

## Dvě úrovně normativního hodnocení v bioetice s ohledem na principlismus

### Two levels of normative evaluation in bioethics with respect to principlism

*Mgr. & Mgr. Jaromír Škoda, Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny, 2. lékařská fakulta UK – Ústav veřejného zdravotnictví, lékařská fakulta UP v Olomouci – doc. et doc.  
PhDr. Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav veřejného zdravotnictví, lékařská fakulta UP  
v Olomouci*

**Abstract:** In this paper, we examine the extension of the concept of normative and non-normative ethics in principlism. We draw on the eighth edition of *Principles of Biomedical Ethics* by Tom L. Beauchamp and James F. Childress. We point out the problem of the vagueness of the definition of the theory of principlism. We present the basic concepts and point out their criticisms. As well, we briefly present their possible defenses. We then offer our own interpretation of the critique of principlism on the basis of which we offer a compromise account of the dual process of normative evaluation in bioethics. We illustrate this conception by distinguishing between manifest and latent uses of normative evaluation. We argue that manifest evaluation is apparent and is concurrent with the principlist grasp of normative ethics. We further argue that latent evaluation is a manifestation of non-normative ethics. We do not regard such dual normative evaluations as necessarily simultaneous processes and argue that there may be discrepancies. We therefore conclude our paper by pointing out that all medical subjects are subject to this double evaluation. We note that there may be situations where a medical subject may be considered both moral and amoral at the same time.

**Keywords:** bioethics – principlism – normative and non-normative ethics – consistency and coherence

**Abstrakt:** V této práci se zabýváme rozšířením konceptu normativní a nenormativní etiky v principlismu. Vycházíme z osmé edice *Principles of Biomedical Ethics* od Toma L. Beauchampa a Jamese F. Childresse. Poukazujeme na problém nejasnosti vymezení teorie principlismu. Předkládáme základní koncepty a

upozorňujeme na jejich kritiku. Stejně tak v krátkosti předkládáme jejich možnou obhajobu. Dále nabízíme vlastní interpretaci kritiky principlismu, na základě které nabízíme kompromisní úvahu o dvojitým procesem normativního hodnocení v bioetice. Tuto koncepci ilustrujeme na odlišení manifestního a latentního použití normativního hodnocení. Tvrdíme, že manifestní hodnocení je zjevné a je souběžné s principlistickým uchopením normativní etiky. Dále tvrdíme, že latentní hodnocení je projevem nenormativní etiky. Takové dvojí normativní hodnocení nepovažujeme za nutně souběžné procesy a tvrdíme, že může docházet k diskrepancím. Naší práci proto uzavíráme upozorněním, že všechny medicínské subjekty jsou vystavovány tomuto dvojitým hodnocení. Upozorňujeme, že mohou nastávat situace, kdy může být zdravotnický subjekt považován současně za morální i amorální.

**Klíčová slova:** bioetika – principlismus – normativní a nenormativní etika – konzistence a koherence

## ÚVOD

Cílem této práce je pomocí ilustrace kontroverzní části principialismu poukázat na skryté používání nenormativní etiky normativním způsobem. Osvětlit tuto dynamiku a nabídnout obecnou deskripci tohoto fenoménu v bioetice.

V případě této práce vycházíme z práce Toma L. Beauchampa a Jamese F. Childresse a jejich knihy *Principles of Biomedical Ethics* v 8. vydání. Pokud není řečeno jinak, pak *autory* míníme Beauchampa a Childresse. Stejně tak referujeme-li k *principům*, máme na mysli pojetí principů v *Principles of Biomedical Ethics*.

V prvním kroku definujeme obecné pojmy principialismu nutné pro porozumění naší úvaze. Jedná se o vymezení principů, normativní a nenormativní etiky,<sup>1</sup> všeobecné morálky, a nakonec modelů etického zdůvodňování. V druhém kroku rozšiřujeme pojetí normativní a nenormativní etiky v principialismu o latentní využití nenormativní etiky normativním způsobem. Ve třetí části konečně ukazujeme vlastnosti a důsledky užití latentních norem. Především je naším cílem poukázat na fakt, že v bioetice nedochází jen k hodnocení morálního chování v rámci interakce subjekt–objekt (např. lékař–pacient). Ale současně se nenormativní bioetika projevuje jako hodnotící kritérium vztahu mezi subjekty medicíny.

### 1. ZÁKLADNÍ POJMY A PŘEDPOKLADY

V první řadě představujeme krátký výčet předpokladů, které považujeme za potřebné k porozumění naší hlavní rozvahy. Zdrojem těchto předpokladů je *Principles of Biomedical Ethics*. Jsme si vědomi, že některé části mohou být diskutabilní až kontroverzní, proto se současně snažíme zachovat jak autenticitu argumentace v principialismu, tak současně nepřijímat tyto předpoklady nekriticky.

#### 1.1. PRINCIPY

Autoři vymezují principy takto: „[principy fungují jako] analytický rámeček obecných norem odvozených z obecné morálky, které utváří vhodné východisko pro biomedicínskou etiku“.<sup>2</sup> Jejich vlastnosti lze vymezit takto:

- 1) Principy jsou obecnější morální normy než pravidla a rozdíl mezi nimi není záměrně vyostřený.
- 2) Jsou to nerigidní shluky, které nevyčerpávají obecnou etickou teorii.
- 3) Účelem principů je vytvořit teoretická východiska pro konkrétní aplikaci.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> V práci používáme pojem *etika* zaměnitelně s pojmem *bioetika*, která je hlavním zájmem tohoto textu.

<sup>2</sup> „[Principles] functions as an analytical framework of general norms derived from the common morality that form a suitable starting point for biomedical ethics.“ BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019, s. 13.

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 14.

- 4) Podobnost mezi pravidly a principy je založena na faktu, že se v obou případech jedná o normy závazků, ale pravidla se oproti principům odlišují zvýšenou přesností pro menší počet situací.<sup>4</sup>
- 5) Specifikace principu vede ke snížení nedeterminovanosti (a obecné platnosti) a zvýšení aplikovatelnosti v konkrétní realitě.<sup>5</sup>

## 1.2. NORMATIVNÍ A NENORMATIVNÍ ETIKA

*Normativní* etiku definuje její cíl identifikovat a teoreticky zdůvodnit<sup>6</sup> užití vhodných norem pro praxi.<sup>7</sup> V principialismu se ovšem nemusí jednat o hodnotící kritérium amorálního chování. Jedná se především o pozitivní výběr vhodných teorií. Beauchamp a Childress řadí do normativní etiky jak normativní teorie, tak aplikovanou etiku. Vztah mezi teoretickou a aplikovanou etikou nechávají vědomě neprůzračný – pozastavujeme se u tohoto vztahu níže v rámci jejich konceptu *všeobecné morálky* a *modelů etického zdůvodnění*.

Za etiku *nenormativní* považují: za první *deskriptivní* etiku a za druhé *metaetiku*. Deskriptivní část je předmětem zájmu výzkumníků jako jsou psychologové, sociologové, bioetici apod. Cílem je identifikace a deskripce morálních fenoménů v předmětu jejich výzkumu (obvykle dle osobního prekonceptu zastávaného normativního systémů). Například identifikace bioetických principů v eticky sporné kazuistice, měření morální kompetence studentů, frekvenční analýza etických dilemat v paliativní medicíně apod. Druhá část, metaetika, slouží jako nástroj analýzy normativní etiky, nejčastěji se jedná o analýzu etických pojmů.<sup>8</sup> Například: co znamená *dobro*, *morálka*.

