktuální situace v České republice z pohledu současné praxe viděné očima profesionálů a genetickému screeningu v České republice. Na závěr kapitoly uvádím konkrétní kazuistiky těhotných žen, které se obrátily na naši poradnu.

V závěru práce shrnuji poznatky a závěry z etické reflexe a upozorňuji na úskalí prenatalní diagnostiky v současném pojetí v naší zemi.

1 Lidský život

Prenatální diagnostika předchází narození člověka. Podmínkou existence každého člověka je život. Obor etiky, který se zabývá otázkami kolem života, se jmenuje bioetika. Ta hledá odpověď na dvě základní otázky:

1. Je člověk bytostí, která musí mít úctu k svému i cizímu životu, nebo je jeho neomezeným pánem?
2. Kdy vlastně můžeme o životě mluvit, tedy kdy existence člověka začíná a kdy končí? ³

Těmito otázkami se zabývá i filosofická etika. Filosofické pojetí osoby nám pomáhá získat podstatná kritéria pro klíčová rozhodování v oblasti zdraví, života, jeho počátku i konce.

Podle křesťanské filosofické etiky my sami nejsme neomezenými pány svého života, spíše jsme jeho správci. Cílem a smyslem života je v tomto kontextu přijetí odpovědnosti za vlastní život a spoluodpovědnost za život druhých. ⁴

1.1 Hodnota lidského života

Téma hodnoty lidské existence a důstojnosti lidského života patří mezi nejdůležitější otázky, které si přemýšlivý a zodpovědný člověk klade. Ve společnosti také probíhá na toto téma intenzivní diskuse. Děje se to v souvislosti s aktuálními tématy jako např. eutanazie, umělé oplodnění nebo klonování. Současné pokroky na poli vědy, techniky i ekonomiky nám stále palčivěji kladou otázku, jakou hodnotu má dnes pro nás člověk. Je to zásadní otázka pro lidstvo v přítomnosti i v budoucnosti. Je snad člověk jen pouhý biologický nástroj, nebo má také transcendentní rozměr? Proč vlastně máme mít ke druhým úctu a respektovat jejich důstojnost? ⁵

Pojetí hodnoty lidského života se může v různých kulturách výrazně lišit. Některé kultury např. nepovažují lidský život za hodnotný u jiných skupin lidí (cizí kmeny, jiné rasy) nebo v určité situaci (např. vdovy nebo sebevražední atentátníci).

Základním pilířem západní křesťanské a humanistické tradice pojetí člověka je velká úcta k lidskému životu, i když v dějinách západní civilizace to v některých obdobích a režimech neplatilo. V rámci této západní tradice jsou pro odůvodnění hodnoty života používány tyto hlavní argumenty⁶:

- a) Člověk má rozum a svobodnou vůli.
- b) Člověk žije ve vztahu s druhými lidmi, může dávat a přijímat lásku.
- c) Člověk je přijímán a milován Bohem.

³ SKOBLÍK, J.: *Péče o život jako základní dobro*. In: Křesťanská morálka, 2010. KTF, UK. [online].

⁴ DOLISTA, J., VURM, V.: *Vybrané kapitoly z bioetiky*, s. 10.

⁵ Tamtéž, s. 10.

⁶ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života*, s. 25.

Ad a) Člověk jako jediná bytost na Zemi je schopen o svém životě přemýšlet a rozhodovat. Má rozum a svobodnou vůli. Základem lidské důstojnosti je taková svobodná vůle, která není zvenku manipulovaná, ale která vyjadřuje skutečnou touhu člověka po naplnění jeho života. Člověk má tedy právo rozhodovat o sobě sám, není možné s ním disponovat jako s nějakou věcí. Toto právo je atributem lidské důstojnosti.⁷

Je však třeba vzít na vědomí, že svoboda a sebeurčení člověka mají své meze. Často jsme svědky manipulace s lidmi, aniž si to oni sami uvědomují. To se děje skrze reklamu, sdělovací prostředky nebo vytvořením určitého společenského klimatu. Člověk tedy často o něco usiluje pod tlakem svého okolí. Proto nemůžeme lidskou svobodu pokládat za jedinečné odůvodnění lidské důstojnosti.

Ad b) Člověk chce být přijímán a milován druhými lidmi. Lásky a přijetí umožňují člověku pocítit vlastní hodnotu. Hodnotu však má i život člověka, který aktuálně lásku a přijetí postrádá, podstatné je, že život každého jedince v sobě tuto možnost obsahuje. Stále je zde naděje, že vznikne vztah, který člověku chyběl. Toto velmi úzce souvisí s rozhodnutím pro nebo proti eutanazii.⁸

Ad c) Nejzávažnějším argumentem pro zhodnocení lidského života je pro křesťany víra v Boha a příslib věčného života. Každý křesťan věří, že je přijímán a milován Bohem. Hodnota lidského života tedy nespočívá v rozumu, svobodě nebo schopnosti užívat života a něco dokázat, ale její základ je ve vztahu mezi člověkem a Bohem.

Závažným se jeví i argument I. Kanta, který se týká ceny a důstojnosti. Autor tvrdí zjednodušeně toto: vše na tomto světě má buď cenu, nebo důstojnost. To, co můžeme vyjádřit nějakým ekvivalentem, např. potraviny v obchodě, má cenu. Tyto věci, které mají cenu, lze bez problémů použít jako prostředek k dosažení svého cíle. Na světě se však setkáváme se jsoucny, která cenu nemají. Mezi ně patří i člověk. Není možné najít k člověku hodnotový ekvivalent. To znamená, že člověk má důstojnost. Pokud má někdo důstojnost, nemůže být použit jako prostředek k dosažení nějakého cíle, protože ta osoba má vlastní cíle.⁹ Toto platí pro člověka ve všech stádiích vývoje.

Pokud přistoupíme na tezi, že člověk existuje jen ve své pozemském bytí, pak vidíme, že hodnota takového člověka je nízká, zejména tehdy, když ztratil zdraví nebo svou výkonnost a kvalita jeho života se snížila. Přestože mnozí lidé dnes nevěří v Boha nebo ve věčný život, většina lidí v Evropě žije z křesťanské tradice, která vede k úctě k životu.¹⁰

1.2 Člověk a osoba – rozdílnost pojetí

Rozhodování o aplikaci různých metod prenatalních vyšetření se uskutečňuje na základě osobních etických preferencí lékaře či zdravotníka a těhotné ženy. Důležitou dispozicí je pojetí člověka, které přímo zastáváme.

⁷ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života*, s. 25.

⁸ Tamtéž, s. 26.

⁹ VÁCHA, M.: *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 95.

¹⁰ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života*, s. 27.

Na začátku této kapitoly je potřeba definovat základní pojmy, v první řadě odlišení pojmů člověk a osoba.

Člověk – se chápe jako bytost, která patří k biologickému druhu homo sapiens.

Osoba – rozumí se bytost, které patří nezadatelná práva.¹¹

Pojem osoba používal již v 6. století filosof a teolog Boethius. Za hlavní kritérium rozlišení osoby považoval rozumovou přirozenost. Toto pojetí nazýváme realistické. V období empirismu se touto otázkou zabýval známý anglický filosof John Locke. Ten zdůrazňoval u osoby aspekt vědomí sebe sama a důsledně odlišil pojem člověka a pojem osoby.¹² Hodnota osoby je odvozena z jejího jedinečného bytí, které je rozumné a morální. Protože osoba sama činí rozhodnutí o své budoucnosti, lze usoudit, že je svobodná a odpovědná. Z toho vyplývá, že osoba má od počátku naprostou, ničím nepodmíněnou hodnotu.¹³

Na základě těchto dvou teorií rozlišujeme inkluzivismus, tj. teorii, která hlásá, že každý člověk je osobou, a na druhé straně exkluzivismus, tj. teorii, která pokládá za osoby jenom některé lidské bytosti, tedy ne každého. Inkluzivismus tedy obvykle vychází z realistického pojetí osoby, kdežto exkluzivismus obvykle vychází z empiristického pojetí osoby. Toto rozlišení má závažné etické konsekvence, zvláště v praktických otázkách bioetiky. Zde je především důležité vymežit pojem osoba. V této oblasti neexistuje společný konsensus. V historii se můžeme setkat s mnoha definicemi a dělicími čarami mezi lidmi, kteří lidská práva mají, a těmi, kdo je nemají. Tato práva byla upírána např. otrokům, zdravotně postiženým, ženám, atd. V dnešní době se bioetika tímto problémem zabývá, protože úzce souvisí s právy a důstojností lidských embryí, člověka v celém prenatálním stadiu vývoje a také s právy a důstojností umírajících.¹⁴

1.2.1 Vymezení statutu embrya

Pro téma prenatální diagnostiky je nutné zabývat se otázkou: Co je to lidské embryo? A jak se má s tímto embryem zacházet?

V současnosti v oboru bioetiky převažují dva odlišné směry. První je ontologický personalismus, který odpovídá výše popsanému inkluzivismu. Podle něj zygota představuje jednotku, která obsahuje kompletní genetickou informaci nového lidského organismu. Od chvíle vzniku zygoty je potřeba lidský život chránit.¹⁵ Embryo je tedy osobou se všemi právy, která přísluší všem ostatním osobám.

¹¹ MACHULA, T.: Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2006, č. 2, s. 101.

¹² Tamtéž, s. 101.

¹³ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 32.

¹⁴ MACHULA, T.: Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2006, č. 2, s. 101

¹⁵ MUNZAROVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*, s. 46.

Stoupenci empirického funkcionalismu sice souhlasí s tím, že embryo má nárok na status lidského organismu, ale domnívají se, že v počátečních stádiích není nezbytné mu přiznat i status osoby. Díky tomu vznikl i výraz pre-embryo, které podle empirického funkcionalismu osobou není, nemá tedy ani žádná práva.¹⁶ Tento směr odpovídá exkluzivismu, který také přiznává status osoby jen na základě určitých lidských vlastností nebo funkcí. Při aplikaci těchto východisek dochází v oblasti morálky a práva k závažným konfliktům.

1.3 Antropologické a právní aspekty lidského života

Z antropologického hlediska vidíme v lidském životě čtyři rozměry: fyzický rozměr, psychický, personální rozměr a dále sociálně- komunikační rozměr. Všechny tyto rozměry lidského života jsou v celistvé jednotě. Pokud bereme v úvahu náboženské hledisko, mluvíme o duchovním rozměru života, který chápeme jako dar a úkol.¹⁷ Z výše řečeného vyplývá, že s životem nelze jen tak volně nakládat, protože život je něco posvátného, co je hodno úcty a ochrany.

Právní aspekty lidského života

Právo člověka na život není možné privatizovat. Principiálně se v této oblasti jedná o problematiku nejen individuální, ale také sociální a politické etiky. Některé evropské země (včetně ČR) podle práva pokládají přerušení těhotenství do 3. měsíce za legální, čímž odebírají nenarozenému životu vlastně všechnu ochranu. Považuje se dokonce za samozřejmé, že daňoví poplatníci přispívají na náklady potratu.¹⁸ Právo ženy na potrat je tímto ošetřeno, nikdo však nehájí právo dítěte, které je zcela bezbranné.

Základní právní dokument, který se týká lidského života, je Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR. V ní je stanoveno, že „každý má právo na život a že lidský život je hoděn ochrany již před narozením.“¹⁹

Podle § 7 občanského zákoníku se člověk stává subjektem práv a povinností v okamžiku, kdy se narodí. Tuto způsobilost má i počaté dítě, když se narodí živé.²⁰

Právní úpravy v oblasti genetického výzkumu přicházejí s velkým zpožděním po zveřejnění objevů v této oblasti, které by bylo třeba legislativně ošetřit. Důvodem je to,

¹⁶ MUNZAROVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*, s. 47.

¹⁷ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 26.

¹⁸ DOLISTA, J., VURM, V.: *Vybrané kapitoly z bioetiky*, s. 22.

¹⁹ Listina základních práv a svobod. In *Ústava české republiky, Listina základních práv a svobod*, s. 16.

²⁰ Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 1. 8. 2010. [online]. [cit. 10. března 2011].

že v této problematice se obtížně hledá společný konsensus, který by bylo možno zakotvit v zákonech a politicky prosadit.²¹

V oblasti biomedicíny lze za výchozí právní normu považovat Úmluvu o lidských právech a biomedicině, která byla členskými zeměmi Rady Evropy podepsána v dubnu 1997 ve španělském Oviedu. Česká republika tuto Úmluvu ratifikovala v roce 2001. Zvláštní význam tohoto dokumentu spočívá v tom, že jde o nejvyšší zdravotnický zákon, který má přednost před všemi ostatními dodnes platnými zákony.²²

Od práva každého člověka na život je odvozeno i právo na důstojný vznik života, kterým se podrobně zabývá instrukce *Donum vitae* z roku 1987. Dokument odmítá tyto tři metody umělého oplodnění:

- a) heterologní metodu (umělé oplodnění cizím dárcem)
- b) homologní metodu (umělé oplodnění vlastním manželem)
- c) náhradní mateřství²³

V instrukci *Donum vitae* se uvádí: "*Heterologní umělé oplodnění odporuje jednotě manželství, důstojnosti manželů, vlastnímu povolání rodičů i právu dítěte na početí a zrození v manželství a z manželství... Kromě toho je urážkou společného povolání manželů, spočívajícího v otcovství a mateřství. Heterologní umělé oplodnění objektivně zbavuje manželskou plodnost její jednoty a celistvosti. Působí a manifestuje porušení jednoty mezi genetickým rodičovstvím, rodičovstvím daným donošením těhotenství i odpovědností za výchovu*".²⁴

Hodnocení homologní metody je komplikovanější, protože zde dochází k oplodnění vlastním manželem. Nedostatek je však v tom, že oplodnění není dosaženo stykem. Podle dokumentu má být početí dosaženo výhradně manželským stykem formou vzájemného darování se obou manželů. Tento akt je však při použití homologní metody nahrazen technikou. *Donum vitae* nicméně toleruje umělé prostředky, usnadňující výsledek manželského styku.²⁵

²¹ PRUDIL, L.: *Etické a právní aspekty biotechnologií* [online].

²² HAŠKOVCOVÁ, H.: *Informovaný souhlas. Proč a jak?* S. 9-11.