## 1.3. VŠEOBECNÁ MORÁLKA

Další důležitý pojem naší práce je pojem *všeobecná morálka*<sup>9</sup> – jedná se totiž o ústřední předpoklad principialismu. Z *všeobecné morálky* Beauchamp s Childressem vyvozují své principy. Je to „[...] soubor univerzálních norem sdílených všemi osobami, které se zavázali k morálce [...]“.<sup>10</sup> Jedná se o univerzální koncept, který se dle autorů týká všech lidí, kteří se chtějí chovat morálně, bez ohledu na čas, prostor nebo socioekonomickou pozici.

---

<sup>4</sup> Ibidem, s. 13.

<sup>5</sup> Ibidem, s. 17.

<sup>6</sup> Překládáme z originálu *justification*, kterým autoři míní stanovisko odvozené z dostatečně opodstatněných důvodů. Srovnej BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 424.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 1–2.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 2.

<sup>9</sup> Pojem *common morality* překládáme jako *všeobecná morálka* s cílem zachovat významové odlišení partikulární a univerzální vlastnosti morálky v principialismu. Srovnej BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 3–6.

<sup>10</sup> V originálu: „[...] set of universal norms shared by all persons committed to morality [...]“. BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 3. Dále si povšimněme, že *všeobecná morálka* není kritériem amorálnosti v normativní etice principialismu. Tzn., že amorální jedinci jsou dle autorů ti, kteří pouze neovládají nebo neznají všeobecnou morálku.

Všeobecná morálka je pro autory normativní i nenormativní. Nebo jejich slovy: „[všeobecná morálka] může být chápána jako normativní, nenormativní, nebo možná oboje“.<sup>11</sup> Normativní část všeobecné morálky obsahuje výzvy jako: nezabiješ, říkej pravdu, dodržuj morálku apod. Nenormativní část se pro autory dokazuje možností empiricky studovat morálku ve všech kulturách.<sup>12</sup> Předpoklad, že by existovaly kultury nebo jedinci, kteří by nesdíleli všeobecnou morálku,<sup>13</sup> není pro autory falsifikací teorie, ale důkazem nedodržování standardů všeobecné morálky ze stran jedince či kultury.<sup>14</sup>

Tomuto vymezení lze rozumět vstřícně, pokud se jedná o definici morálky na základě otázky prvního řádu:<sup>15</sup> *Co je základním zdrojem morálky?* Odpovědí je pak nějaká společná univerzální tendence všech lidí k schématickému chování, které lze nazvat *všeobecnou morálkou* a považovat za univerzální zdroj teorií.

#### 1.4. MODEL Y ETICKÉHO ZDŮVODNĚNÍ

Princip tedy může být chápán různě, podle toho, jak je vyvozen ze *všeobecné morálky* a jak se s ním zachází – normativně, nenormativně, aplikovaně, teoreticky apod. To znamená, že čtení principu může být monotetické – princip je jedinečný a v různých stavech mění pouze své vlastnosti. Nebo může být čtení pluralistické a různé stavy principu znamenají různou podstatu. Například normativní nonmaleficence a nenormativní nonmaleficence by pak byly různé principy.<sup>16</sup> Obě varianty mají své obtíže. V monotetickém vnímání hrozí boj o ontologický status principu, například platonická nesnáze povýšení epistemologické struktury na ontologickou – tudíž tyranie principu nad praktickou užitečností. V pluralistickém pojetí zase hrozí přílišný časový a místní relativismus – princip jako prázdné slovo s arbitrárním významem.

Autoři těchto principů se s obtížemi vypořádávají svérázně. Odlišují různé *modely etického zdůvodnění*, skrze které ilustrují, co není<sup>17</sup> principialismus. Příslušně tak zabíjí dvě mouchy jednou ranou – vypořádávají se s kritikou a současně kritiku používají jako průkaz efektivity vlastních teorií. Hlavní *modely etického zdůvodnění*, které představují, jsou dva odmítnuté plus třetí jejich. První jsou *top-down*<sup>18</sup> *modely* (neboli deduktivní modely). Druhé *bottom-up* (neboli induktivní) modely. Protože

<sup>11</sup> V originálu: „[common morality] might be understood as normative, nonnormative, or possible both“. BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 4.

<sup>12</sup> Zdá se nám, že se jedná téměř o aluzi na epikurejský argument o boží existenci: protože *morálku* najdeme v každé kultuře, musí nějak *být*. Protože nějak *je*, můžeme se o ní *vyjádřit*. Protože se o ní *vyjadřujeme*, musí být i *nenormativně*.

<sup>13</sup> Srovnej WESTRA, Anna E. – WILLEMS, Dick L. – SMIT, Bert J. Communicating with Muslim parents: “the four principles” are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*. 2009, Vol. 168, No. 11, s. 1383–1387.

<sup>14</sup> BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 5.

<sup>15</sup> Srovnej HODGES, Kevin E. – SULMASY, Daniel P. Moral status, justice, and the common morality: challenges for the principlist account of moral change. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2013, Vol. 23, No. 3, s. 280.

<sup>16</sup> V důsledku pluralistického čtení bychom nacházeli místo čtyřech principů rovnou osm (čtyři pro praktické užití a 4 pro teoretické). Srovnej BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 158.

<sup>17</sup> Jeví se nám, že příklady a ilustrace o tom, co není principialismus, v *Principles of Biomedical Ethics* převažují nad ukázkami pozitivními.

<sup>18</sup> BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 426 an.

jsou *top-down*<sup>19</sup> modely nevyhnutelně deduktivní, musí být předpoklady každé specifické aplikace založeny na pravdivých premisách.<sup>20</sup> To je komplikace vzhledem k tomu, že takový systém může poskytnout robustní uzavřenou teorii, ale současně může vést k teoretické tyranii nad praxí. Beauchamp a Childress chtějí zachovat flexibilitu principialismu, proto musí tvrdit, že jejich etická teorie není teorií obecnou.<sup>21</sup> Distančují se tedy od předpokladu, že by existovaly pravdivé uzavřené deduktivní premisy.

Druhé modely, *bottom-up*, jsou kazuistické a induktivní. Předpokládají vyvození *paradigmatických*<sup>22</sup> případů na základě analýzy jednotlivých kazuistik. Jeví se nám, že Beauchamp a Childress se s *bottom-up* modelem smiřují významně lépe.<sup>23</sup> Tedy za podmínky, že předpoklad kazuistického modelu – obecná a neuniverzální *maxima*<sup>24</sup> – je analogická principialistickému užívání principů tzv. *prima facie*.<sup>25</sup> Jinými slovy, že existují jasné podmínky, za jakých bude mít to, či ono řešení jasnou morální prioritu. Zásadní odlišností *bottom-up* modelu od ostatních je ovšem jeho cíl – vyhnout se pomyslné tyranii principu, a tedy formulovat vlastní normativní sílu skrze analýzu reálných situací. Zdrojem jsou tedy nenormativní data obvykle v podobě ideálních prototypů, které se normativně upravují do podoby paradigmatických případů. Absence robustní teorie má ovšem za následek nízkou teoretickou robustnost, kterou je třeba kompenzovat aktivitou hodnotitelů kazuistik. Jinými slovy, expertní hodnotitelé mají za úkol: 1) identifikovat prototypy a 2) interpretovat je do formy paradigmatických kazuistik. V obou krocích ovšem hrozí kontaminace biasem hodnotitele: 1) nemusí být vybrány vhodné kazuistiky, 2) nemusí být vhodně vyhodnoceny. Druhou obtíž především pro teorii Beauchampa a Childresse je mimo hodnotitele problém samotné kazuistiky. Pokud není zaručeno, že jsou vybrány tak, aby splňovaly kritéria *všeobecné morálky*, jsou právě kazuistiky příčinou pochyb, protože nejsou univerzální.<sup>26</sup> Tedy problémem kazuistické metody pro ně není jen hodnotitel, ale

---

<sup>19</sup> Srovnej. CLOUSER, Danner K. – GERT, Bernard. Common Morality. In: KHUSHF, George. *Handbook of bioethics: taking stock of the field from a philosophical perspective*. Boston: Kluwer Academic, 2004, s. 130.

<sup>20</sup> Problém je velmi komplexní. Nicméně není možné, aby v tomto systému existovaly obecné normy (deduktivní normativní etika) bez nenormativního premis. Jinými slovy každá explanace v deduktivním modelu je zpětně stopovatelná k implicitní premise, která je veskrze nenormativní a obvykle apriorní. Zdánlivá robustnost deduktivních teorií je tedy spíš jejich rigiditou než legitimitou. Srovnej HEMPEL, Carl Gustav – OPPENHEIM, Paul. *Studies in the Logic of Explanation. Philosophy of Science*. 1948, Vol. 15, No. 2, s. 135–175.

<sup>21</sup> V originálu: „We do not claim to have constructed either a general ethical theory or a comprehensive theory of the common morality, and we do not claim that our principles and methods are analogous to or substitute for the principles and methods of justification in leading classical theories, such as utilitarianism, with its principle of utility, and Kantianism, with its categorical imperative.“ BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 431.

<sup>22</sup> Dále používáme slovo *paradigmatický* pro význam zavedený v kazuistické metodě. Srovnej DOLEŽAL, Adam. Úvod do kazuistické metody (casuistry) a její užití v klinické etice. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2022, Vol. 12, No. 2, s 65–78.

<sup>23</sup> Především v jeho známé variantě kazuistické metody (*casuistry*).

<sup>24</sup> JONSEN, Albert R. Casuistry as methodology in clinical ethics. *Theoretical medicine*. 1991, Vol. 12, No. 4, s. 297.

<sup>25</sup> BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 436.

<sup>26</sup> „Like us, they understand the common morality as universal morality that is not relative to cultures, individuals, religions, or professional associations.“ Ibidem, s. 428.

kontaminace místní (či časovou) morálkou. Z těchto důvodů Beauchamp a Childress tento model také odmítají.<sup>27</sup>

Ve shrnutí: deduktivní (*top-down*) modely mohou být problematické, protože teoretické etické předpoklady mohou znemožnit vhodnou aplikaci – tyranie principů vede ke vzniku neintuitivních až amorálních doporučení. Induktivní (*bottom-up*) modely mohou opačně vést ke kontaminaci obecných doporučení místní morálkou či samotnými hodnotiteli – tyranie trendů vůči etickým normám.

### 1.5. REFLEXE PRINCIPIALISTICKÉHO ŘEŠENÍ

A zde se dostáváme k třetí variantě. Beauchamp a Childress představují svůj model tak, že se distancují od konkrétní etické teorie. Hlásí se pouze k *všeobecné morálce*, která je pro ně zdrojem norem. Zdá se nám, že motivace je zde dvojí: 1) ukázat model, který je teoreticky robustní, ale 2) není rigidní nebo restriktivní. To, co se jeví jako argumentační úkrok stranou, ovšem považujeme za krok zpět. Protože takový model představují výhradně skrze kritiku cizích modelů a funkční ukázky aplikace principialismu – víme tedy pouze, co etická teorie principialismu není. Negativní vymezení nechává, domníváme se, až příliš mnoho prostoru pro fantazie. Předpokládáme totiž, že existují pouze dva zdroje etických teorií: 1) apriorní a 2) aposteriorní. Tedy 1) etická teorie vznikla bezprostředním vzhledem, nebo 2) zprostředkovaně podle zkušenosti. Proto si nedovedeme představit, že by autoři jakýchkoliv etických teorií doposud vycházeli z něčeho jiného než Beauchamp a Childress. Oboje vyrůstá z pomyslné „stejně zeminy“, odlišuje se pouze teoretickou robustností, u které platí stále stejná ohrožující asymetrie, kterou kritizují na výše zmíněných modelech – robustnost teorie znamená rigiditu možností aplikace a teoretická flexibilita relativizaci principů v aplikaci. Tedy buď teorie nerespektují realitu, nebo jsou moc vágní.<sup>28</sup>

Pojetí autorů tedy může být zdánlivě jiné od výše zmíněných modelů. Bylo by ale kategoriální chybou předpokládat, že se jejich teorie odlišuje od ostatních etických teorií. Může být pouze jiná než zavedené etické teorie, nebo stejná pod jiným názvem. Jinými slovy, buď se jedná o vlévání nového vína do starých měchů, nebo starého vína do nových měchů. Nebo, dle kritiků, v nejkontroverznější formě vlévání vína do měchů podle toho, jak se to hodí<sup>29</sup> – relativismus (což je ovšem znovu etická teorie).

Ať už se vztah mezi normativním a nenormativním pojetím principialismu má jakkoliv, scénář zůstává stejný. Totiž, pokud má praxe být dostatečně opodstatněna teorií, vyžaduje nenormativní etiku. Nicméně pokud je v principialismu zdrojem obou normativity i nenormativity všeobecná morálka, vzniká provokativní vakuum. Předpoklad, že principy jsou *nějak prima facie* identifikovatelné,

<sup>27</sup> Ibidem, s. 437–438.

<sup>28</sup> Spekuluje, že existuje jistý rozdíl mezi kontinentální etikou dávající důraz na schéma „dobré předpoklady vedou k dobrým výsledkům“, oproti pragmaticky laděnému postupu principialistů „účel svěťí prostředky“. Jinými slovy, dokážeme si představit, že některé otázky Beauchampa a Childresse jednoduše netrápí.

<sup>29</sup> CLOUSER, Danner K. – GERT, Bernard. A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1990, Vol. 15, No. 2, s. 219–36. Od těchto kritiků také zavedení pojmu *principlismus*. V našem prostředí se kritickým zhodnocení *principlismu* zabýval např. Josef Kuře. Srovnej: KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika*. Praha: Filosofia, 2020, s.325–328. Kvůli možným konotacím používáme slovo *principialismus* pro obdobný význam.

se nám jeví jako kontroverzní případ hada požírajícího sama sebe. Kde normativní část legitimuje nenormativní a naopak.

Jinými slovy, jako očekáváme, že vysoká budova stojí na pevných základech, tak očekáváme, že dobrá bioetika stojí na pevné teorii. Využívání všeobecné morálky tímto způsobem nám přijde analogické argumentům: budova *doposud* stojí, protože má pevné základy. A současně: protože má pevné základy, *doposud* stojí. Přirozeným protiargumentem pak: budova stojí, protože *doposud* nenastala situace, která by pevné základy vyžadovala. Tam, kde autoři používají pozitivní argument: že aplikovatelnost principlismu je důkazem dobrých základů, budou kritici oponovat argumentem, že si teorie arbitrárně vybírají. Například Clouser: „*[Beauchamp a Childress p]ředkládají čtenáři různé ‚teorie‘ etiky – kantovství, deontologii, utilitarismus, jiné formy konsekvencialismu a podobně – a v podstatě říkají, aby si vybral tu z konkurenčních teorií, maxim, principů nebo pravidel, která se mu hodí pro konkrétní případ.*“<sup>30</sup> Ve shrnutí, pro jedny může principlismus představovat systém flexibilní teorie, pro druhé systém relativistické arbitrárnosti.<sup>31</sup> Přesto, dosavadní význam principlismu nám nejméně intuitivně napovídá, že stabilitu má. Následuje naše nevyčerpávající úvaha jednoho z možných důvodů.