²³ *Donum vitae: Instrukce Kongregace pro nauku víry o účtě k počatému lidskému životu a důstojnosti plození. Bioetika: Scripta bioethica. 2007, roč. 7, č. 2, s. 25-32.*

²⁴ Tamtéž, s. 25-28.

²⁵ SKOBLÍK, J.: *Péče o život jako základní dobro*. In *Křesťanská morálka*, 2010. KTF, UK. [online].

2 Preimplantační a prenatální diagnostika

2.1 Preimplantační genetická diagnostika

Preimplantační diagnostika patří do oboru reprodukční medicíny. To je lékařský obor, který se zabývá medicínskou a technickou stránkou léčby neplodnosti. Pomocí moderních technologií a hormonální léčby umožňuje otěhotnění ženám, které dříve otěhotnět nemohly. Její nevýhodou je velká zátěž pro ženu a mnohočetná těhotenství.²⁶

Je to metoda, která se používá pro zjištění genetické výbavy embryí. Je aplikována v rámci umělého oplodnění (IVF²⁷), zvláště u párů s rizikem přenosu dědičné nemoci. Tento obor se neustále technicky zdokonaluje zlepšováním a odborností medicínských technologií.

Preimplantační diagnostika dokáže odkrýt skryté chromozomové vady, které mohou být příčinou Downova, Edwardsova a dalších syndromů. Také je schopna odhalit genové přeměny a fenotypické vlastnosti lidského zárodku.²⁸

Tato diagnostika analyzuje genetickou informaci člověka. Postup metody vychází z faktu, že jednotlivé buňky, z nichž se skládá embryo, mohou být vzájemně zastoupeny. Když lékař vyjme jednu buňku z embrya ve fázi osmi buněk, neztrácí se jeho vitalita. Lékař odebranou buňku zkoumá především z chromozomálního hlediska a snaží se zjistit, jestli je zárodek v pořádku. Jedno nebo dvě vybraná embrya se zdravým genetickým nálezem jsou poté přichystána k umělému oplodnění.²⁹

Zásadní nevýhodou preimplantační diagnostiky je její vysoká cena, omezená spolehlivost a poměrně nízká úspěšnost metody.³⁰ Morální hledisko této metody bude reflektováno v kapitole Etická reflexe.

2.2 Prenatální diagnostika

Hlavním cílem prenatální diagnostiky je získání informací o zdravotním stavu dítěte a včasné odhalení těhotenství, které může mít zdravotní rizika pro matku nebo pro dítě. Jedná se o mezioborový přístup, v němž spolupracuje genetika, porodnictví a biochemie. Tato metoda zjišťuje poruchy embrya, případně plodu v průběhu těhotenství. Lékaři používají při vyšetřeních několik neinvazivních nebo invazivních metod.³¹

²⁶ SKOBLÍK, J: *Péče o život jako základní dobro*. In Křesťanská morálka, 2010. KTF, UK. [online].

²⁷ IVF -In vitro fertilizace je proces, při kterém jsou vajíčka oplodněna spermii mimo tělo, in vitro.

²⁸ DOSTÁL, J.: *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*, s. 81.

²⁹ VÁCHA, M.: *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 57-58.

³⁰ DOSTÁL, J.: *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*, s. 84.

³¹ SKOBLÍK, J: *Péče o život jako základní dobro*. In Křesťanská morálka, 2010. KTF, UK. [online].

2.2.1 Neinvazivní metody prenatální diagnostiky

a) **Krevní testy**- provádějí se na počátku těhotenství, důvodem je identifikace krevní skupiny a Rh faktoru. Toto vyšetření také zjišťuje, zda lékař může vyloučit pohlavní nemoci jako např. syphilis, hepatitidu B, toxoplazmozu a další.³²

b) **Opakovaný krevní odběr**- provádí se v případech podezření na vrozenou vývojovou vadu nebo jiné anomálie.³³

c) **Ultrazvukové vyšetření** – přestože v prvním trimestru by se ultrazvuk měl provádět jen výjimečně, dochází k němu v praxi běžně již od 6. týdne těhotenství, kdy má potvrdit těhotenství a dále v 18. a 32. týdnu. Tzv. „orgánový ultrazvuk“ se provádí ve druhém trimestru těhotenství. Při něm se zobrazují a hodnotí tyto orgány: srdce, bránice, žaludek, ledviny, močový měchýř, páteř, mozek, obličej a všechny čtyři končetiny. Pokud lékař zjistí nějakou odchylku, odešle těhotnou ke konsiliárnímu ultrazvukovému vyšetření, případně ke genetické konzultaci.³⁴

Mimo to je v mnoha gynekologických ordinacích dostupný i Dopplerův ultrazvuk, jehož se používá ke kontrole krevního zásobení plodu a vaginální ultrazvuk.

d) **Cytologické odběry**- jsou prováděny na počátku těhotenství kvůli prevenci rakoviny děložního čípku.³⁵

e) **Vyšetření moči** – důležité sledované hodnoty jsou tyto: hladina glukózy, albuminu a leukocytů (bílých krvinek). Nadměrné množství glukózy může znamenat poruchu ledvin, velké množství albuminu může svědčit o cukrovce a zvýšení leukocytů signalizuje infekci.³⁶

f) **Amnioskopie** – je bezpečné vyšetření plodové vody pomocí jednoduchého přístroje amnioskopu. Provádí se obvykle až od 38. týdne těhotenství. Toto vyšetření se používá stále méně z důvodu nepřesnosti a proto, že se může uskutečnit jen za specifických podmínek.³⁷

³² GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., BLÁHA, P. a kol.: *Kniha o matce a dítěti*, s. 23.

³³ Tamtéž, s. 23.

³⁴ KAPRAS, J., KOHOUTOVÁ, M., OTOVÁ, B.: *Kapitoly z lékařské biologie a genetiky I.*, s. 83.

³⁵ LÁBUSOVÁ, E.: *Metody prenatální diagnostiky*. In *Rodiče* [online].

³⁶ SARTI P., SPARNACCI G.: *Těhotenství a péče o dítě. Kompletní průvodce od početí do věku 6 let*, s. 41.

³⁷ Tamtéž, s. 51

g) **Kardiotokografie** – je záznam srdeční frekvence plodu současně se záznamem děložní aktivity. Používá se pro diagnostikování poruch funkce placenty a zátěže plodu, pomáhá při určení doby porodu.³⁸

h) **Triple test** – Je při něm odebírána krev za účelem zjištění hladiny tří hormonů, alfafetoproteinu, estriolu a hormonu hCG a jejich vzájemného poměru. Využívá se i k možnosti odhalení rizika trisomie 21, tedy Downova syndromu, ale v tomto případě občas selhává. Je třeba počítat s častou falešnou pozitivitou i falešnou negativitou testu.³⁹ Zvláštní přístup k těmto testům je nutný v případě těhotných vegetariánek, kuřaček, žen z odlišných etnických skupin a těch, kdo měly pozitivní výsledky v dřívějších těhotenstvích. Dalším důvodem nepřesných výsledků testu bývá nesprávné datování těhotenství.⁴⁰

2.2.2 Invazivní metody prenatalní diagnostiky

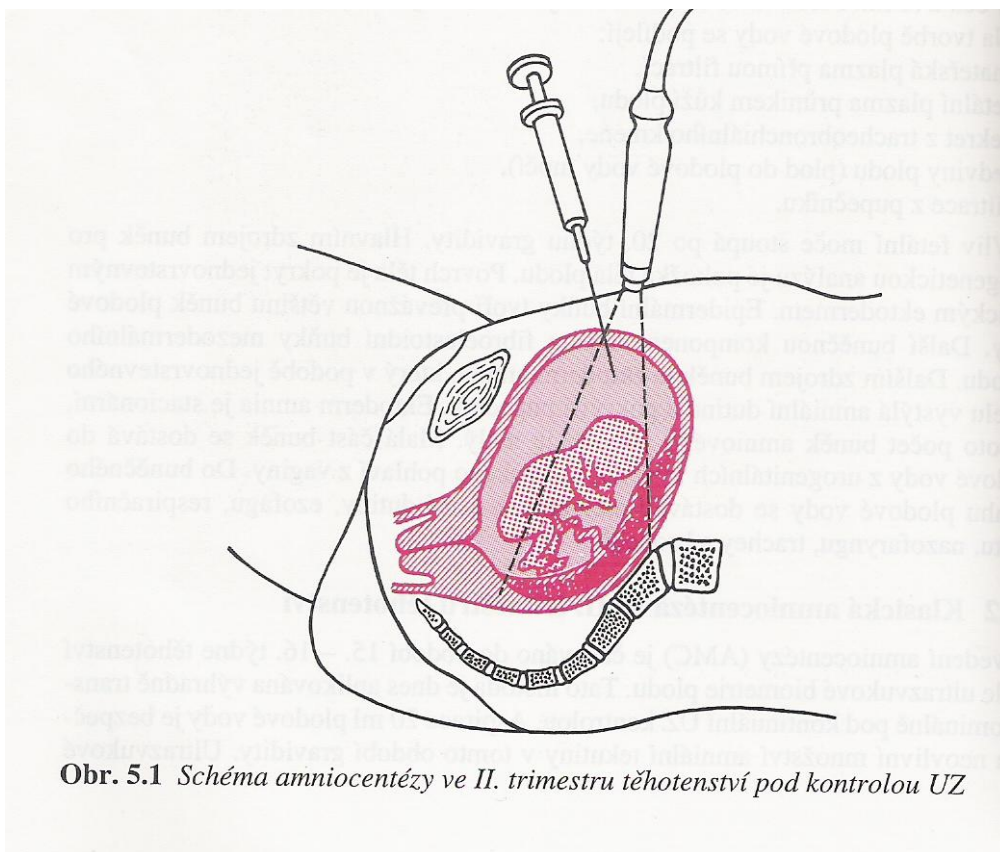
a) **Amniocentéza**- je odběr plodové vody z důvodu chromozomální a biochemické analýzy plodové vody. Provádí se při pozitivním výsledku triple testu, při potřebě zjistit pohlaví plodu u dědičného zatížení a za účelem zjištění metabolických poruch plodu. Za současné kontroly ultrazvukem se propíchnou břišní stěna matky, stěna dělohy a plodové obaly, aby se jehlou odebralo malé množství plodové vody. Tento vzorek pak slouží k provedení potřebných vyšetření. Amniocentéza je nejčastěji aplikovaná invazivní metoda prenatalní diagnostiky v naší republice. Ke komplikacím patří slabé krvácení nebo částečný odtok plodové vody, objevuje se cca ve 2-4%. Další rizika jsou spontánní potrat, předčasný porod a poranění plodu jehlou.⁴¹

³⁸ ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H.: *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*, s. 118.

³⁹ LÁBUSOVÁ, E.: *Metody prenatalní diagnostiky*. In *Rodiče* [online]

⁴⁰ BUCKLEY, S. J.: *Prenatální diagnostika. Porodní asistence*. 2006, s. 8.

⁴¹ HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M.: *Základy prenatalní diagnostiky*, s. 148-149.



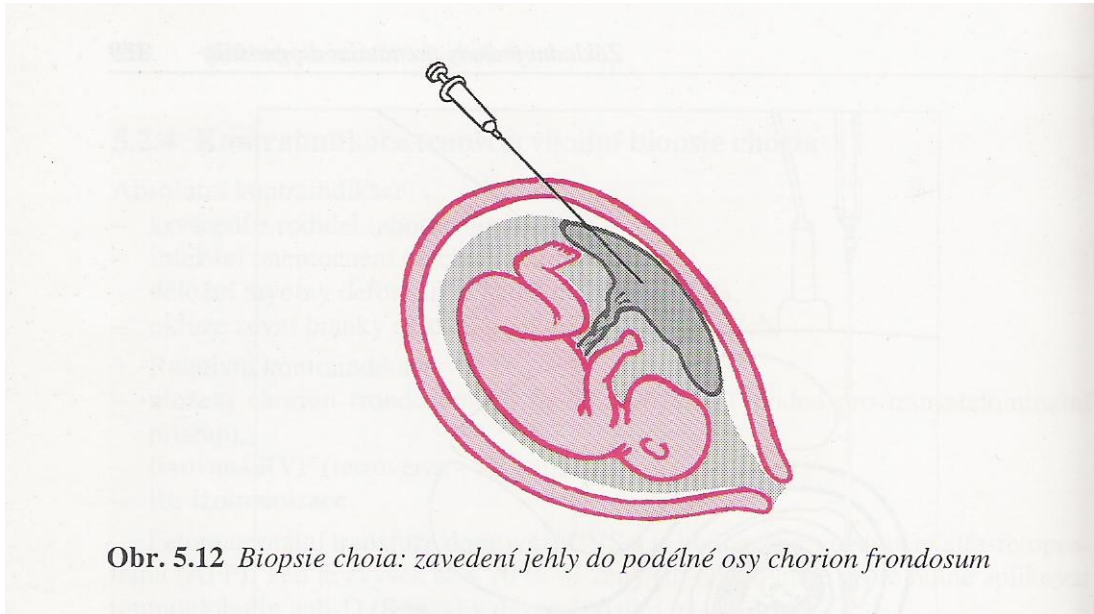
Obr. 5.1 Schéma amniocentézy ve II. trimestru těhotenství pod kontrolou UZ

42

b) **Choriocentéza**, neboli biopsie choria je odběr choriových klků z placenty pod kontrolou ultrazvuku. Tato metoda je vyhrazena pro situace, kdy je nutná časná diagnostika. Podstupují ji ženy s rizikem Downova syndromu nebo některých metabolických chorob. Odchytky zjištěné touto metodou musí být ještě potvrzeny vyšetřením plodové vody. Riziko potratu po této biopsii je o něco málo vyšší než u amniocentézy.⁴³

⁴² Schéma viz HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M.: *Základy prenatální diagnostiky*, s. 146.

⁴³ KAPRAS, J., KOHOUTOVÁ, M., OTOVÁ, B.: *Kapitoly z lékařské biologie a genetiky I.*, s. 83-84.