## 2. ÚVAHA – MANIFESTNÍ A LATENTNÍ UŽITÍ PRINCIPŮ

V zápalu boje o status principů v kolbišti vysoké filozofie děláme krok z kolbiště ven. Ať už je vztah teorie a praxe založen jakkoliv, zdá se nám diskuse oponentů účelná obdobně jako její výsledky. V tomto ohledu je pro nás důležitá část definice autorů: „*[principy] tvoří vhodný výchozí bod pro úvahy o morálních problémech v biomedicínské etice*“.<sup>32</sup> Což implikuje, že principy jsou podmínkou nutnou, absence principů znamená ztrátu výchozích bodů a omezuje možnosti eticky reflektovat chování. Naopak přijetí těchto principů umožňuje adekvátní praxi. Klíčově tedy, že přijetí a znalost něco umožňuje, a naopak neznalost znesnadňuje či zamezuje. Současně, jak už jsme zmínili, víme, že principy se chovají jak normativně, tak nenormativně. Vzhledem k tomu předpokládáme, že v principlismu mohou principy zastávat stav obojetnosti, kdy jsou současně normativní a nenormativní. Nebo se obráceně mohou nacházet v pomyslném očistci nedeterminovanosti, kde nejsou dostatečně normativní pro praxi a dostatečně teoreticky ukotvené nenormativně. Tedy, že

---

<sup>30</sup> V originálu: „*They parade before the reader a variety of ‘theories’ of ethics – Kantianism, deontology, utilitarianism, other forms of consequentialism, and the like – and say, in effect, choose whichever of the competing theories, maxims, principles, or rules suits you for any particular case.*“ CLOUSER, Danner K. Common Morality as an Alternative to Principlism. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1995, Vol. 5, No. 3, s. 224.

<sup>31</sup> Jeden z autorů tohoto článku se domnívá, že obtíž se může nacházet v modelech usuzování. Dnes nepřiliš významná a neuzavřená diskuse minulého století o vztahu induktivního a deduktivního vyvozování v rámci explanačních modelů logického empiricismu by mohla vrhnout světlo na tento problém, nicméně by zasluhovala vlastní práci a je zcela mimo oblast bioetiky a této práce. Srovnej ŠKODA, Jaromír. Vědecké explanace – teoretická a praktická selhání. In: *Theses.cz* [online]. 5. 5. 2017 [cit. 2023-05-05], s. 40–68. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/a17a5v/>>.

<sup>32</sup> V originálu: „*[principles] form a suitable starting point for reflection on moral problems in biomedical ethics*“.  
BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 13.



vedle manifestního dělení na normativní a nenormativní, existuje ještě dělení principů podle toho, jak se s nimi zachází – 1) manifestně, nebo 2) latentně.

První, manifestní úroveň, je zřejmým, a nakonec i hlavním zájmem autorů v *Principles of Biomedical Ethics*. Jedná se ve své podstatě o specifické užití principů v praxi mezi lékařem a pacientem (popřípadě obecněji mezi zdravotnickými subjekty<sup>33</sup> a objekty<sup>34</sup> jejich praxe<sup>35</sup>). Za druhé sledujeme ještě druhé uchopení, totiž využití zdánlivě nenormativních principů jako latentně normativních posuzovacích kritérií míry vztahu lékaře k medicíně. Tedy vztah opačný, kdy se skrze principy vztahují subjekty mezi sebou.<sup>36</sup> Pro zjednodušení můžeme říct, že první případ je mířen „vně“ od subjektů – od medicíny k předmětu jejího zájmu. Druhý případ je opačný a je mířen mezi jednotlivé subjekty medicíny „dovnitř“. V těchto případech se používá nenormativní etika současně i normativně, protože zajišťuje diskusi mezi jednotlivými subjekty. Jinými slovy, i výše zmíněná teoretická diskuse mezi principialismem, kazuistickou a deduktivní metodou je manifestně nenormativní – popisuje a analyzuje fenomény bioetiky. Latentně je ovšem normativní – model, jehož nenormativní část dostane prioritu, je model, který bude mít normativní sílu v další praxi. Tedy nenormativní diskuse o teorii etiky je skrytě diskusí o způsobech aplikace etiky, což je samo o sobě normativní aplikací etiky.<sup>37</sup>

Ve shrnutí tedy: Za prvé existují nenormativní principy, které jsou produktem empirických (ale i racionalistických) zdrojů z obecné morálky a jsou nutné předpoklady pro dobrou praxi. Za druhé existují normativní principy, tak jak je užívá Beauchamp a Childress v navigaci praxe lékaře vůči jeho předmětu zájmu (nebo obecněji medicínského subjektu k medicínskému objektu). A nakonec za třetí existuje latentní aplikace principů, kterou není snadné zařadit jednoznačně do normativní či nenormativní kategorie. V diskusi se mohou zdát jako nenormativní, ale používají se specificky jako posuzovací kategorie například pro vztah lékaře a medicíny.

## 2.1. ILUSTRACE NAŠÍ POZICE

Ted' když jsme čtenáře zmátli komplikovanou konstrukcí, dovolíme si nabídnout stravitelnější ilustraci skrze nevyčerpávající a hrubou analogii ke sportu. Za prvé, musíme mít teoretické porozumění, co se v dané hře děje – nenormativní principy. Pokud budeme analyzovat fotbal dle pravidel hokeje, budeme obvykle docházet k neproduktivním výsledkům. Stejně tak v bioetice je patrně nutné vědět,

---

<sup>33</sup> Pojem *subjekt* dále používáme v moderním psychologizujícím významu jako: nositel činnosti a zdroj činnosti. Srovnej například HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, s. 559. Současně ale bereme na zřetel a zachováváme filozofický význam: subjekt jako nositel vlastnosti. V případě naší práce: nositel vlastnosti, kterou se hodnotí jako morálnost/amorálnost. Srovnej například BAKEŠOVÁ, Alena. *Filosofický slovník*. Praha: Universum, 2009, s. 314.

<sup>34</sup> Pojem *objekt* používáme ve významu: předmět činnosti subjektu. Srovnej například HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*, s. 356. Nebo BAKEŠOVÁ, Alena. *Filosofický slovník*, s. 245.

<sup>35</sup> Například lékař–pacient, pojišťovna–lék, nemocnice – pravidla dárcovství.

<sup>36</sup> Například lékař–oddělení, oddělení–nemocnice, lékař–lékař, bioetik–bioetik.

<sup>37</sup> Odlehčeně řečeno – bioetické hodnocení kazuistiky expertem je možné chápat současně jako kazuistiku o hodnotiteli. Zůstaneme-li v příkladu bioetiky, pak i diskutující strany kolem modelů etiky, eutanázie apod. neprovádí jen analýzu etických schopností druhé strany, ale latentně (někdy i více manifestně) hodnotí (a) morální kompetence oponentů a kolegů.

co jsou adekvátní fenomény etického zájmu medicíny. Za druhé, hra vyžaduje arbitra, v případě fotbalu například rozhodčího, ale i samotné hráče či fanoušky, kteří hodnotí, zda je cílů hry dosahováno legitimním procesem. V medicíně jsou to různé instituce: nemocniční oddělení, etická komise apod.

Za třetí ovšem nenormativní deskripce přináší ještě latentní normativitu v rámci celého utkání. Klade implicitní otázky jako: Patří hráč na hřiště vzhledem k jeho výkonu? Je rozhodčí legitimní arbitř? Pokud tato nenormativní deskripce přesáhne pomyslný bod snesitelnosti, koherence utkání je narušena. Z nenormativní diskuse o stavu věcí se stává manifestní hodnocení. Pokud neexistuje adekvátní reakce na ohrožení soudržnosti celého utkání, rozpadá se na základě ztráty legitimacy. Pokud je taková koherence ztracena může dojít k setření hranic mezi rolmi hráčů, rozhodčích a fanoušků a následuje bitka. Jinými slovy, samotný popis stavu, přestože ho nepovažujeme manifestně za normativní, průběžně normuje celý proces a udržuje ho legitimní. Důkazem tohoto průběžného latentního normování je fakt, že odchýlení od nenormativního popisu vyvolává protiakci ze strany oponentů–účastníků. Cílem tohoto protitlaku je stabilizovat proces a zachovat mu legitimitu. Ve shrnutí tedy principy zmiňujeme ve třech variantách:

- 1) Nenormativní principy – analýza, deskripce a metaanalýza – znalost hry.
- 2) Normativní principy – moderace vztahu praktikujících k praxi – hodnocení hry a hráčů vzhledem k cílům a pravidlům hry.
- 3) Latentně normativní nenormativní principy – konzistence a legitimita procesu – hodnocení adekvátnosti celého procesu hry a zachování legitimacy rolí účastníků.

## 2.2. PROBLÉM NORMOVÁNÍ NENORMATIVNÍM PRINCIPALISMEM

Výše zmíněné se nám jeví jako jeden ze základních důvodů provokativnosti principialistické teorie. Beauchamp a Childress poukazují, že pravidla hry jsou jasná a prokazují to implicitně tím, že v praxi je vítězství a prohra patrná.<sup>38</sup> Dle nich v pomyslné herní situaci platí (stejně jako pro aplikaci principů *prima facie*<sup>39</sup>) – pokud tým právoplatně získal více bodů, je vítězem, pokud remizoval nebo získal méně bodů, není vítězem. Kritici by ovšem namítli (ilustrativně řečeno), že bez robustní nenormativní etiky není jisté, zda se hraje evropský fotbal, nebo americký fotbal. Pokud nejsou jasná pravidla hry, hrozí, že kritéria hodnocení vychází z chybných implicitních předpokladů. Tedy vítěze volí pouze sympatie arbitřů. A tak by taková principialistická hra mohla připomínat soutěž, kde vyhrává „oblíbenější“ tým na základě principu *vox populi, vox Dei*.

<sup>38</sup> BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 16.

<sup>39</sup> Je vhodné poznamenat, že Beauchamp a Childress vychází z Rossova pojetí *prima facie* z první poloviny 20. století, které se definičně týká především situací, které berou v potaz eticky sporné, ale nikoliv krajně dilematické situace ovlivněné významnými okolnostmi. Srovnej ROSS, William D. *The Right and the Good*. Oxford: Clarendon Press, 2002, s. 19–20. Upravili proto pojetí *prima facie* o vágní důraz na dodržování pravidel. Když už jsme začali s fotbalovou ilustrací – jedná se o posunutí vnímání *prima facie* z tvrzení: „vyhrává tým s nejvíce vstřelenými brankami“ na „vyhrává tým s nejvíce *uznanými* vstřelenými brankami.“ Gól vstřelený rukou by se pak nemohl nikdy počítat. Lexikálně je ovšem ke zvážení, zda by nebyl pro principialismus vhodnější pojem *secunda facie*.

Poukazujeme tedy na to, že relativismus principialismu nemusí vznikat z narušení normativních principů – *prima facie* postup může být aplikován legitimně. Může ovšem docházet k narušení latentně normativního procesu skrze chybný výklad nenormativních principů. Jiný nenormativní statut principů bude znamenat jiné latentně normativní hodnocení. Pak bude i praktická situace bioetického problému, kde má být aplikováno principialistické hodnocení, podřízena principialistické nenormativní teorii a latentní prekoncept hodnocení tiše předurčí výsledek normativního doporučení. Nenormativní teorie zůstane zdánlivě nezávisle stabilní, normativní doporučení může být aplikovatelné a vhodné, a přesto může zůstat intuitivní pocit nedostatečné legitimacy. Nejedná se tedy o manifestně patrný prohřešek, ale netransparentnost procesu aplikace. Tyto obavy se nám jeví jako důležité; tam, kde se v kazuistických modelech autoři obávají „tyranie principu“, nebo anarchie v případě deduktivisticky laděných kritik, my se obáváme diktátu hodnotitelů. Jeví se nám, že kritickou otázku vůči Beachuampovi a Childressovi lze formulovat takto: „*Jak víte, že měly být principy prima facie aplikovány právě v této situaci?*“. Přičemž dáváme důraz na „*jak*“ – nejde tedy o otázku mířenou k validitě (zda jsou aplikovány platně?), ale legitimitě (jak víme, že měly být aplikovány?).<sup>40</sup>

### 2.3. EMPIRISMUS A RACIONALISMUS

Domníváme se, že pro doplnění je důležité zmínit dva komentáře: 1) *Prima facie* použití principů vnímáme v práci *Principles of Biomedical Ethics* jako převážně verifikacionistický<sup>41</sup> proces. To znamená, že principy jsou aplikovány soustavně vhodně a potvrzují teorii principialismu. Nicméně kritéria neúčinné aplikace principu nejsou zcela zjevná, protože příklady nevhodné aplikace chybí. 2) Domníváme se, že tato nejasná falzifikační kritéria teorie vedou k množení potvrzujících jevů a současně ignorování anomálií.

Jak jsme řekli výše, nemáme nutně obtíž s možnou flexibilitou principů, ale s otázkou, jak hodnotitelé legitimují výběr toho či onoho principu. Aby měly principy empirickou reliabilitu, musely by získávat statut operacionalizovatelných proměnných. Tedy řídit se kritérii, která jasně a odůvodněně umožňují jejich aplikaci. Naše obava s pravidlem aplikace principu *prima facie* je, že by se mohlo jednat o zaklínadlo. Hrozilo by proto, že nejde tak o kritérium principu, ale autoritu hodnotitele. Tato naše provokativní poznámka poukazuje na obavu z přehnané důvěry v *racionalistické* zdůvodnění principů.

Racionalismem míníme ekvivalentně to, co se v medicíně nazývá esencialismem.<sup>42</sup> Tedy, že existují nadčasové a imanentní principy medicíny. Obtíž ovšem je, že takové principy by vyžadovaly,

---

<sup>40</sup> O několik způsobů operacionalizovatelného principialistického hodnocení reálných náhodných kazuistik se pokoušel tým projektu ÉTA *Zvyšování morální kompetence v medicíně*. Srovnej ŠKODA, Jaromír – IVANOVÁ, Kateřina. Etická dilemata u infaustních prognóz: empirická studie. *Geriatric a gerontologie*. 2021, Vol. 10, No. 4, s. 210–215. Přestože shledáváme potenciál, výsledky jsou zatím nepřesvědčivé a v praxi se ukazuje za efektivnější využívat *kazuistickou metodu*. Důvodem je právě absence falzifikačních kritérií, které by zajišťovaly reliabilní odlišení jednotlivých principů mezi sebou.

<sup>41</sup> Princip, u které jsou nám více patrná logická falzifikační kritéria, je pouze nonmaleficence. Srovnej BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*, s. 156, 158–159.

<sup>42</sup> Důvod, proč je spor racionalistického a empirického přístupu problematický, je výrazně komplikovaný. Jistě nad možností tohoto textu. Protože ale vycházíme z předpokladu, že opozita racionalismus a empirismus ve filozofii vědy jsou analogická pojmy esencialismus a evolucionismus v medicíně – tedy významově stejné

aby byl někdo určen k jejich výběru, výkladu a preciznímu uchování. V moderní esencialistickém pojetí medicíny by museli vykladači prokázat svoji speciální schopnost a dovozovat moderní bioetiku skrze pronikavé analýzy střípků pradávnej historie či nadčasových idejí. Kritéria pro výběr takového arbitra si nedovedeme lehce představit.<sup>43</sup> Jejich autorita by tak byla odvozována nikoliv z empirické užitečnosti praxe, ale slávy jejich náhledu. Stavíme se tedy k empirickému, evolucionistickému přístupu. Dáváme tedy prioritu hodnocení morálního chování na základě arbitráže vzniklé zkušeností v časoprostoru. Předpokládáme totiž, že efektivní postupy se v medicíně zachovaly, neefektivní zachovány nebyly, nebezpečné postupy se staly předmětem humoru, nebo byly zapomenuty.<sup>44</sup> To řečeno, je třeba poznamenat, že principialistické pojetí *všeobecné morálky* nemusí být esencialistické.