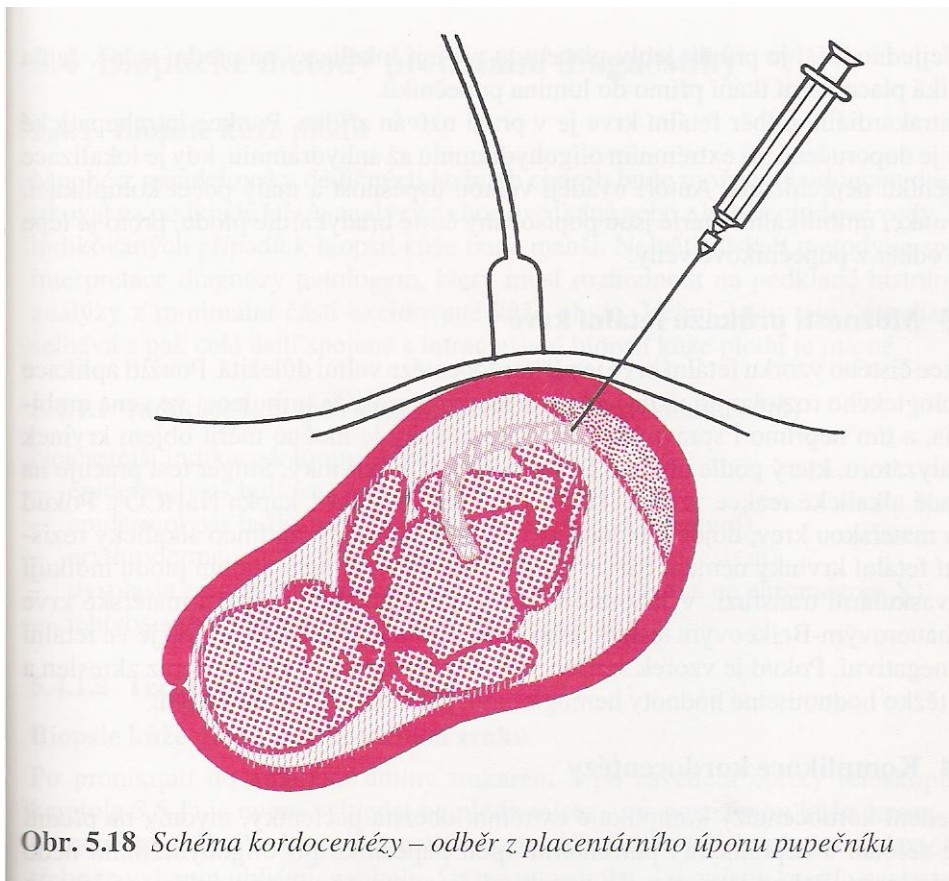
Obr. 5.12 Biopsie choia: zavedení jehly do podélné osy chorion frondosum

44

c) **Kordocentéza** – je odběr fetální krve punkcí z pupečníku po 20. týdnu těhotenství. Používá se pro vyšetření karyotypu plodu, imunologické vyšetření, při podezření na jednotlivou malformaci a při nutnosti transfuze. Též je možno použít tuto metodu pro aplikaci léků plodu.⁴⁵

⁴⁴ Schéma viz HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M.: *Základy prenatální diagnostiky*, s. 160.

⁴⁵ Tamtéž, s. 167-168.



Obr. 5.18 Schéma kordocentézy – odběr z placentárního úponu pupečníku

46

d) **Fetoskopie** – je metoda, která umožňuje zobrazení plodu a odběru fetální krve a tkání. Provádí se v celkové anestezii z malého řezu, který postačuje k zavedení optického instrumentu. To probíhá ve druhém trimestru mezi 17. a 20. týdnem těhotenství. Vzhledem k riziku a k možnostem ultrazvukové diagnostiky má tato metoda jen malé uplatnění.⁴⁷

Tím končí souhrn popsaných metod prenatalní diagnostiky. V následující kapitole se budu zabývat etickými teoriemi, které se týkají medicínských aktivit, jež biologicky zasahují do lidského organismu z důvodu léčení nebo optimalizace jeho funkcí.

⁴⁶ Schéma viz HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M.: *Základy prenatalní diagnostiky*, s. 169.

⁴⁷ Tamtéž, s. 173.

3 Bioetika

Chceme-li zkoumat etické aspekty prenatalní diagnostiky, musíme určit, z jakých norem vycházíme a na jakém filozofickém základě stavíme naše argumenty. Vzhledem ke zkoumaným medicínským aktivitám se budu zabývat bioetikou, konkrétně těmi postupy, které jsou založeny na ontologickém personalismu. V kapitole 1.2.1. jsem popsala hlavní myšlenku empirického funkcionalismu i ontologického personalismu. To jsou dva filozofické proudy současné bioetiky. Pokračuji krátkým přehledem o původu bioetiky.

3.1 Vznik a vývoj bioetiky

I když mnohé otázky, které řeší bioetika, si kladli již antičtí filosofové, je bioetika vcelku mladou disciplínou. Vznikla zhruba v 60. letech minulého století v souvislosti s prudkým rozmachem techniky a nových technologií, kdy i lékařská věda zaznamenala značné pokroky např. v oblasti transplantace orgánů, tzv. bezpečné interrupce, vynálezu antikoncepční pilulky i v oboru prenatalní diagnostiky. Do rukou lidstva se tak dostala vláda nad životem a smrtí jedince.⁴⁸

Bylo nutné řešit v této souvislosti nové otázky, např. do jaké míry rozhodují lékaři o životě pacienta, nebo zda je etické provádět experimenty na umírajícím člověku, aby tak posloužil jiným nemocným a pomohl jim k uzdravení.

Vznikl multidisciplinární dialog, při němž se jednotliví partneři sjednotili v tom, že je třeba respektovat lidskou důstojnost a pacient se nesmí stát rukojmím lékařů nebo výzkumníků.⁴⁹

Za zakladatele bioetiky je považován americký onkolog Van Rensselaer Potter, který použil tento termín jako první ve své práci *Bioetika - Most do budoucnosti*. Autor zde ještě nerozlišoval mezi etickými problémy souvisejícími se vztahem jedince k životnímu prostředí a mezi problémy souvisejícími s péčí o zdraví. V. R. Potter ve své práci definoval pojem bioetika, důvody jeho používání a základní problémové okruhy bioetiky.⁵⁰ Později to již bylo rozlišeno, pro speciální etiku, která se zabývala vztahem člověka k přírodě, se vžil název ekoetika, zatímco výraz bioetika byl ponechán speciální etice, která se zabývá biologicko-medicínskými problémy.⁵¹

T. A. Shannon se také pokusil vymezit problémy patřící do bioetiky, a to v 1. kapitole své knihy *An Introduction to Bioethics (Úvod do bioetiky)*, která vyšla v New Yorku v roce 1997.⁵² Otázka „Je bioetika aplikací obecné etiky?“ se stala podnětem k diskusi mezi různými autory, ale neexistuje obecný konsensus.

⁴⁸ Hnutí pro život, *Původ bioetiky*. In *Kultura života* [DVD].

⁴⁹ DOLISTA, J., VURM, V.: *Vybrané kapitoly z bioetiky*, s. 6.

⁵⁰ SMOLKOVÁ, E.: *Bioetika. Otázky, problémy, súvislosti*, s. 12.

⁵¹ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 13.

⁵² ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 13.

Tak například R. Hare ve svém díle „Lékařská etika: Může pomoci morální filosof?“ tvrdí, že bioetika aplikuje obecnou etickou teorii na určitou specifickou oblast.

D.C. Thomasm, autor příspěvku *The Possibility of a normative Medical Ethics* (Možnosti normativní lékařské etiky), naopak tvrdí, že bioetika má specifické normy, které nelze vyvodit z obecných norem. Autor popisuje tři takovéto normy, o nichž se domnívá, že je není možné vyvodit z principů obecné etiky. Jsou to tyto principy:

1. zásada neškodit
2. zásada respektovat zranitelnost těch, kdo jsou předmětem lékařské péče
3. zásada respektu k osobě, která je poslední instancí lidství⁵³

3.2 Přístupy a koncepce bioetiky

Aby bylo možné zařadit bioetické principy do širšího kontextu, rozhodla jsem se krátce popsat přístupy a koncepce oboru bioetika.

Bioetické otázky jsou zkoumány a vyjadřovány ve společnosti, která je názorově pluralitní. Vzhledem k různým filosofickým východiskům a přístupům vznikají i různá pojetí a zdůvodnění etických a bioetických principů.⁵⁴

3.2.1 Přístupy bioetiky

Filosofická hlediska pro posuzování bioetických problémů jsou tato:

1. Pozitivistický přístup
2. Přístupy vycházející z filozofického pojetí člověka.
3. Teologická etika⁵⁵

1. Pozitivistický přístup je snaha stanovit bioetické principy empirickou cestou, podobně jako v přírodních vědách. Princip je platný, pouze pokud se dá empiricky zdůvodnit.

2. Přístupy vycházející z filozofického pojetí člověka.

2a) Utilitarismus. Kritériem správnosti principu je užitečnost, vztahující se k člověku.

2b) Personalismus. Východiskem personalismu je pojem osoby a její vymezení.

2c) Aristotelova etika vychází ze zaměření člověka na plnou realizaci jeho schopností.

3. Teologická etika (morální teologie). Jako podklad pro posuzování správných principů jsou v ní používány teologické výpovědi.⁵⁶

⁵³ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 15.

⁵⁴ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 14.

⁵⁵ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 22.

⁵⁶ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 15.

3.2.2 Čtyři koncepce bioetiky

Významný představitel bioetiky, Thomas A. Shannon rozděluje koncepce bioetiky do čtyř základních kategorií. Jsou to následující:

1. Konsekvencialismus
2. Deontologismus
3. Etika práv
4. Intuicionismus.

Ad 1. V konsekvencialismu se posuzuje správnost jednání podle jeho důsledků (konsekvencí). Eticky správné je takové jednání, které přináší největší užitek jednotlivci i společnosti. Dalším hlediskem je též situace, v níž jednání probíhá.⁵⁷

Do této koncepce proto patří situační etika a utilitarismus.

Ad. 2. Deontologismus specifikuje závazky a mravní povinnosti jednotlivce. Člověk jedná mravně tehdy, pokud závazky a povinnosti plní. Nejznámější příklad najdeme v Kantově autonomní etice povinnosti. Člověk je jako rozumná bytost schopen svobodné volby. V autonomii vůle spočívá základ vši morálky. Tato teorie však mnohdy nebere v potaz důsledky jednání.

Ad. 3. Etika práv. Správnost jednání se posuzuje podle toho, do jaké míry jsou respektována práva jedinců a skupin, kterých se jednání týká. Správné je takové jednání, které v sobě co nejvíce zahrnuje dodržení práv zúčastněných subjektů.⁵⁸

Ad. 4. Podle intuicionismu nelze určit eticky správné jednání rozumem, musí to být určeno intuicí. Ta může v sobě zahrnout i smysl pro povinnost, ale hlavní zůstává pocit. Úskalím této teorie však je fakt, že intuice vždy zahrnuje subjektivní prvek a proto je obtížné dojít ke společným normám a konsenzům.⁵⁹

3.3 Bioetické principy s důrazem na etické hodnoty

Bioetické principy jsou zkoumány a formulovány ve společnosti, která je názorově pluralitní. I když nenajdeme žádnou bioetickou instituci, která by určovala, co je dobré a co špatné, dospěli představitelé bioetiky k širokému konsensu ohledně konkrétních zásad při řešení otázek a problémů bioetiky.

Autoři Beauchamp a Childress ve své práci Principy biomedicínské etiky formulovali čtyři základní principy biomedicínské etiky.

Jednalo se o tyto principy:

1. sebeurčení neboli autonomie,
2. předcházení škodám (nonmaleficence),
3. povinná péče neboli beneficence
4. spravedlnost.

⁵⁷ MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 17.

⁵⁸ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicina*, s. 15.

⁵⁹ Tamtéž, s. 16.

Jedná se o základní principy, které přijímají rozdílné kulturní i náboženské tradice a které fungují jako ukazatelé pro řešení eticky rozporných situací.⁶⁰

V době konání první evropské bioetické konference (v roce 1990) se již ozvali někteří odborníci, kteří navrhovali tyto principy rozšířit a korigovat.

Tak např. američtí autoři Ashley a O' Rourke ve své práci Health Care Ethics (Etika zdravotnické péče) navrhují složitý systém třinácti bioetických principů.⁶¹

Český filosof a biolog Josef Petr Ondok zredukoval tento počet na deset bioetických principů, založených na etických hodnotách. V následujícím textu jsou zde postupně uvedeny.

3.3.1 Princip lidské důstojnosti osoby

Vychází z pojmu lidské osoby, tak jak je definován v personalistické filosofii. Všechna etická rozhodnutí musí respektovat vrozené i kulturní potřeby člověka tak, jak se projevují v rámci lidské společnosti. Tento princip tedy není záležitostí pouze individuální, ale musí být prosazován v rámci celé společnosti. Pokus o aplikaci tohoto principu je obsažen i v Chartě lidských práv – dokumentu OSN z roku 1948, a zejména v dokumentech, které na něj přímo navazují, např. v Dokumentu Rady Evropy z roku 1996.⁶² Z principu lidské důstojnosti osoby vychází také právo na náboženskou svobodu každého člověka.

Křesťanské pojetí lidské důstojnosti vychází nejen z biblických pramenů, ale také z církevních dokumentů, např. pastorální konstituce II. Vatikánského koncilu *Gaudium et spes* toto téma zmiňuje již v 1. kapitole, odst. 27: „*každý musí považovat bližního, nikoho nevyjímaje, za „druhé já“ a musí mít ohled především na jeho život a prostředky nutné k životu důstojnému člověka*“⁶³

Pastorální konstituce *Gaudium et spes* uvádí několik zdrojů, ze kterých lidská důstojnost vychází:

- člověk byl stvořen Bohem, a to k Božimu obrazu
- má schopnost hledání a nalézání pravdy
- je morální bytostí, má svědomí
- je mu dána svoboda
- uvědomuje si svoji smrtelnost
- Bůh sám přijal lidství v Ježíši Kristu.

Princip lidské důstojnosti osoby je nejobecnější princip bioetiky. V některých dalších principech se z něj vychází, nebo se předpokládá jeho platnost.⁶⁴

⁶⁰ ŠIPR, K.: *Bioetika: principy a přístupy*. In *Bioetika*, 2004 [online].