Vnímáme tedy obtíž s variantou principialismu, kde by byly principy z *všeobecné morálky* odvozovány racionalisticky, protože by se jednalo o esencialismus. Beauchamp a Childress ovšem nechávají provokativní vakuum a s ním i jisté podezření. Přestože se principy jeví empiricky odvoditelné, není jisté, na základě jakých kritérií je pro konkrétní situace vybírají. *Ad absurdum* by kritici mohli Beauchampa a Childresse podezřít z kazatelského vykladačství principů, stejně jako když kněží ilustrují desatero na konkrétním příkladu. A zde se oklikou dostáváme zpět k latentním nenormativním principům užitým normativně. Oproti kázání totiž máme způsoby, jak ověřit užitečnost principialismu. Může to být jak teoretická shoda expertních autorů, tak i faktická užitečnost v lékařské

---

v kontextu jiné disciplíny – můžeme se odkázat na cizí argumentaci. Tomáš Hříbek se dle našeho názoru přesvědčivě vyjádřil ohledně esencialismu a evolucionismu. Nepovažujeme tedy za nutné dlouze imitovat jeho argumentaci a nabízíme výtah z jeho textu. HŘÍBEK, Tomáš. Asistovaná smrt, profesní etika a svědomí. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2019, roč. 9, č. 1, s. 30–34. Argumentace probíhá takto: Proti esencialistům Leonu Kassovi a Edmudu D. Pelegrinimu v tématu asistovaného sebeusmrcení vyvozuje toto: Esencialisté předpokládají, že profesní etika medicíny je založena na imanentních principech, které jsou nezávislé na osobě lékaře a době. Být lékařem znamená tyto principy dodržovat. Za hlavní zdroje těchto principů v našem prostředí jsou považovány: 1) Hippokrates a 2) Bible. Pokud nejsou principy dodržovány, dochází k rozporu mezi tím, co lékař praktikuje a co praktikovat má. Jinými slovy, co není v linii s nezávislými nadčasovými principy, není medicína. Protiargumenty Hříbka zní ve shrnutí takto: 1) paliativní medicína, chirurgie apod. jsou již považovány za lékařskou praxi a je tedy patrný vývoj obsahu medicíny ve vztahu k Hippokratovu vymezení. 2) Tedy esencialistické principy nejsou prakticky dodržovány, nebo jsou proměnlivé. 3) Pokud nejsou dodržovány, není dostatečný důvod se jimi řídit (přinejmenším akceptovat argumentaci v této linii). 4) Pokud jsou proměnlivé, mohou být dále revidovány (např. v rámci témat eutanazie). Ať už je tedy esencialistickým zdrojem principů cokoliv, žádný systém neodpovídá současnému reálnému stavu medicíny. Nebo pokud vybereme principy na jejichž nenarušitelné ušlechtilosti budeme trvat, musíme stejným dechem odsoudit velkou část medicíny jako apokryfní.

<sup>43</sup> Zohýbání reality esencialistickým výkladem ovšem ano, jelikož pro ně existují empirické evidence. Vybíráme příklad zvolání *primum non nocere*, které se stalo zarytou mantrou častěji racionalisticky založených bioetiků (a i jejich studentů mediků a později lékařů). Přestože se tato „norma“ objevila pravděpodobně až v 17. století, není výjimečné setkat se s pracemi a argumenty, které ji vkládají do úst Hippokrata, aby zvýšili její autoritu, nebo kvůli neznalosti. Ovšem textovou oporu zahlédneme „jen“ v pramenu *Epidemie*, kniha 1., sekce XI, ve vyjádření: „Pokud jde o nemoci, zvykněte si na dvě věci – pomáhat, nebo alespoň neškodit.“ Srovnej JONES, William H. S. *Hippocrates vol. I / with an English translation by W. H. S. Jones*. London: William Heinemann; Cambridge: Harvard University Press, 1923, s. 165.

<sup>44</sup> Nesouhlasili bychom proto s esencialistickými chirurgy, kteří by dnes trvali na odměně 10 šekelů stříbra za operaci oka na základě esencialistického vhledu do Chamurapiho zákoníku. Nebo jakékoliv jiné historické publikace.

praxi. Pragmaticky řečeno, pokud by byl principlismus vyloženě esencialistickým relativismem založeným na vykladačství, není pravděpodobné, že by se těšil takové oblibě. Co tedy propůjčuje legitimitu principlismu?

### 3. NORMATIVNÍ UŽITÍ NENORMATIVNÍCH PRINCIPŮ

Jistě můžeme tvrdit, že ten, kdo vystudoval a praktikuje medicínu, je lékař. Praktikování medicíny v sobě obsahuje nutnost dodržovat pravidla hry, která jsou vymezena nejen pro dané období, ale i místo. Zkoumání, výuka, dodržování principů je implicitním projevem příslušnosti lékaře k medicíně. Přímou řečeno, známkováním studentů na zkoušce z bioetiky hodnotíme znalosti pravidel, penalizací a neodpuštělných porušení. Hodnotíme tedy jak normativní, tak nenormativní znalosti normativním způsobem. Tedy nejen znalost normativní etiky, ale jak jsme zmínili výše, také část, které se jako normativní na první pohled nejeví, přesto jí latentně je. Takové opracovávání nenormativní etiky je projevem příslušnosti lékaře k lékařství.<sup>45</sup> Poukazujeme tak na to, co už jsme naznačili výše, že morálně konfliktní situace v medicíně se hodnotí nejméně po dvou normativních rovinách. První je normativně manifestní a týká se etiky ve vztahu subjektu a objektu.<sup>46</sup> Druhá je normativně latentní a týká se etiky ve vztahu mezi dvěma a více subjekty.

Subjektem je obvykle lékař, ale někdy oddělení, celá nemocnice, nebo jiná obecnější zdravotnický angažovaná instituce, která vyjadřuje svůj zájem vůči objektu, kterým je obvykle pacient. Ovšem současně může být objektem zájmu lék, sestavování metodiky, pravidla dárcovství apod. Vztah subjektu a objektu je nám intuitivně patrný, protože je obvykle stěžejním zájmem bioetiky. Například expertní hodnocení kazuistiky není nic jiného než hodnocení objektu subjektem. Stejně tak rozhodnutí lékaře v dilematické situaci není nic jiného než vztah subjektu k objektu. Jedná se tedy o dyadické uchopení interakce.

My ovšem upozorňujeme na to, že souběžně probíhá ještě jiná bioetická situace, totiž vztah subjektu a dalších subjektů. Při vztahu subjekt–subjekt dochází k situaci, kdy mají dva a více zdravotnických subjektů zájem o objekt – je to tedy vztah nejméně triadický. Jinými slovy, lékař léčící pacienta je vázán manifestní normativní etikou k pacientovi, ale současně je latentní normativní etikou vázán například k oddělení, nemocnici či pojišťovně. Tyto další subjekty mohou mít vlastní verzi etické teorie. Dochází tedy k paralelním procesům, z nichž některé jsou zjevné a některé skryté. Stejný proces probíhá například když bioetik hodnotí eticky spornou kazuistiku – nachází se nejméně v triadickém vztahu, protože nehodnotí pouze chování jiného subjektu k objektu (např. pojišťovně ke skupině

---

<sup>45</sup> Jeví se nám, že efektivitu nenormativní části principlismu zajišťuje především 1) pedagogická srozumitelnost a 2) paradigmatická odůvodněnost. Ad 1): Čtyři principy jsou zapamatovatelné, a i s laickou znalostí etiky srozumitelné. Jeví se tedy ve výhodě proti komplikovaným systémům často vyžadujícím hlubší humanistické vzdělání. Ad 2): Principlismus je možné zpětně aplikovat na všechny eticky problematické situace minulé doby, proto se jeví jako odůvodněné paradigma. To ovšem vůbec nepopírá přítomnost a možnost využití jiných bioetických systémů. A naopak, jednoduchost není zárukou legitimacy, jak bylo například poukázáno v poznámce výše ohledně *primum non nocere*.