⁶¹ Tamtéž.

⁶² ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 61.

⁶³ Papežská rada pro spravedlnost a mír: *Kompendium sociální nauky církve*, s. 94.

⁶⁴ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 62.

3.3.2 Princip totality a integrity

Přirozenost člověka je tvořena různými funkčními celky. Patří sem jak tělesné, tak i duševní funkce. Tyto celky fungují společně, každý z nich je potřebný. Zároveň mají mezi sebou hierarchické vazby.

Integritou se rozumí společné působení těchto funkčních celků a obsahem tohoto principu je požadavek, aby tato integrita nebyla narušena.

Na základě hierarchických vazeb jsou funkce rozděleny na primární a sekundární, přičemž je přípustné narušit sekundární funkci, pokud je to nutné pro zachování primární funkce.⁶⁵

Ve svém 61. článku zdůrazňuje pastorální konstituce II. Vatikánského koncilu *Gaudium et spes* „povinnost každého člověka uchovat si pojem celistvosti lidské osoby, ve které vynikají hodnoty rozumu, vůle, svědomí a bratrství.“⁶⁶

Tento princip je nezbytně důležitý v preventivní medicíně, v chirurgii, při řešení problému s transsexualismem atd. Samozřejmě je tento princip používán v kombinaci s dalšími principy bioetiky, např. s již zmíněným principem lidské důstojnosti osoby.⁶⁷

Při uplatňování principu totality a integrity musí být splněny následující podmínky:

1. musí jít o zásah do té části lidského těla, která je postižena nebo která bezprostředně ohrožuje život postiženého;
2. neexistuje jiná možnost záchrany života;
3. Naděje na úspěch odpovídá riziku a pravděpodobnosti negativních následků zásahu;
4. pacient vyslovil se zákrokem souhlas.⁶⁸

3.3.3 Princip správcovství (služebnosti)⁶⁹ a kreativity

Princip správcovství sděluje, že člověk není absolutním pánem nad přírodou, je spíše jejím správcem, má ji chránit a zachovávat pokud možno neporušenou. Dnes je zřejmé, že tento ochranný vztah k přírodě byl porušen. Přitom neexistuje žádná věc, od zrnka písku po skálu, pramene vody, přes člověka po hrst hlíny, s níž bychom mohli zacházet jen tak, která by byla „ničím než“ hlínou. Všechno, co vidíme v přírodě, v sobě má božský záblesk, protože na počátku stvořil Bůh nebe a zemi.⁷⁰

Princip kreativity vytváří představu člověka jako vícerozměrného božského stvoření a obdarování, kterými disponuje. Zde se pod pojmem kreativita chápe veškerá činnost člověka, která slouží k vytvoření nových prostředků pro lepší hodnotu života. Kreativita

⁶⁵ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 53.

⁶⁶ *Gaudium et spes*, Výchova k všestranné kulturnosti člověka. In: *Dokumenty II. Vat. Koncilu*, Zvon, Praha, s. 235.

⁶⁷ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 53.

⁶⁸ ŠIPR, K.: *Společenství a služba*. In *Bioetika* 3-4, 2005 [online].

⁶⁹ Pojem „stewardship“ můžeme také přeložit jako správcovství, jde tu o souvislost s morálním vztahem člověka k přírodě a k životnímu prostředí.

⁷⁰ VÁCHA, M.: *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 250.

je vlastně jedním z rozměrů personality člověka, proto má být používána pro ochranu a péči o přírodu a životní prostředí bez nebezpečí jejich ničení.⁷¹

3.3.4 Princip správného svědomí a informovaného souhlasu

V tomto principu jsou stanovena kritéria, pomocí nichž je možné z hlediska bioetiky posoudit oprávněnost určitého subjektivního rozhodnutí.

První kritérium stanoví, že člověk se musí rozhodnout na základě správně formovaného svědomí. Musí tedy mít dostatek informací o konkrétním problému i o souvisejících etických normách. Na základě těchto informací může člověk ve svém svědomí učinit rozhodnutí, podle tohoto rozhodnutí jednat a za své jednání převzít zodpovědnost. Takové rozhodování zahrnuje i nutnost vyhnout se dvěma krajnostem, skrupulóznímu a laxnímu svědomí.⁷²

Druhé kritérium, informovaný souhlas, je pravděpodobně nejdůležitější a nejdiskutovanější princip, týkající se výzkumu a léčebných zákroků. Existuje všeobecný konsensus, že základní pravidla je možné shrnout do tří slov: informovanost, porozumění a svoboda. Dotyčná osoba tedy musí nejen znát ten určitý proces, o němž se jedná, ale musí také být schopná jej pochopit, a proto jí má být vše vysvětleno srozumitelným jazykem.

Svoboda neznamená, že člověk je osvobozen od přirozeného tlaku na potřebu léčby nemoci, ale znamená, že pacient nebude vystaven klamu nebo externímu nátlaku.⁷³

Proto je třeba podrobně diskutovat o tom, jak pacienta obeznámit s problémem a jak s ním komunikovat.

Nejobtížnější jsou případy, kdy jedna osoba dává souhlas za jinou osobu, která sama souhlas dát nemůže. To se může stát např. v případě, že nemocný je v kómatu, nebo že se jedná o dítě, které není schopno se na základě poskytnutých informací rozhodnout.⁷⁴ Podmínkou je, aby rozhodnutí zástupného informovaného souhlasu bylo učiněno v zájmu individuálního dobra jedince, ne pro dobro společnosti, společenské třídy nebo jiné osoby.⁷⁵ Jinak se jedná o manipulaci a zacházení s člověkem jako s věcí.

V Úmluvě o biomedicíně je zakotveno právo pacienta na soukromí, informace o jeho zdravotním stavu nesmějí být bez jeho souhlasu poskytovány třetím osobám. Výjimka z tohoto pravidla může být stanovena pouze zvláštním zákonem, když je to v zájmu pacienta.⁷⁶

⁷¹ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 63-64.

⁷² ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 54.

⁷³ ASHLEY, B., O'ROURKE, K. D.: *Ethics of health care: an introductory textbook.*, s. 111.

⁷⁴ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 54.

⁷⁵ ASHLEY, B., O'ROURKE, K. D.: *Ethics of health care: an introductory textbook.*, s. 111.

⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Informovaný souhlas proč a jak?* S. 23.

3.3.5 Princip profesionální komunikace

Tento princip stanovuje pravidla pro komunikaci lékaře a ostatních zdravotníků s pacienty. O. N. Griese nazval tento princip principem důvěryhodnosti.

Hlavní zásady tohoto principu:

1. Aktivně naslouchat pacientovi a pravdivě ho informovat o všech skutečnostech souvisejících s léčbou.
2. Dodržení diskrétnosti, tedy nesdělovat informace zjištěné při léčbě nikomu jinému než pacientovi a jeho blízkým, pokud ovšem nejde o skutečnost, která vážně poškozuje práva jiných osob.
3. Budovat vzájemný vztah důvěry mezi pacientem a lékařem. Je samozřejmé, že lhaní nebo podání špatné informace tuto důvěru poškozuje. Někdy může nastat případ, kdy pacient po sdělení všech skutečností o jeho stavu podlehně depresi a tím je ohrožen účinek léčby. V takovém případě nemusí být vhodné všechny informace sdělovat.⁷⁷

Jediná výjimka v oblasti lékařské diskrétnosti by mohla nastat, pokud by se nedal od někoho opatřit dobrovolný souhlas k informaci třetí osoby, ale ta informace by byla nezbytná pro její ochranu. Jde např. o případy nakažlivých a pohlavních nemocí (AIDS aj.)⁷⁸

3.3.6 Princip společného dobra a subsidiarity

„Na prvním místě předpokládá *respektování osoby* jako takové. Ve jménu obecného dobra je veřejná moc zavázána respektovat základní a nezadatelná práva lidské osoby. Společnost je povinna dovolit každému svému členu uskutečnit své vlastní povolání. Obecné dobro spočívá zvláště v podmínkách pro uplatňování přirozených svobod, které jsou nezbytné pro plný rozvoj lidského povolání: tedy v právu na jednání podle správných příkazů svého svědomí, na ochranu soukromého života a na spravedlivou svobodu i ve věcech náboženských“.⁷⁹

Při uplatňování tohoto principu se jedná o sociální spravedlnost, která si nárokuje rozdělování společných dober, přičemž bere v potaz nejen zásluhy, ale i potřeby. Organizačně vyšší sociální celky jsou morálně zavázány k této solidaritě, formulované v principu subsidiarity. Zmíněný princip má podporovat rozdělování prostředků podle osobitých potřeb, oporu a solidární pomoc. Medicínská péče by neměla být jen privilegiem vlivných a bohatých osob. Povinností státu je zabezpečení medicínské péče pro všechny, kdo ji nezbytně potřebují, zřízení institucí pro lékařskou praxi a také různých poradenských středisek.⁸⁰

⁷⁷ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 63-64.

⁷⁸ PESCHKE, K. H.: *Křesťanská etika*, s. 236.

⁷⁹ *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé.*, § 1907

⁸⁰ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 57.

Pod pojem společného dobra v bioetice patří i výzkum účinků nových léčiv, léčebných metod apod. Také v tomto oboru experimentování existují hlediska, především hledisko společného dobra, která určují předpoklady, za nichž jsou tyto výzkumy morálně přijatelné.⁸¹

3.3.7 Princip dvojího účinku

Z hlediska morální filosofie jde o následující zásadu: je dovoleno způsobit jednání, z něhož bezprostředně pochází dvojí efekt, jeden kladný, druhý záporný, pokud je kladný efekt plánovaný a záporný z přiměřeného důvodu dopuštěný. Typickým příkladem je možnost a většinou i nutnost ukončení mimoděložního těhotenství, jehož cílem není usmrcení zárodku, záchrana života těhotné ženy.⁸²

Při rozhodování v oblasti bioetiky může nastat situace, kdy cíl terapie nebo zásahu je morální, ale sekundárně může vést k výsledku, který je neetický. V těchto komplikovaných případech je možné za určitých podmínek připustit takový postup, který může vést nepřímo k negativnímu důsledku. Při rozmyšlení je nutno dodržovat tyto podmínky:

- 1) Plánovaný cíl musí být eticky správný.
- 2) Ten, kdo jedná, musí chtít dosáhnout dobrého účinku a vyhnout se zlému.
- 3) Užitečné účinky musí z jednání vyplývat stejně jako špatné účinky.
- 4) Zamýšlené dobré účinky musí být větší než ty škodlivé.

Je třeba odlišit princip dvojího účinku od neetické zásady „Účel světí prostředky“. Ta je v křesťanské etice rozhodně odmítána.⁸³

3.3.8 Princip legitimní kooperace

Tento princip vychází z principu dvojího účinku a při jeho uplatnění je třeba respektovat stejné podmínky, zvláště tu, že špatný účinek nesmí být primárně zamýšlen. Z názvu principu je jasné, že není dovoleno spolupracovat na eticky špatném úkonu. Kooperaci dělíme na formální nebo materiální. Formální kooperace znamená souhlas toho, kdo spolupracuje, materiální jen pasivní participaci bez interního souhlasu. Formální kooperace je rozhodně v rozporu s etickým chováním. Pokud jde o materiální spolupráci, k té je možné přistoupit jen v případě, že jen takto lze zabránit ještě většímu zlu nebo škodě.

Princip legitimní kooperace je aktuální hlavně pro lékaře pracující v kolektivu v nemocnicích, kde se provádějí neetické, ale zákonem povolené zákroky (např. umělý potrat).⁸⁴

⁸¹ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 67-68.

⁸² MUDRA, J.: *Judith Jarvis Thomsonová: Obhájkyně potratů* [online].

⁸³ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 68-69.

⁸⁴ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 59-60.

3.3.9 Princip personalizace sexuality

Tento princip souvisí s principem č. 2, sexualita je pojmána jako jeden ze základních projevů osoby. Sexualitou je tu míněna činnost, při níž jsou muž a žena schopni dávat lásku a život. Středověká morálka uznávala obě tato hlediska, ale za hlavní smysl bylo považováno dávání života, tedy plození dětí. Dnešní katolická etika považuje obě hlediska za rovnocenná, podle odborníků můžeme říci komplementární. Je to právě personální spojení v lásce, které odlišuje lidskou sexualitu od sexuality nižších živočichů. Člověk má tedy užívat sexualitu ve spojení s její jedinečnou lidskou účelovostí. Má to být tělesné vyjádření stálého darování se muže a ženy, spojení osob tvořících rodinu a též projev odpovědnosti za rodinu.

Tohoto cíle je možné dosáhnout jenom v manželství.⁸⁵

Funkce sexuality:

- 1) sexualita je zdrojem smyslového uspokojení
 - 2) je rovněž fyzickým výrazem důvěrného spojení muže a ženy v lásce
 - 3) sexualita je společensky nutná kvůli potomstvu
 - 4) v náboženském smyslu je sexualita posvátným spojením muže a ženy
- Ani jedna z těchto funkcí nesmí být prohlášována za výlučnou, pokud má mít sexualita personální rysy a uznávat elementární princip etiky.⁸⁶

3.3.10 Princip růstu skrze utrpení

V bioetice je tento princip jen zřídka uváděn. Jeho podstatou je křesťanské chápání nemoci a utrpení lidí. Obsahem je následující: pokud jsou utrpení a nemoc snášeny v křesťanské naději, mohou být použity k duchovnímu růstu jednotlivce i společnosti.⁸⁷

V roce 1984 vydal Jan Pavel II. apoštolský list *Salvifici doloris* – o křesťanském smyslu lidského utrpení. Kristus dokonal vykoupení až do konce, ale neuzavřel je. Dílo vykoupení zůstává otevřeno lásce, která je obsažena v lidském utrpení. Proto vykupitelské dílo Kristovo může a má být doplňováno utrpením údů Kristova těla. Křesťanský pochopené utrpení je spásonosné.⁸⁸

3.4 Medicínská etika

Medicínská etika je součástí bioetiky. Úlohou lékaře vždy bylo s využitím svých znalostí a dovedností tišit strádání pacientů a navracet jim zdraví.