<sup>46</sup> Pojmy *subjekt* a *objekt* používáme stále ve významu vymezeném výše.

pacientů), ale současně hodnotí vlastní vztah k stejnému subjektu.<sup>47</sup> Ve shrnutí tedy nabízíme následující přehled hodnocení s jejich vlastnostmi:

- 1) Hodnocení subjekt–objekt.
  - a) Dyadické hodnocení vztahu nositele činnosti k předmětu jeho zájmu.
  - b) Manifestní normativní aplikace principů.
  - c) Cílem je konzistence postupu.
- 2) Hodnocení subjekt–subjekt.
  - a) Triadické hodnocení nositelů činnosti mezi sebou ohledně jejich společného předmětu zájmu.
  - b) Manifestně normativní aplikace principů ze strany subjektů k objektu.
  - c) Latentně normativní aplikace principů mezi hodnotiteli.
  - d) Cílem je koherence vztahu.

Abychom lépe odlišili tyto dva procesy, mluvíme zde o *konzistenci* a *koherenci*. Konzistencí<sup>48</sup> myslíme stabilní rozhodovací proces – neboli kompetenci k morálnímu rozhodování.<sup>49</sup> Například pokud se lékař bude rozhodovat o léčení pacienta, nebo bioetik o hodnocení kazuistiky, předpokládáme, že validita tohoto procesu je nutně podmíněna jeho reliabilitou, tedy konzistentním způsobem hodnocení.

V triadickém modelu používáme pojem *koherence*, kterou míníme soudržnost.<sup>50</sup> Například situace, kdy dva lékaři dojdou u stejného pacienta k opačnému doporučení léčení; individuálně mohou být vůči objektu konzistentní ve svém procesu, ale nejsou koherentní mezi sebou. To znamená, že se oba rozhodují adekvátně osobní morálce, ale rozcházejí se v pojetí etiky. Stejně tak opačně mohou docházet ke koherentním výsledkům bez vlastní konzistence – tedy postup vůči pacientovi v rámci vlastního morálního přesvědčení nepovažují za vhodný, ale jsou koherentní mezi sebou takový proces aplikovat.

---

<sup>47</sup> Představme si například situaci, kdy se lékař rozhodne pro komplikovanou operaci u umírajícího pacienta na základě profesní etiky. Jiný lékař kolegu v doporučeních podpoří, ale jeho rozhodnutí je kupříkladu založeno na osobní etice. Oba tedy vycházejí z jiných zdrojů, ale stejným normativním doporučením. Hodnocení subjekt–objekt je stejné v obou případech a principy aplikují shodně. Přesto by se vzájemně nemuseli vůbec shodnout na skrytých etických předpokladech svých rozhodnutí a mohli jeden druhého považovat za morálně nekompetentního.

<sup>48</sup> HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*, s. 268.

<sup>49</sup> Souhlasíme v tomto případě s Georgem Lindem v tom, že morální kompetence je podmíněna konzistencí rozhodování – což je jeden z hlavních důvodů, který nás vedl k použití tohoto pojmu. Srovnej LIND, Georg. *How to Teach Moral Competence*. Berlin: Logos Verlag, 2019, s 33–50.

<sup>50</sup> Především dáváme důraz na sociální význam skupinové soudržnosti. Srovnej HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*, s. 254.

Jak jsme řekli, subjektem nemusí být jen jedinec, ale mohou to být různé sociální skupiny. Tak je téma konzistence a koherence i tématem například mezi odděleními. Současně se snažíme zdůraznit, že etické chování vůči objektu zájmu a mezi subjekty jsou dva oddělené procesy. Tak i konzistence může být přítomna tam, kde není koherence a naopak. Tím se dostáváme k tomu, že principy nejsou jen hodnotící kategorií vztahu subjektu a objektu, ale i jazykem diskuse, kterým latentně zhodnocujeme koherenci mezi jednotlivými směry. Odtud tedy i naše úvaha, že samotná diskuse o vhodnosti využití principialismu je diskusí nejen o konzistenci, ale především i koherenci bioetiky. Proto také předpokládáme, že příčinou kritiky principialismu není ani tak jeho praktické potenciální selhávání, jako spíše neprůzračnost koherence principů.

### 3.1. MEZI KONZISTENCÍ A KOHERENCÍ

Koherence znamená druhý tlak na morální rozhodování. Bioeticky kompetentní není ten lékař, který se chová „pouze“ morálně kompetentně (konzistentně) k pacientovi, ale ten, který je současně za lékaře ostatními považován. Na jedné straně máme situaci, kdy je lékař konzistentní k objektům, ale ztrácí koherenci k subjektům. Například lékař zastávající eticky kontroverzní stanovisko, se může chovat k pacientům morálně, ale současně může být vypuzen/nepřijat systémem medicíny jako nekoherentní k jejím latentním procesům. Můžeme si představit řadu potenciálních budoucích zákroků: genetické zákroky, transplantace hlavy apod. Fakt, že se bioetici a lékaři tímto tématem obezřetně zabývají, je pro nás právě projevem prozkoumávání koherence jednotlivých fenoménů k medicíně. Manifestně se hodnotí vztah takových lékařů k pacientům, ale latentně probíhá hodnocení ohledně jejich soudržnosti k celému procesu. Mohli bychom tak říct, že historické nepřijetí chirurgů do medicíny je vhodnou ilustrací. Stejně jako dnes nepřekvapí, že je chirurgie součástí medicíny, je otázkou, které obory z dnes nepřijímaných budou považovány za přesvědčivě medicínské v budoucích staletích.

Opačná situace je, pokud jsou subjekty nekonzistentní k objektům, ale koherentní mezi sebou. I zde záleží na rozsahu této diskrepance. Například schopnost lékaře rychle „odbavit“ celou čekárnu pacientů může být důkazem dobrého lékařství v rámci koherence lékaře k nastaveným požadavkům nemocnice, ale nemusí být konzistentní s tím, jak by mohl lékař chtít věnovat čas jednotlivým pacientům.<sup>51</sup>

### 3.2. KRIZOVÁ DISKREPANCE MEZI PROCESY

---

<sup>51</sup> Za méně kontroverzní příklad lékaře koherentního k medicíně nás napadá António Egas Moniz, držitel Nobelovy ceny za medicínu z roku 1949 zavedením leukotomie (později lobotomie). Nebo Henry Cotton, lékař využívající chirurgické zákroky jako trhání zubů a amputace v léčení psychických nemocí. Oba respektovaní lékaři, což poukazuje na nezávislost osobní konzistence k pacientům od hodnocení ze strany kolegů. V dnešní době lze předpokládat, že by ani jeden ze zmíněných aktuálně nebyl považován za koherentního k procesu medicíny, kdyby svoji metodu prováděl. Nicméně tato ilustrace směřuje čtenáře k řadě další příkladů, které si může představit. Stačí si jen položit otázku kolik medicínských historických jmen by mohlo (a mělo) projít kritérii současné bioetiky. Zvláště v případě Beauchampa a Childresse a jejich konceptu *všeobecné morálky* se zdá, že i zdánlivě nekontroverzní lékaři minulosti by nemohli být jednoduše považováni za morální.