Vzhledem k technickému pokroku a vyšší kvalitě medicínské péče je významným úkolem lékaře studium a vzdělávání ve svém i příbuzném oboru. Vzhledem ke stále větší specializaci v oboru medicíny je nutné v komplikovaných případech vyhledat

⁸⁵ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 70.

⁸⁶ Tamtéž, s. 71.

⁸⁷ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 62.

⁸⁸ CIKRLE, V.: *Smysl bolesti a utrpení* [online].

pomoc jiných kolegů. Jako velmi důležitá se jeví týmová práce a respekt jednotlivých oborů navzájem.⁸⁹

3.4.1 Etika lékařské péče

Lékařská profese vznikla již ve starověkém Řecku, a měla od počátku i určité kněžské rysy. Léčba byla zaměřena spíše na osobnost pacienta a péči o něj než na konkrétní nemoc.

Podobně tomu bylo i později ve středověku, kdy se lékařská činnost orientovala spíše na péči o nemocné a umírající než na vlastní léčbu.⁹⁰

Teprve v období renesance a osvícenství začaly do léčení pronikat objevy rozvíjející se vědy, hlavně biologie a centrum pozornosti se pozvolna přesunulo od osoby pacienta na jeho konkrétní potíže.

Vykonávání lékařské činnosti bylo od počátku spojováno i s určitými etickými požadavky. Tak se postupně vyvinul samostatný obor etiky, zaměřený na řešení etických otázek souvisejících s diagnostikou a léčbou – medicínská etika.⁹¹

Současná situace přináší s sebou odosobnění lékařské péče. V dnešní době se toto odosobnění ještě prohloubilo v důsledku specializace lékařů a hojného používání různých přístrojů v diagnostice i v léčbě. Z lékaře se postupně stal vysoce specializovaný odborník, a přestal být zároveň i rádcem pacientovi. Medicínská péče je ještě více zaměřena na nemoc, ne však na celého člověka.⁹² Zpochybnění této depersonalizace v léčebné péči vedlo v medicínské etice k otázce – Jaký by měl být vztah lékaře a zdravotnických pracovníků k pacientovi?

Požadavky na léčitele a eticky vhodný postoj léčitele k pacientovi se dají shrnout do tří bodů:

1. Zájem. Lékař musí s pacientem mluvit jako s osobou hodnou jeho úcty a zájmu.
2. Znalost. V oblasti medicíny musí mít lékař nezbytné znalosti a dovednosti
3. Komunikace. Lékař musí umět dobře naslouchat tomu, co chce pacient sdělit.⁹³

3.4.2 Lékařský paternalismus a partnerství

Ve vztahu mezi lékařem a pacientem hrají významnou roli jejich vzájemná očekávání. Pokud nejsou naplněna, má to na jejich vzájemný vztah negativní vliv. Osobnost lékaře se promítá i do jeho vztahu s pacientem. Je důležité, aby si lékař byl

⁸⁹ PESCHKE, K. H.: *Křesťanská etika*, s. 234-235.

⁹⁰ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 45.

⁹¹ Tamtéž, s. 46.

⁹² Tamtéž, s. 45-46.

⁹³ ONDOK, J. P.: *Bioetika*, s. 51.

vědom svých osobnostních sklonů a rysů a snažil se nepřenášet je do vztahu s pacientem tam, kde by to mohlo působit negativně.

Časté problémy vznikají v důsledku vztahové nerovnosti. Tato nerovnost v našich podmínkách znamená jednoznačnou dominanci lékaře, který v takovém vztahu převážně rozhoduje, poučuje a radí. Snaží se oprostít od osobního vztahu s pacientem a soustředit se pouze na objektivní problém nemoci.

Takový vztah mezi lékařem a pacientem se nazývá paternalistický.⁹⁴

V protikladu k tomuto paternalistickému přístupu stojí model orientovaný na pacienta. Při tomto přístupu se lékař snaží o vybudování pokud možno rovnocenného vztahu s pacientem. Lékař se v tomto případě zabývá i subjektivní stránkou nemoci, pacientovou osobností a dalšími, např. rodinnými souvislostmi. Díky takovému individuálnímu přístupu pak pacient lépe spolupracuje a léčba bývá úspěšnější. Nemocný člověk, který ví, že na jeho názor bude brán ohled, má jednak opodstatněný pocit kontroly nad svým životem a přitom ochotně přijímá rady profesionála.⁹⁵

Dalším problémem ve vztahu lékaře a pacienta bývá tzv. přenos a protipřenos. Přenos je proces, v němž pacient přenáší své dřívější vztahové zkušenosti na lékaře a díky tomu potom jedná z vnějšího pohledu iracionálně. Protipřenos je tentýž proces, ale v opačném směru, tedy z lékaře na pacienta.⁹⁶

3.4.3 Etické kodexy

Nejstarším a nejznámějším lékařským etickým kodexem je Hippokratova přísaha, která vznikla kolem roku 400 před naším letopočtem. I když je nutno ji chápat v kontextu doby vzniku, obecný důraz na profesní mravnost lékařů, kteří jiným lidem pomáhají v mezním stavu nemoci, stále zůstává v platnosti.⁹⁷

Základním tématem tohoto kodexu je užitek, který má pacient mít z lékařské péče a lékařova odpovědnost za léčbu. Závazky obsažené v této přísaze byly požadovány ve středověku a zůstaly platné dodnes. Každý český lékař skládá tuto přísahu s určitými úpravami ještě dříve, než může začít léčit.

Do textu přísahy byla během norimberského procesu s nacistickými lékaři přidána kapitola o přijatelnosti medicínských pokusů, která měla deset bodů. Tato rozšířená verze je pak zahrnuta v Ženevské deklaraci, která byla schválena Světovou lékařskou asociací v Ženevě. Poté se stala součástí legislativy jednotlivých států.⁹⁸

Je třeba připomenout dokument, který přijala Rada Evropy koncem roku 1996. Jedná se o Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, která vytyčuje nejdůležitější

⁹⁴ JANÁČKOVÁ, L.: *Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámec komunikace* [online].

⁹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*, s. 65.

⁹⁶ JANÁČKOVÁ, L.: *Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámec komunikace* [online].

⁹⁷ DOSTÁL, J.: *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*, s. 18.

⁹⁸ ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 47.

zásady na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Jde o rozsáhlý dokument, který obsahuje kromě preambule a závěrečných ustanovení celkem 28 článků v deseti kapitolách.

K této Úmluvě patří ještě Dodatkový protokol o zákazu klonování lidských bytostí a dále Dodatkový protokol o biomedicínském výzkumu. První dva z těchto dokumentů ratifikovala i Česká republika, takže se staly součástí českého právního řádu.⁹⁹

Kongregace pro nauku víry vydala v roce 2008 dokument *Dignitas Personae* (Důstojnost osoby). Magisterium se v tomto dokumentu vyslovuje k mnoha bioetickým otázkám včetně tzv. genových terapií. Mezi tímto dokumentem a výše popsanou Úmluvou o lidských právech a biomedicíně panuje vzácná shoda. Oba dokumenty shodně povolují genové terapie somatických buněk, tedy buněk dospělého člověka, trpícího nějakou nemocí. Zároveň oba zmíněné dokumenty zakazují zásahy do zárodečných buněk (gamet). Hrozí tu reálné nebezpečí šikmé plochy, tedy pokud si genetičtí specialisté nedají žádná omezení a budou upravovat geny podle svých přání, může se takový zákrok zcela vymknout kontrole.¹⁰⁰

3.4.4 Genetické poradenství

Genetická onemocnění nepostihují pouze jednotlivce, ale celé rodiny. Mohou postihnout několik generací, včetně budoucích, dosud nenarozených. Zjištění takového onemocnění může mít dalekosáhlé následky pro členy rodiny, kterých se to týká. Stále se zvyšuje počet chorob, u nichž je možné předpovědět riziko propuknutí nemoci nebo přijmout preventivní opatření. V tomto oboru je sledováno tisíce nemocí genetického původu, které mohou skončit potratem, porodem mrtvého dítěte, úmrtím brzy po porodu apod.¹⁰¹

Genetické vyšetření umožňuje predikci rizika vzniku choroby u osob, které jsou dosud zdravé nebo se ještě nenarodily. Je obtížné uspokojit potřebu dostatku informací ohledně rizika onemocnění a přitom zachovat diskrétnost, na niž mají právo osoby již nemocné. V tomto konfliktu mezi právem na soukromí jedné osoby a možností predikovat onemocnění u jiné osoby je potřeba najít rovnováhu.¹⁰² Genetické poradenství můžeme rozdělit do tří etap:

1. Stanovení diagnózy
2. Informování pacienta
3. Prognóza a prevence nemoci¹⁰³

⁹⁹ DOSTÁL, J.: *Etické a právní aspekty asistované reprodukce*, s. 19.

¹⁰⁰ VÁCHA, M.: Genové terapie. Stvoření člověka k obrazu...koho vlastně? *Universum. Revue české křesťanské akademie*. 2009, č. 1., s. 27.

¹⁰¹ VÁCHA, M.: *Etika genetiky*. In *Lékařská etika* [online].

¹⁰² Tamtéž.

¹⁰³ KAPRAS, J., KOHOUTOVÁ, M., OTOVÁ, B.: *Kapitoly z lékařské biologie a genetiky I.*, s. 83-84.

Ad. 2. V této fázi je důležité dobře odlišit informování od přemlouvání. Informování ponechává ženě svobodu rozhodnutí, ale dává jí k dispozici všechna potřebná fakta, včetně prognózy do budoucnosti. Domlouvání nebo přemlouvání představuje určitý druh manipulace, kdy někdo chce přimět druhého k něčemu, co by ten člověk sám neudělal, možná by ho to ani nenapadlo.¹⁰⁴

Ad. 3. Zodpovědný lékař by si měl vytvořit komplexní názor o dalších následcích umělého potratu, a to i z psychologického a etického hlediska. Měl by pak zvážit, zda takové následky neničí matku více než např. narození dítěte s postižením. O možných negativních důsledcích potratu by pak měl komunikovat se svou pacientkou.¹⁰⁵

Hlavní zásady genetického poradenství:

- a) nesmí být direktivní
- b) je potřebný informovaný souhlas pacienta
- c) musí být dodržováno lékařské tajemství

Cíle genetického poradenství:

1. Pacientka i celá rodina musí porozumět problému z lékařského hlediska – musí znát diagnózu, obvyklý průběh nemoci a možnosti léčby.
2. Pomoci pacientce/pacientovi rozlišit vliv dědičných faktorů a vliv prostředí. Též mají být informováni o riziku vypuknutí choroby u blízkých příbuzných.
3. Informovat pacientku o případných alternativních možnostech léčby.
4. Při volbě dalšího postupu je nutné brát v úvahu rizika nemoci, etické a hodnotové postoje pacienta/pacientky i rodiny.
5. Pomoc pacientovi vyrovnat se se svou nemocí.¹⁰⁶

Kvalitní poradenství v oblasti genetiky je jistě vítané a doporučeno zvláště ženám s pozitivními testy. Problém tkví v tom, že genetičtí poradci jsou zaměstnanci odvětví prenatalní diagnostiky, jejímž cílem je minimalizovat počet novorozenců s jakoukoli vadou. Z toho důvodu mohou mít problémy s podáváním neutrální informace.¹⁰⁷

¹⁰⁴ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života*, s. 49-50.

¹⁰⁵ Tamtéž, s. 51.

¹⁰⁶ MUNZAROVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*, s. 5.

¹⁰⁷ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-11.

4 Etická reflexe

4.1 Zhodnocení preimplantační diagnostiky z pohledu bioetiky

Preimplantační diagnostika je ve skutečnosti určení zdravotního stavu embrya in vitro před implantací do dělohy těhotné ženy. Protože jejím smyslem je vlastně eugenická volba, není eticky přípustná. Udávaným důvodem této metody, povolené v několika evropských zemích je vyhnout se potratu. Argumentem proti užití této metody je především oslabení ochrany embryí.¹⁰⁸

Etické problémy při aplikaci této metody souvisí s manipulací s embryi, ale také s odpovědí na otázku – Co se stane s ostatními embryi?

V této souvislosti se objevily tři základní morální problémy a také způsoby posuzování jejich řešení:

1. Je vůbec morální posuzovat embryonální buňky člověka? To se vztahuje ke koncepcím, v nichž je embryo posuzováno jako živá bytost, resp. osoba, na niž by se měla vztahovat všechna práva, náležející jiným lidským bytostem.¹⁰⁹

2. Má lékařská diagnostika právo porovnávat zárodečné buňky? Během tohoto procesu nedochází k žádnému rozhodnutí, nicméně jde tu o porušení principu lidské důstojnosti.

3. Má vůbec někdo právo rozhodovat o tom, která embrya budou během této metody vyloučená a která ne? V rámci této problematiky je pak nutno řešit i otázku uchovávání embryí a jejich dlouhodobého skladování.¹¹⁰

Podle Instrukce Kongregace pro nauku víry o úctě k počatému lidskému životu a důstojnosti plození *Donum Vitae*, patří k právům člověka také právo na důstojný vznik života, kterému odporují tyto postupy, využívající metody preimplantační diagnostiky:

- a) umělé oplodnění cizím dárcem
- b) umělé oplodnění vlastním manželem
- c) náhradní mateřství.¹¹¹

Při těchto metodách dochází k porušení principu lidské důstojnosti, jak potvrzuje instrukce *Donum Vitae* s vysvětlením, že odporují nezadatelnému právu manželů na rodičovství a právu dítěte na početí a zrození v manželství.¹¹² Při umělém oplodnění a náhradním mateřství také dochází k porušení principu personalizace sexuality.

¹⁰⁸ SKOBLÍK, J: *Péče o život jako základní dobro*. In Křesťanská morálka, 2010. KTF, UK. [online].

¹⁰⁹ SMOLKOVÁ, E.: *Bioetika. Otázky, problémy, súvislosti*, s. 83.

¹¹⁰ Tamtéž, s. 83

¹¹¹ *Donum vitae: Instrukce Kongregace pro nauku víry o úctě k počatému lidskému životu a důstojnosti plození. Bioetika: Scripta bioethica*. 2007, roč. 7, č. 2, s. 7–42.

¹¹² Tamtéž, s. 7–42.

Důvodem je zcela odosobněná technika metody (inseminace, IVF), s jejíž pomocí vzniká lidský život.

Během umělého oplodnění vždy musí být oplodněno více zárodků, které jsou pak vloženy do dělohy ženy. Poté dochází k tzv. „redukci“, zárodků, z nichž některé jsou zničeny a další jsou použity k vědeckým výzkumům, čímž jsou degradovány na pouhý „biologický materiál“.¹¹³ V tomto momentu právě dochází k absurdní situaci: moderní medicína sice léčí neplodnost, ale v případě úspěchu v podobě mnohočetného těhotenství současně zabíjí.¹¹⁴

Tento postup odporuje principu lidské důstojnosti a též principu totality a integrity, protože nerespektuje život a integritu embrya, ale vystavuje je nadměrným rizikům.¹¹⁵

Ze strany lékařů a laborantů dochází též při preimplantační diagnostice velmi pravděpodobně, podle stavu jejich svědomí, k porušení principu legitimní kooperace, a to kooperace formální nebo jen materiální.

Mezi další etické argumenty proti metodám preimplantační diagnostiky patří to, že není možné získat informovaný souhlas vyšetřovaného. U dospělého pacienta lze souhlas získat, při vyšetřování a úpravě gamet již z principu něco takového možné není.¹¹⁶

Jako úskalí preimplantační diagnostiky se jeví i samotná manipulace a vyšetření embryí. Podle německého modelu je zřejmé, že žádné vyšetření není nutné, tato diagnostika se v této zemi vůbec neprovádí. Přesto se v Německu asistovaná reprodukce praktikuje. Matce se odeberou jen 2 folikuly a z nich vzniklá embrya se rovnou zavedou do dělohy. Není pak třeba řešit problém nadpočetných embryí.¹¹⁷

Pokud jde o metodu heterologního oplodnění, přináší tento postup řadu palčivých otázek a námětů k zamyšlení. Každoročně se rodí tisíce dětí, jejichž skutečný biologický otec nežije s jejich matkou v manželském nebo partnerském vztahu. Skutečným otcem dítěte dvou partnerů je tedy cizí muž a tento fakt může vyvolávat mezi rodiči nesoulad. Také přirozeně mohou vznikat rozpory mezi partnerem a dítětem, v krajním případě muž nemusí přijmout dítě za své.¹¹⁸

Již zmíněná Instrukce Kongregace pro nauku víry o účtě k počatému lidskému životu a důstojnosti plození Donum Vitae odmítá jak heterologické oplodnění, tak i homologické, i když je v dokumentu rozlišen rozdíl mezi těmito metodami. Nejzávažnější výhrady má však tento dokument proti tzv. náhradnímu mateřství. Problémy vznikají především v oblasti vztahu náhradní matky k narozenému dítěti. Na jedné straně hrozí, že tato náhradní matka se bude v těhotenství chovat nezodpovědně a

¹¹³ *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 558.

¹¹⁴ MUNZAROVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*, s. 50.

¹¹⁵ *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 557.

¹¹⁶ VÁCHA, M.: Genové terapie. Stvoření člověka k obrazu...koho vlastně? *Universum. Revue české křesťanské akademie*. 2009, č. 1, s. 26-27.

¹¹⁷ VÁCHA, M.: *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*, s. 64.

¹¹⁸ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života*, s. 41.

nedojde k jejímu ztotožnění s dítětem. Na druhé straně se může stát, že matka se s dítětem ztotožní a pak dojde k psychické újmě, pokud by dítě měla vydat cizím rodičům.¹¹⁹

Podle Kompendia sociální nauky církve nedává touha po dítěti manželům nebo partnerům žádné „právo na potomstvo“, naproti tomu práva toho, kdo se má narodit, jsou zcela nepochybná. Nenarozenému dítěti je třeba zaručit co možná nejlepší podmínky, především péči o vztah manželů a stabilitu rodiny. V kapitole Rodina jako živoucí buňka společnosti odmítá Papežská rada pro spravedlnost a mír všechny reprodukční techniky jako mravně nepřijatelné.¹²⁰

4.2 Zhodnocení prenatální diagnostiky z pohledu bioetiky

Základními úkoly prenatální diagnostiky jsou prevence a léčba. Mnohdy bývá největším ziskem této metody uklidnění rodičů z některé rizikové skupiny.¹²¹

Je však třeba vzít v úvahu i negativní stránky prenatálních vyšetření. Mnohdy nemají jen preventivní a léčebný charakter, bývá tu přítomen úmysl nemocné nebo hendikepované dítě vůbec nedonosit. To přináší riziko, že by se prenatální diagnostika stala prostředkem, obhajujícím přerušování těhotenství.¹²²

Z bioetických principů vyplývá, že k realizaci prenatálního vyšetření musí vždy vést jen mravně obhajitelné argumenty a že důležitá je motivace vyšetření. Prenatální diagnostika je v souladu s bioetickými principy jen tehdy, pokud staví na kladném hodnocení lidského života.¹²³

4.2.1 Neinvazivní metody z pohledu bioetiky

Celkově lze říci, že z pohledu bioetických principů je většina neinvazivních prenatálních vyšetření přípustná. Sporné případy viz níže.

A) Krevní testy – princip lidské důstojnosti osoby je zde respektován, stejně tak i princip totality a integrity. Rovněž vzhledem k běžnosti a účelu vyšetření je toto v souladu s principem správného svědomí a informovaného souhlasu. Princip dvojího účinku – zamýšlený cíl, prevence, je eticky správný. Negativní účinky odběru krve jsou na úrovni dnešního zdravotnictví téměř vyloučeny.

B) Opakovaný krevní odběr – u tohoto typu vyšetření je situace stejná jako v případě krevních testů, všechny související etické principy jsou respektovány.

¹¹⁹ ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života*, s. 42-43.

¹²⁰ Papežská rada pro spravedlnost a mír: *Kompendium sociální nauky církve, Rodina jako živoucí buňka společnosti*, s. 163, čl. 235.

¹²¹ VÁCHA, M.: *Etika genetiky*. In *Lékařská etika* [online].

¹²² *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 215.

¹²³ Tamtéž, s. 215.

C) Ultrazvukové vyšetření – důležité je, za jakým účelem se ultrazvuk provádí. Pokud lékař nebo těhotná žena počítají v případě pozitivního nálezu s ukončením těhotenství, dochází k porušení principu lidské důstojnosti nenarozeného člověka. V kontextu tohoto vyšetření je vhodné se zaměřit na princip správného svědomí (rodičů i lékaře) a informovaného souhlasu. Pokud jde o princip dvojího účinku, ten by mohl být porušen snad jen tehdy, kdyby k UZ vyšetření docházelo příliš často, což by mohlo negativně ovlivnit vývoj plodu.

D) Cytologické odběry – jde o běžné vyšetření, prováděné i v době mimo těhotenství. Proto z bioetického hlediska není námitek. K nevýhodám patří menší přesnost této metody.

E) Vyšetření moči – účelem je zjištění a léčba těhotenské cukrovky, uroinfekce nebo preeklampsie a eklampsie.¹²⁴ Z tohoto důvodu není třeba pochybovat o respektování principů bioetiky.

F) Amnioskopie – spolehlivá metoda, používaná od 38. týdne těhotenství. Zkoumá kvalitu plodové vody vzhledem k termínu porodu. Ani proti této metodě nejsou z hlediska bioetických principů žádné námitek.

G) Kardiokografie – zaznamenává srdeční činnost plodu a děložní aktivitu. Jde o bezpečné vyšetření, respektující související bioetické principy.

H) Triple test (screening) – vzhledem k tomu, že jedna z dvaceti matek má v tomto testu pozitivní výsledek a je vystavena stresu a strachu, považují to za porušení principu lidské důstojnosti. To však je způsobeno chybnou nebo žádnou informovaností matek, v tomto případě nejde o diagnostický test, ale o rozčlenění do skupin s různou mírou rizika postižení plodu.¹²⁵ Tím, že žena nedostala potřebnou a srozumitelnou informaci, dochází k porušení principu profesionální komunikace. Často dochází k tomu, že zdravotníci nejsou schopni a ochotní přijmout autonomní rozhodnutí budoucí matky, když ona nechce toto vyšetření podstoupit.¹²⁶ V tom případě se, dle mého názoru, jedná o porušení principu lidské důstojnosti, protože matkám je upíráno právo na rozhodování o průběhu a intervencích během jejich vlastního těhotenství.

4.2.2 Invazivní metody z pohledu bioetiky

A) Amniocentéza – je to invazivní metoda, při níž se odebírají vzorky plodové vody k testování na genetické abnormality. Tato metoda má svá rizika jak pro matku, tak pro dítě. Zhruba v 1 % případů způsobuje amniocentéza potrat, k němuž dochází až za 3 týdny po tomto výkonu.¹²⁷ Dochází tu k hrubému porušení bioetických principů, v první řadě není respektována lidská důstojnost plodu ani matky, jež jsou vystaveni

¹²⁴ ČEPIČKÝ, P., KURZOVÁ, H.: *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*, s. 123-126.

¹²⁵ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3., s. 8-9.

¹²⁶ KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 13.

¹²⁷ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-9.

neadekvátnímu riziku a vzniká i pochybnost, že je porušen princip dvojího účinku. Zamýšlené dobro (poznání) v tomto případě nevyvažuje rizika nebo škody spojené s provedeným vyšetřením.

Dále může docházet k unikání plodové vody vaginou, jde znovu o cca 1% vyšetřených žen. Výjimečně se stává, že punkční jehla může poškrábat nebo propíchnout plod a následky se mohou projevit až po porodu.¹²⁸ To je opět porušení principu lidské důstojnosti a principu dvojího účinku (viz výše).

Podle výsledků velké evropské studie může amniocentéza zvýšit riziko předčasného porodu a může být důvodem velmi nízké porodní váhy jednoho dítěte z 200.¹²⁹ Nezralost a příliš nízká váha jsou nejčastějšími riziky fyzického a intelektuálního postižení novorozenců. Jak je zřejmé, tato vyšetřovací metoda porušuje základní etické zásady, týkající se péče o lidský život a zdraví. Kromě výše zmíněných principů je v tomto případě porušován i princip informovaného souhlasu, protože budoucí matky se mnohdy rozhodují pod tlakem lékařových argumentů a nemohou si své rozhodnutí v klidu promyslet¹³⁰ případně se poradit s někým dalším.

B) Choriocentéza, nazývaná též biopsie choria. Jedná se o novější metodu, která má ale také svá nezanedbatelná rizika. Především je to riziko samovolného potratu (jeden případ z 25 až ze 100 vyšetření).¹³¹ Problémy při samotném výkonu nebo při laboratorních zkouškách jsou častější než při amniocentéze. V takových případech dochází k opakování vyšetření a tím i zvýšení rizika. Další nechtěnou komplikací při tomto vyšetření může být možnost deformace končetin, malformace čelistí a kůže a výskyt kožních znamének.¹³² Ohrožena je i matka, po choriocentéze jí hrozí vysoký krevní tlak a preeklampsie.

Při aplikaci tohoto vyšetření dochází opět k porušení principu lidské důstojnosti jak u matky, tak u plodu. Podobně jako v případě amniocentézy dochází i zde k porušení principu dvojího účinku. Často je při této metodě ignorován i princip profesionální komunikace.

C) Kordocentéza – odběr krve plodu z pupečníku. Má tato rizika: potrat (1-2%), krvácení ze vpichu do pupečníku, infekce, poruchy srdečního rytmu plodu, předčasné odloučení lůžka.¹³³

Z výše uvedeného je zřejmé, že při aplikaci tohoto vyšetření nejsou respektovány principy lidské důstojnosti jak u matky, tak u nenarozeného dítěte, rovněž je často

¹²⁸ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-9.

¹²⁹ Tamtéž, s. 8-9.

¹³⁰ KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 12.

¹³¹ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 9

¹³² Tamtéž, s. 10.

¹³³ BRADÁČ, B.: *Informace o odběru krve plodu z pupečníku* [online].

obcházen nebo jen alibisticky obelstěn princip informovaného souhlasu (vyšetřovaná žena dostane odborně formulovaný souhlas k podpisu těsně před výkonem).¹³⁴

D) Fetoskopie - zobrazovací metoda, která má vyšší riziko potratu plodu. Z toho důvodu je stále častěji nahrazována ultrazvukovým vyšetřením. Pokud by však došlo k jejímu opětovnému používání, je třeba vědět, že také při aplikaci této metody dochází k porušení principu lidské důstojnosti jak u matky, tak u dítěte a podobně jako v předchozích případech dochází k porušení principu informovaného souhlasu¹³⁵, kdy je ženám odepřen přístup k potřebnému poznání a svoboda se podle toho rozhodnout, a k porušení principu dvojího účinku.

Na závěr – všechny invazivní metody prenatalní diagnostiky jsou spojeny s rizikem potratu, proto je vhodné je odmítnout.¹³⁶ U všech zmíněných metod, invazivních i neinvazivních, vzniká pochybnost o tom, zda není porušován nebo obcházen princip informovaného souhlasu. To může souviset s paternalistickým přístupem lékaře nebo s neochotou vzdát se zavedených postupů.

Pokud jde o etický aspekt četnosti vyšetření při fyziologickém těhotenství, této tématice je věnována kapitola Současná praxe.

4.3 Aktuální situace v ČR

V rámci legislativy České republiky je těhotenství považováno za nemoc či stav ohrožující zdraví. V důsledku toho dochází k velkému množství diagnostických a screeningových vyšetření, a náklady na péči o těhotné ženy stoupají. Též je tím determinován přístup zdravotníků k těhotným ženám.

Prenatální diagnostika se mimo jiné zabývá i diagnostikovaním vrozených vad dítěte, tzv. screeningovým vyšetřením, které má za cíl vyhledání osob s rizikem určité choroby. V případě těhotenství se jedná o vrozené vývojové vady.¹³⁷

4.3.1 Současná praxe

4. 1. a) Zásady soustavné odborné prenatalní péče ve fyziologickém těhotenství v České republice (Text byl schválen výbory České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP)

¹³⁴ KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 12.

¹³⁵ Tamtéž, s. 12.

¹³⁶ SKOBLÍK, J.: *Přehled křesťanské etiky*, s. 184-185.

¹³⁷ KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 12.