Krizová situace nastává, pokud je výrazná diskrepance mezi konzistencí a koherencí. V případě, že převládá význam konzistence dochází k podřízení subjektu jeho představě o cílech medicíny – nějaký subjekt obětuje vztah k ostatním subjektům v motivaci zacházet s objektem podle svých představ. Může se jednat jak o jednotlivce, tak o celé skupiny. Tyto subjekty pak mohou pod vlivem různých ideologických zájmů vytvářet tlak na reformulaci, relativizaci či revizi principů a pravidel hry. Tudíž vytvářet vlastní pravidla koherence a *ad hoc* teoreticky obhajovat svoje konstrukty jako etické. V tomto ohledu nás napadne řada případů lékařské historie. Ať už individuálních experimentů, tak rozsáhlých reformulací medicínských projektů s fatálními etickými důsledky v minulém století v rámci nejen totalitních režimů. Opačná situace je, kdy se koherence upřednostní před konzistencí. V takovém případě je ústřední téma soudržnost s ostatními subjekty i za cenu nejistoty, zda považují subjekty dané procesy za eticky přijatelné či nikoliv. Například upravování konkrétního principu pod společenským tlakem.<sup>52</sup>

## ZÁVĚR

V této práci jsme poukázali na možnost specifického výkladu normativní a nenormativní etiky v principlismu. Krátce jsme se zaměřili na kontroverzní místa principlistického projektu. Zpřítomnili jsme argumenty jak Beauchampa a Childresse, tak ve zkratce návrhy jejich kritiky a způsoby, jak se s ní vyrovnávají. Za klíčový problém jsme vybrali způsoby identifikace vhodných principů na základě pravidla *prima facie* a *všeobecné morálky*. V naší úvaze jsme došli k závěru, že příčinou obtíží principlistického modelu je především nejasné normativní zacházení s nenormativní etikou jejich modelu.

Především jsme se zaměřili na latentně normativní význam nenormativních principů. Tedy situaci, kdy deskriptivní procesy v bioetice mají význam skrytě normativní. Tvrdili jsme tedy, že existují dva souběžné normativní procesy. První z nich je patrnější a nazvali jsme ho subjekt–objekt. V tomto případě je cílem konzistence morálního rozhodování subjektu vůči objektu. Druhý z nich je méně patrný a nazvali jsme ho subjekt–subjekt. V tomto případě je cílem koherence a cílem je zachování legitimacy procesu mezi subjekty. Za morálně kompetentní subjekt se v koherenci dá považovat ten subjekt, který se řídí nekontroverzní bioetickou teorií.

Navrhli jsme k úvaze, že pokud dochází k diskrepanci mezi 1) konzistencí subjektu vůči objektu a 2) koherencí etického chování mezi subjekty ohledně jejich názoru na zacházení s objektem, vzniká etická krizová situace. V prvním bodě je to podřizování etické teorie subjektivní představě o praxi ohledně objektu – dochází k ztrátě soudržnosti subjektu k medicíně, ale nemusí se jednat o ztrátu morální kompetence daného subjektu např. lékaře vůči pacientům. V druhém bodě dochází k podřizování morální kompetence etické teorii daného subjektu – dochází k zachování soudržnosti medicíny za cenu relativizace etických norem např. relativizace amorálního chování úpravou etické teorie ze strany zdravotníků s cílem zachovat mezi sebou souhlas.

---

<sup>52</sup> K diskusi se nabízí otázka rozšiřování významu principu respektu k autonomii či beneficence v rámci legitimizace tělesných modifikací v posledních deseti letech – estetická medicína, operace pohlaví u nedospělých pacientů apod.



A zde se dostáváme i k našemu chápání bioetiky jako dvojaké aktivity. První je pozitivní zachovávající koherenci systému, tedy pozitivní vymezení obsahu. Například definicí principů, analýzou „dobré praxe“ v kazuistikách apod. Současně ovšem poukazujeme na nutnost negativní práce zabývající se včasnou identifikací a analýzou anomálií. Nezbyvá pak připomenout i tendenci medicíny v rámci udržení vlastní koherence vytvářet z některých anomálií jakési relikty. Situace, které nastaly, jako by se už ale nikdy neměly opakovat.

Příliš jednoduše pak vzniká hráz na základě koherence mezi my a oni jako v rámci vztahu současný lékařů a lékařů poloviny 19. století. Jako by se jednalo o skupiny ne-lékařů, kteří nenápadně pronikli do systému tehdejšího zdravotnictví. A stejně tak lehce vzniká hráz k anomáliím praxe. Jako by například Cottonův projekt chirurgické bakteriologie nebo projekt lobotomie byly cizím reliktem. První nutí prohlásit: to nebyli lékaři, druhé: to nebyla medicína. Nicméně byli a byla. A obojí se dělo v reálném čase. Nevyhnutelně se tak objevují otázky, zda a případně co přehlízíme dnes?

Ve shrnutí lze považovat za naši hlavní pointu poukázání na fakt, že v praxi medicíny dochází k dvojímu normativnímu hodnocení – jedno je patrné, druhé skryté. Tato hodnocení nejsou nutně souběžná. Mohou tedy vést k diskrepancím, tedy situacím, kdy jedna teorie hodnotí jeden subjekt současně amorálně na manifestní úrovni a zároveň morálně na latentní úrovni. Nebo naopak.

*Tento článek byl vypracován s finanční podporou TAČR v rámci grantového projektu TL05000114.*

**REFERENČNÍ SEZNAM:**

- BAKEŠOVÁ, Alena. *Filosofický slovník*. Praha: Universum, 2009. ISBN 978-80-242-2582-1.
- BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019. ISBN 978-0-19-064087-3.
- CLOUSER, Danner K. Common Morality as an Alternative to Principlism. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 1995, Vol. 5, No. 3, s. 219–236.
- CLOUSER, Danner K. – GERT, Bernard. A critique of principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1990, Vol. 15, No. 2, s. 219–36.
- DOLEŽAL, Adam. Úvod do kazuistické metody (casuistry) a její užití v klinické etice. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2022, roč. 12, č. 2.
- HARTL, Pavel – HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HEMPEL, Carl Gustav. – OPPENHEIM, Paul. Studies in the Logic of Explanation. *Philosophy of Science*. 1948, Vol. 15, No. 2, s. 135–175.
- HODGES, Kevin E. – SULMASY, Daniel P. Moral status, justice, and the common morality: challenges for the principlist account of moral change. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2013, Vol. 23, No. 3, s. 275–296.
- HŘÍBEK, Tomáš. Asistovaná smrt, profesní etika a svědomí. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2019, roč. 9, č. 1.
- JONES, William H. S. *Hippocrates vol. I / with an English translation by W. H. S Jones*. London: William Heinemann; Cambridge: Harvard University Press, 1923. ISBN 0674991621.
- JONSEN, Albert R. Casuistry as methodology in clinical ethics. *Theoretical medicine*. 1991, Vol. 12, No. 4, s. 295–307.
- KHUSHF, George. *Handbook of bioethics: taking stock of the field from a philosophical perspective*. Boston: Kluwer Academic, 2004. ISBN 14-020-1870-3.
- KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika*. Praha: Filosofia, 2020. ISBN 978-80-7007-645-3.
- LIND, Georg. *How to Teach Moral Competence*. Berlin: Logos Verlag, 2019. ISBN 3832550054.
- MAŘÁKOVÁ, Hana – PETRUSEK, Miloslav – VODÁKOVÁ, Alena. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
- ROSS, William D. *The Right and the Good*. Oxford: Clarendon Press, 2002. ISBN 978-0-19-925264-0.
- ŠKODA, Jaromír – IVANOVÁ, Kateřina. Etická dilemata u infaustních prognóz: empirická studie. *Geriatric a gerontologie*. 2021, Vol. 10, No. 4, s. 210–215.

ŠKODA, Jaromír. Vědecké explanace – teoretická a praktická selhání. In: *Theses.cz* [online]. 5. 5. 2017 [cit. 2023-05-05]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/a17a5v/>>.

WESTRA, Anna E. – WILLEMS, Dick L. – SMIT, Bert J. Communicating with Muslim parents: “the four principles” are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*. 2009, Vol. 168, No. 11, s. 1383–1387.