Tento přehled vymezuje základní frekvenci a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Nebudou-li doporučený obsah a frekvence vyšetření realizovány, péče bude označena za non lege artis.

Pro účely stanovení minimálního rozsahu poskytované péče je průběh těhotenství rozdělen do tří typů: fyziologické těhotenství, rizikové těhotenství a patologické těhotenství. Pro každý typ je definována frekvence a rozsah potřebných vyšetření a jsou takto schváleny příslušnými výbory odborných gynekologických společností.

Fyziologické těhotenství je takové těhotenství, ve kterém matka nemá v anamnéze žádné rizikové faktory, a rovněž výsledky všech vyšetření během těhotenství jsou normální. V takovém případě se soustavná odborná péče poskytuje do 36. týdne těhotenství v intervalu čtyř týdnů, a od 37. týdne v intervalu jednoho týdne.

Rizikové těhotenství se od fyziologického těhotenství liší tím, že matka má v anamnéze určité rizikové faktory. Frekvence vyšetření je závislá na vývoji zdravotního stavu matky. Pokud se při vyšetření objeví hodnoty mimo normu, stává se z rizikového těhotenství patologické těhotenství.

Patologické těhotenství je takové, při kterém výsledky klinických nebo laboratorních vyšetření signalizují určité konkrétní vysoké riziko. V anamnéze matky přitom rizikové faktory být mohou, ale také nemusí.¹³⁸

Vyšetření, která jsou součástí soustavné odborné prenatální péče v těhotenství, rozdělujeme na pravidelná a nepravidelná.

Mezi **pravidelná vyšetření** patří:

- Podrobný soubor údajů o prodělaných nemocech pacientky a o jejích subjektivních potížích, vnější vyšetření těhotné, s údaji o hmotnosti a krevním tlaku
- Laboratorní rozbor moči
- Vyšetření vaginální a děložního hrdla
- Od 24. týdne těhotenství zjišťování známek životnosti plodu.¹³⁹

Mezi **nepravidelná vyšetření** patří:

- V 16. týdnu laboratorní vyšetření krve, screening vrozených vývojových vad, vyšetření močového sedimentu.
- V 18.–20. týdnu: první ultrazvukový screening plodu.
- Ve 24.–28. týdnu screening poruch glukózové tolerance
- Ve 30.–32. týdnu vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0.
 - stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,

¹³⁸ DVOŘÁK, V., UNZEITIG, V.: Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství v ČR. *Česká gynekologie*. 2005, roč. 70, č. 6, s. 460-461.

¹³⁹ Tamtéž, s. 460-461.

- sérologické vyšetření protilátek proti syfilis,
- sérologické vyšetření HBsAg a HIV – pouze výběrově,
- druhý ultrazvukový screening plodu.
- Ve 36.–37. týdnu detekce streptokoků skupiny B v pochvě.¹⁴⁰
- Ve 36., 37., 38., 39. a 40. týdnu kardiografický non–stress test (ve 36. a 37. týdnu je doporučen, v dalších týdnech je povinný).

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče o fyziologické těhotenství.¹⁴¹

4. 1. b) Kapitola z učebnice Porodnictví, autoři Čech, Hájek, Maršál, a kol.

Během soustavné odborné prenatalní péče lze vysoké procento diagnóz stanovit na základě anamnézy. „Je neetické provádět komplexní laboratorní a fyzikální vyšetření tam, kde to není nutné, stejně jako je neetické provádět při každé návštěvě lékaře v graviditě kardiografický záznam, ultrazvukové vyšetření, není-li k tomu zvláštní důvod. Z hlediska společenského je alibistické a pro lékaře finančně výhodné vyšetřování nutné odsoudit jako neetické.“¹⁴² Tato praxe ekonomicky zatěžuje všechny občany, kteří přispívají na zdravotnictví daněmi v rámci principu solidarity. Lékaři jsou v roli správců financí, které prostřednictvím státu od obyvatel dostávají.¹⁴³

Z výše uvedeného textu je zřejmé, že i sami gynekologové mohou mít rozdílné názory na četnost a frekvenci prenatalních vyšetření. To, co je výhodné pro lékaře, nemusí být vhodné pro těhotnou ženu. Po prostudování těchto dokumentů si kladu otázku, zda Česká gynekologicko-porodnická společnost zohledňuje při schvalování svých dokumentů bioetické principy, konkrétně princip lidské důstojnosti a princip profesionální komunikace. Pokud bychom se spokojili s minimalistickým pojetím dle Beauchampa a Childresse, nejsou tu zřejmě respektovány principy sebeurčení neboli autonomie a předcházení škodám. Kolik těhotných nebo potencionálně těhotných žen bylo přizváno ke schvalování Zásad soustavné odborné prenatalní péče ve fyziologickém těhotenství v České republice?

4.3.2 Genetický screening – různé pohledy

Cílem primárních screeningových vyšetření je odhalit co nejdříve riziko vrozené vady dítěte. Na toto primární vyšetření pak navazují náročnější diagnostické úkony. Tzv. triple test se provádí v 16.-17.týdnu těhotenství. Budoucím matkám je při něm

¹⁴⁰ DVOŘÁK, V., UNZEITIG, V.: Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství v ČR. *Česká gynekologie*. 2005, roč. 70, č. 6, s. 460-461.

¹⁴¹ Tamtéž, s. 460-461.

¹⁴² ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K. a kol.: *Porodnictví*. In *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 7.

¹⁴³ Tamtéž, s. 7.

odebrána krev ke zjištění hladiny alfafetoproteinů, estriolu a hormonu hCG pro identifikaci vývojových vad.¹⁴⁴

Na rozdíl od jiných států je genetický screening v České republice prováděn plošně, často bez souhlasu, dokonce i bez vědomí ženy. Těhotná žena je pak postavena před těžké rozhodování, které v lidské historii nemá analogii.

V roce 2006 proběhl výzkum organizovaný společností Gender Studies zaměřený na reprodukční práva žen. V rámci tohoto výzkumu se zjišťovaly též názory žen a zdravotníků na genetický screening. Ke zmapování situace bylo použito dotazníkové formy výzkumu. Zúčastnilo se 47 těhotných žen a 46 zdravotníků. U žen se sledoval průměrný věk (cca 32 let), vzdělání (31 VŠ, 16 SŠ) a rodinný stav (34 vdaných, 9 svobodných, 2 rozvedené, 2 vdovy). Ze zdravotníků bylo 15 lékařů a 31 porodních asistentek.¹⁴⁵

Výsledky šetření lze shrnout takto:

- 1) Psychickou zátěží pro těhotné ženy je už samotný test.
- 2) Většina budoucích matek není dobře seznámena s principem a účelem testu, nebo jej dostatečně nechápe.
- 3) U zdravotníků často dochází k tomu, že výsledek testu screeningového, jehož cílem je pouze identifikovat rizikovou skupinu, zaměňují za výsledek testu diagnostického, tj. interpretují jej tak, jako by přímo ukazoval na přítomnost nemoci nebo vady.¹⁴⁶
- 4) Vzhledem k tomu, že výsledky screeningového testu jsou k dispozici až v době, kdy těhotenství je v pokročilém stadiu, je rozhodování o případné interrupci pro těhotnou ženu velkou psychickou zátěží.
- 5) Starší ženy jsou méně ochotné podstoupit riziko vyšetření invazivní diagnostickou metodou. To působí problémy při screeningu prováděném na základě vyššího věku matky.
- 6) Zdravotníci často odmítají brát v úvahu svobodnou vůli matky, která se rozhodne prenatální diagnostické vyšetření nepodstoupit nebo těhotenství předčasně neukončit.¹⁴⁷

4.3.3 Prenatální diagnostika a její úskalí

Dnešní prenatální diagnostika staví před lékaře i budoucí rodiče stále složitější problémy. Je schopná zjišťovat i nemoci, které jsou jednoznačně dědičné, avšak projeví se až v pokročilejším věku, to vše za cenu podstoupení rizika spojeného s vyšetřením a nemalým stresem.¹⁴⁸

¹⁴⁴ LÁBUSOVÁ, E.: Metody prenatální diagnostiky. In *Rodiče* [online].

¹⁴⁵ KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 12.

¹⁴⁶ Tamtéž, s. 13.

¹⁴⁷ Tamtéž, s. 13.

¹⁴⁸ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-11.

Poznatky z praxe prenatalní diagnostiky v České republice:

Všechny testy, které používají metodu diagnostických testů k vyhledávání rizikových osob, mají omezenou platnost- žádný není schopen identifikovat všechna možná postižení plodu.

Většina gynekologů nemá dostatečnou praxi a přístrojové vybavení pro spolehlivou prenatalní diagnostiku.

Všechny v současnosti dostupné screeningové testy vykazují v určitém procentu případů falešnou pozitivitu. Ta bývá často způsobena také nesprávným datováním těhotenství.

Není známa žádná možnost prevence chromozomálních poruch, ani neexistuje možnost je léčit. Je pouze možné těhotenství ukončit, a to již ve značně pokročilém stádiu.

V cca 1% je důsledkem provedené amniocentézy potrat. Příčinou potratu je předčasný odtok plodové vody, krvácení nebo infekce. K potratu obvykle dochází až tři týdny po vyšetření i později. Může se také stát, že vyšetřující jehla poškodí plod a následky, i závažné, se mohou objevit až při porodu.¹⁴⁹

Současná prenatalní diagnostika klade jak lékařům, tak rodičům závažné etické a filozofické otázky.

Jak je možné, že se považujeme za vyspělou a tolerantní společnost a jsme hrdí na to, že respektujeme práva menšin a slabých a přitom všestranně podporujeme medicínské odvětví, které odstraňuje nenarozené postižené děti? Jsou snad děti zbožím, u něhož můžeme testovat jeho kvalitu a v případě nespokojenosti nevyhovující „kusy“ jen tak vyhodit? Zvažme, jaký psychický dopad to může mít na dítě, které se nakonec přeci jen narodí, ale později zjistí, že jeho vlastní rodiče uvažovali o jeho odstranění.¹⁵⁰

4.4 Konkrétní kazuistiky

1. **Klientka A** otěhotněla ve věku 30 let, čekala své druhé dítě. Lékaři našli při ultrazvukovém vyšetření plodu v 5. měsíci těhotenství vymizelou ledvinu- místo ní byla viditelná jen cysta. Lékař gynekolog řekl, že vada je slučitelná se životem a že nevidí problém v dalším vývoji dítěte ani v pokračování těhotenství.

Ale dle pokynů České gynekologicko-porodnické společnosti byla žena poslána ke genetikovi (při svých dalších těhotenstvích to již odmítla) na amniocentézu. Genetik se velmi divil, proč pacientka vyšetření - amniocentézu odmítá, žena zase nechápala, proč vyšetření podstupovat, když si dítě chce nechat a vada nebyla veliká. Genetik tehdy prohlásil, že i věřící manželé si nechávají děti vzít, a pokud to udělají do šesti týdnů, tak jim pomůže k dalšímu těhotenství - toto vše klientku tehdy hodně rozzlobilo. „*Prostě nás nutili k vyšetření, které jsme nechtěli a nabízeli nám interrupci, kterou jsme taky*

¹⁴⁹ KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 13.

¹⁵⁰ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-11.

nechtěli. Připadala jsem si tehdy jako velká hrdinka a bojovnice, manžel řekl, že rozhodnutí nechá na mě. Dokonce i má matka, věřící žena, se přiklání k interrupci“
Dcera této ženy dnes žije zcela normálním životem.

2. **Klientka B** otěhotněla ve 38 letech, očekávala své čtvrté dítě. První dvě těhotenství prožila v Německu, kde byla spokojená. Pak se vrátila zpět do ČR a během třetího těhotenství zažila nepříjemné překvapení. Lékař se k ní nechoval s respektem, nutil ji do vyšetření, která ona nechtěla, péče se jí zdála příliš medikalizovaná. Proto při svém posledním těhotenství přišla na gynekologické vyšetření až později než je obvyklé a plánuje porod doma s porodní asistentkou.

K informovanosti těhotných říká toto:

„U nás je asi normální, že lékař neinformuje. Nemusí to být vždy chyba. Ale pokud žena projeví zájem, měl by jí to vysvětlit. Snad ještě důležitější než to, zda lékař předem informuje nebo ne, je však jeho obraz, který má o svých pacientech. Pokud je veden úctou k člověku, bude se u každé ženy ptát, co ona potřebuje, co je pro ni nejlepší - jestli jí informovat nebo ne. Pokud však pro něj pacientky budou jen předmětem jeho práce, ani jeho informace (leckdy kusé) ženu neuspokojí.“

3. **Klientka C** čekala ve svých 38 letech své páté dítě.

Lékař gynekolog se k ní choval zdvořile a s respektem, na genetice vyšetření probíhalo jinak. Hlavním důvodem podle naší klientky bylo její odmítnutí odběru plodové vody a jasné vyjádření přání donosit jakékoli (tedy i postižené) dítě, které lékař po zjištění rizika nazýval už jen „plodem“. Odmítnutí amniocentézy musela těhotná žena několikrát podepsat.

Lékař na genetice byl podle klientky *„arogantní, netaktní, zneužívající své vědomosti a nejistotu a neinformovanost maminky. Bylo to velice nepříjemné a stresující setkání. Další vyšetření a jakýkoliv kontakt s genetikou jsem odmítla.“*

Dítě se narodilo zcela zdravé, dnes je mu už 5 let.

4. U **klientky D** se jednalo o třetí těhotenství ve stáří 35 let.

Měla z minulosti špatnou zkušenost, v těhotenské poradně ve státní nemocnici byly velmi nepříjemné sestry.

Překvapilo ji, že při ultrazvuku jí nikdy nechtěli říci, jaká jsou pohlaví dětí, přestože problém nebyl ve špatné rozlišitelnosti, vždy jí říkali, že se to dozví hned po narození a že to nepotřebuje vědět. Takže před porodem se již cítila nedůstojně, že se jako matka nesmí dozvědět běžné informace o pohlaví vlastních dětí (při následujícím těhotenství jí ve stejném zařízení již pohlaví sdělili, za 300,- Kč).

Při hospitalizaci na nemocničním oddělení z důvodu krvácení klientka cítila, že lékaři nemají prostor pro dotazy pacientů, a dále před diabetologickým testem ji jedna zdravotní sestra nevybíravým způsobem informovala o tom, že dítě může při těhotenské cukrovce i zemřít. Navíc se od jiných matek dozvěděla o případech, kdy také testy na plodovou vodu byly mylné, dokonce v jednom případě byla chyba i v pohlaví dítěte,

dále došlo k záměnám výsledků mezi pacientkami a jeden konkrétní otec se domnívá, že jeho manželka na doporučení lékařů pravděpodobně potratila zdravé dítě - soudí tak z rozpaků lékařů po výkonu a neochotě informovat o dítěti.

Proto se rozhodla při posledním těhotenství pro péči na soukromé klinice, ale za vyšetření v období gravidity musela zaplatit 3000,- Kč nebo 500,- Kč za jednu návštěvu.

Všechna její těhotenství nakonec dopadla dobře.

4.4.1 Závěr vyplývající z uvedených kazuistik

V České republice zřejmě stále více převládá paternalistický postoj lékařů, kteří chtějí být uznávanou autoritou ve svém oboru, jak tomu bylo v minulosti (co řekl lékař, to bylo svaté), ale dnešní doba preferuje partnerský model: ten, kdo se svěří do péče lékaře, přebírá stále větší odpovědnost za svůj život a za své zdraví. Zvláštní důraz je kladen na individuální přístup lékařů a zdravotníků.

Ve 3. kapitole této práce jsem popsala bioetické principy. V popsáných kazuistikách je možno vidět názornou ukázkou jejich uplatňování nebo spíše neuplatňování v praxi. Konkrétně se jedná např. o princip lidské důstojnosti, který nebyl uplatňován ani u jedné ze čtyř klientek. Žádné z nich nebyl dán prostor k vlastnímu rozváznému rozhodnutí ani dostatek informací potřebných k rozhodování. U většiny zmíněných žen též došlo dle mého názoru k porušení principu informovaného souhlasu, jde však o to, zda jednotlivé zákroky vyhodnotili lékaři jako závažné. Nejnápadnější se mi jeví nerespektování principu profesionální komunikace, a to ve všech čtyřech zmíněných případech. Argument, že výsledky ultrazvukového vyšetření matka nepotřebuje vědět, skutečně nesvědčí o kvalitní komunikaci. Ti, kdo princip profesionální komunikace v praxi neuplatňují, samozřejmě ztrácí důvěryhodnost.

Na základě výše uvedených příběhů nelze zevšeobecňovat uvedená tvrzení na všechny lékaře, vycházím pouze ze zkušenosti klientek poradny. Je rovněž zřejmé, že volba mezi paternalistickým a partnerským přístupem lékaře není vždy snadná, v některých případech je paternalismus na místě. Spíše se domnívám, že by gynekologové a genetici mohli věnovat více pozornosti i psychologické stránce těhotenství. Jako profesionálové jistě vědí, že těhotná žena je velmi zranitelná a vnímavá a potřebuje dostatek empatie a pomoci ve své nové situaci.

ZÁVĚR

Je opravdu zarážející, jak málo se píše a ví o názorech a pocitech žen ve spojení s prenatální diagnostikou. Dnešní převážně technologické porodnictví vychází z předpokladu, že vědět více je vždy lepší. Není však bráno v potaz, že pro ženy, jejichž děti jsou diagnostikovány jako postižené, se volba v prenatálním období může stát jejich individuální katastrofou. Stojí před neuvěřitelně těžkou volbou – pokud ukončí těhotenství, budou se trápit myšlenkou, že možná zemřelo zcela zdravé dítě (rozlišovací citlivost mnoha metod je 60 – 70%)¹⁵¹ a snad i trpět postabortivním syndromem. Nebo mohou v těhotenství pokračovat s vědomím, že jejich dítě je pravděpodobně postižené, může se narodit mrtvé nebo s handicapem.

I když jsou pokroky v medicíně vítané, stále zůstává obava, že ve srovnání s technickým pokrokem v diagnóze a terapii se věnuje jen minimální nebo žádná pozornost oblasti psychologie a etiky. Jednou z možností řešení je podle mého názoru lepší informovanost jak na straně pacientů, tak na straně lékařů a dalšího zdravotnického personálu. Genetické poradenství často poskytuje množství technických dat a zapomíná, že hlavním úkolem lékaře je služba životu. V tomto oboru by lékaři měli usilovat o to, aby rodiče došli k samostatnému vlastnímu rozhodnutí na základě informací lékaře a možností prenatální diagnostiky. Takové rozhodnutí je žádoucí zvláště v případech vážných komplikací, kdy jsou rodiče i zdravotníci vystaveni enormní zátěži.¹⁵²

Během psaní své bakalářské práce jsem si rozšířila vědomosti v oblasti preimplantační a prenatální diagnostiky a bioetiky a mohla jsem porovnat názory a přístupy různých autorů.

Domnívám se, že cíle, stanovené v úvodu své bakalářské práce jsem splnila. Doufám, že se situace v oblasti etického přístupu k prenatálním vyšetřením změní k lepšímu a že individuální přístup k těhotné ženě se stane běžným standardem.

¹⁵¹ BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-11.

¹⁵² LÁBUSOVÁ, E.: Prenatální diagnostika: Dojít k vlastnímu rozhodnutí. In *Aperio* [online].

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ASHLEY, B., O'ROURKE, K. D.: *Ethics of health care: an introductory textbook*. Washington D. C.: Georgetown University Press, 2002. ISBN 0-87840-375-2.
- BRADÁČ, B.: *Informace o odběru krve plodu z pupečníku* [online]. [cit. 28. února 2011] Dostupné na WWW: <<http://www.nspm.cz/oddel/kordocenteza.pdf>>.
- BUCKLEY, S. J.: Prenatální diagnostika. *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 8-11. ISSN 1801-5808.
- CIKRLE, V.: *Smysl bolesti a utrpení*, přednáška na setkání Kolegia katolických lékařů [online]. [cit. 2. února 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.biskupstvi.cz/dokumenty/smyslbolesti.pdf>>.
- ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K. a kol.: *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-355-3.
- ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H.: *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum – nakladatelství UK, 2003. ISBN 80-246-0677-1.
- DOLISTA, J., VURM, V.: *Vybrané kapitoly z bioetiky (aspekt filozofický)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. ISBN 80-7040-700-X.
- Donum vitae: Instrukce Kongregace pro nauku víry o účtě k počatému lidskému životu a důstojnosti plození. *Bioetika: Scripta bioethica*. 2007, roč. 7, č. 2, s. 7–42. ISSN 1213-2977.
- DOSTÁL, J.: *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: Situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.
- DVOŘÁK, V., UNZEITIG, V.: *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství v ČR. Česká gynekologie*. 2005, roč. 70, č. 6, s. 460-461.
- Gaudium et spes, *Výchova k všestranné kulturnosti člověka*. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha: Zvon, 1994. s. 235. ISBN 80-7113-089-3.
- GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., BLÁHA, P. a kol.: *Kniha o matce a dítěti*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-0854-X.
- HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M.: *Základy prenatální diagnostiky*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-391-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.

- HÁŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- Hnutí pro život, *Původ bioetiky*. In *Kultura života*, [DVD], Bratislava, studio Lux, rok neuveden
- JANÁČKOVÁ, L.: *Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámeček komunikace* [online]. [cit. 3. ledna 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/15445>>.
- KAPRAS, J., KOHOUTOVÁ, M., OTOVÁ, B.: *Kapitoly z lékařské biologie a genetiky I*. Praha: Karolinum, nakladatelství UK, 1998. ISBN 80-7184-322-9.
- KOENIGSMARKOVÁ, I.: Genetický screening, svobodná volba? *Porodní asistence*. 2006, č. 3, s. 12-14. ISSN 1801-5808.
- LÁBUSOVÁ, E.: *Cesty ke spokojenému porodu* [online]. 2006-2011. [cit. 8. března 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.evalabusova.cz/cesty.php>>.
- LÁBUSOVÁ, E.: Metody prenatální diagnostiky. In *Rodiče* [online]. 2007, č. 10. [cit. 15. února 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.evalabusova.cz/clanky/metody.php>>.
- LÁBUSOVÁ, E.: Prenatální diagnostika: Dojít k vlastním rozhodnutím. In *Aperio* [online]. 2005, č. I. [cit. 30. ledna 2011]. Dostupné na WWW: <http://www.evalabusova.cz/preklady/prenatalni_diagnostika.php>.
- Listina základních práv a svobod. In *Ústava české republiky, Listina základních práv a svobod, Úplné znění*. Ostrava – Hrabůvka, Sagit, 2009. ISBN 978-80-7208-755-6.
- MACHULA, T.: Pojetí lidské osoby a jeho etické důsledky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2006, č. 2, s. 101. ISSN 1213-6204.
- MUDRA, J.: Judith Jarvis Thomsonová: Obhájkyně potratů. [online]. [cit. 17. února 2011]. Dostupné na WWW: <<http://claritatis.cz/zpravy/z-domova/judith-jarvis-thomsonova-obhajkyne-potrati/3843>>.
- MUNZAROVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-2416-X.
- MUNZAROVÁ, M.: *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 153 s.; ISBN 80-247-1024-2
- ONDOK, J. P.: *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3.
- ONDOK, J. P.: *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-486-1.

- Papežská rada pro spravedlnost a mír. *Kompendium sociální nauky církve*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-014-1.
- PESCHKE, K. H.: *Křesťanská etika*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.
- PRUDIL, L.: *Etické a právní aspekty biotechnologií* [online]. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. [cit. 28. února 2011]. Dostupné na WWW: <<http://bioprojekty.lf1.cuni.cz/3381/sylaby-prednasek/textova-verze-prednasek/eticke-a-pravni-aspekty-biotechnologii-07-prudil.pdf>>
- ROTTER, H.: *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- SARTI, P., SPARNACCI, G.: *Těhotenství a péče o dítě. Kompletní průvodce od početí do věku 6 let*. Firenze-Milano: Giunti Editore, 2007. ISBN 978-80-737-143-6.
- SKOBLÍK, J.: *Péče o život jako základní dobro*. In *Křesťanská morálka*, 2010. KTF, UK. [online]. [cit. 23. února 2011]. Dostupné na WWW: <http://ktf.cuni.cz/~skoblik/km_nove/km_kapitola3.htm>
- SKOBLÍK, J.: *Přehled křesťanské etiky*. Praha: Karolinum - nakladatelství Univerzity Karlovy, 2004. ISBN 80-7184-357-1.
- SMOLKOVÁ, E.: *Bioetika. Otázky, problémy, súvislosti*. Bratislava: Infopress, rok neuveden. ISBN 80-85402-80-7.
- ŠIPR, K.: *Bioetika: principy a přístupy*. In *Bioetika*, 2004 [online]. [cit. 22. února 2011]. Dostupné na WWW: <<http://bioetika.cz/clanky/2004-1-uvod.pdf>>.
- ŠIPR, K.: *Společenství a služba*. in *Bioetika* 3-4, 2005 [online]. [cit. 18. ledna 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.volny.cz/bioetika/clanky/2005/3-4/spolecenstvi-sluzba.htm>>.
- VÁCHA, M.: *Genové terapie. Stvoření člověka k obrazu...koho vlastně? Universum. Revue české křesťanské akademie*. 2009, č. 1, s. 24-27. ISSN 0862-823
- VÁCHA, M.: *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008. ISBN 978-80-7295-104-8.
- VÁCHA, M.: *Etika genetiky*. In *Lékařská etika* [online]. 2010. [cit. 2. února 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.orko.cz/?link=L%20E9ka%20F8sk%20E1%20etika%202010>>.
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění platném k 1. 8.2010. [online]. [cit. 10. března 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.sbirkazakonu.info/obcansky-zakonik/zpusobilost-fyzicke-osoby-mit-prava-a-povinnos.html>>.

Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé. České Budějovice:
Teologická fakulta JU, 2005. ISBN 80-7040-809-X.

ABSTRAKT

ŠIROKÁ, B.: *Etické aspekty prenatalní diagnostiky*. České Budějovice 2011.
Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.
Katedra teologické a sociální etiky. Vedoucí práce M. Pavelková.

Klíčová slova: prenatalní diagnostika, metody prenatalní diagnostiky, bioetika, bioetické principy, medicínská etika

Práce se zabývá aplikací etických principů v oblasti prenatalní diagnostiky. V úvodu je věnována pozornost fenoménu života a jeho aspektů. Odborná medicínská část charakterizuje preimplantační a prenatalní diagnostiku a metody, užívané během péče o těhotné. Etická část práce popisuje vznik, přístupy a koncepce bioetiky. Dále charakterizuje jednotlivé bioetické principy, které z bioetiky vycházejí. V další části jsou uváděna jednotlivá hlediska a problémy medicínské etiky. Cílem poslední kapitoly této práce je etická reflexe, při níž jsou jednotlivé diagnostické metody zkoumány z hlediska bioetických principů. Následuje zmapování aktuální situace v oblasti etiky v prenatalní diagnostice v České republice. Porovnání různých stanovisek profesionálů z tohoto oboru je zajímavé a překvapivé. Čtvrtá kapitola je ukončena konkrétními kazuistikami těhotných žen.

Závěr patří zhodnocení a porovnání dostupných informací a vyjádření vlastního názoru na celou problematiku.

ABSTRACT

Ethical aspects of prenatal diagnosis

Keywords: prenatal diagnosis, methods for prenatal diagnosis, bioethics, bioethical principles, medical ethics

The thesis deals with the applications of ethical principles in prenatal diagnosis. The introduction is devoted to the phenomenon of life and its aspects. The professional medical part characterises the preimplantation and prenatal diagnosis and methods used during the care of pregnant. The ethical part of the thesis describes the origin, the approaches and concepts of bioethics. Further it defines each of bioethical principles which are based on bioethics. At the end of the third chapter various aspects and problems of medical ethics are shown. The aim of the last chapter of this thesis is the ethical reflection in which the different diagnostic methods are examined in terms of bioethical principles. It's followed by analyzing the current situation ethics of prenatal diagnosis in the Czech Republic. Comparison of different opinions from professionals in this field is interesting and surprising. The fourth chapter is concluded with specific case studies of pregnant women.

Conclusions include evaluation and comparison of available information and express my own view on the issue.