

BIOETIKA U JAPANU I AZIJI

Darryl Macer

Eubios Ethics Institute, New Zealand

UDK 614.253(52:5)

174:61

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 12. 9. 1995.

Autor uspoređuje bioetiku u Japanu s bioetikom u ostalim azijskim zemljama i u širim globalnim razmjerima. Bioetiku možemo promatrati na dva načina: kao deskriptivnu – način na koji ljudi gledaju na život te njihove moralne interakcije i odgovornosti prema životu – ili kao preskriptivnu – određivanje onog što je dobro, a što loše, koji su principi najvažniji, ili pak da ljudi imaju određena prava, pa prema tome drugi imaju obveze prema njima. Riječ "bioetika" znači proučavanje etičkih pitanja koja proizlaze iz ljudskog odnosa prema životu i autor je naprosto naziva "ljubav prema životu". Kao podloga za raspravu o bioetičkim pitanjima poslužila je Međunarodna bioetička anketa provedena 1993. u Australiji, Hong Kongu, Indiji, Izraelu, Japanu, Novom Zelandu, Filipinima, Rusiji, Singapuru i Tajlandu. Neke od tema o kojima se raspravlja jesu: stavovi prema znanosti, briga za okoliš, genetski inženjering, privatnost, genetske bolesti i AIDS, prenatalni genetski testovi probira, gensko liječenje, tehnologija asistiranе reprodukcije, medicinska profesija i medicinska etika, eutanazija, moždana smrt i transplantacija organa, obrazovanje. Glavno pitanje kojim se bavi bioetika u Aziji danas je budućnost bioetike i univerzalnost. U studenom 1995.¹ osnovat će se Istočno azijsko bioetičko udruženje (*East Asian Association of Bioethics*), a dvomjesečnik *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* uključen je u Internet (<http://www.biol.tsukuba.ac.jp/ymacer/EJAIB.html>).

1. Uvod

Vecina svjetske populacije živi u Aziji, a kako se i ekonomsko središte svijeta prebacuje u Aziju, čini mi se prikladnim da čitatelje u Hrvatskoj upoznam s azijskim društvima i kulturama. Premda su s ekonomskog stajališta mnoge od azijskih država zemlje u razvoju, sve one imaju dugu kulturnu i društvenu povijest, pa prema tome termin "u razvoju" baš nije najprikladniji. Japan

1

Članak je uredniku poslan 2 mjeseca ranije (op.ur.)

je ekonomski među najrazvijenijim državama ne samo Azije već svijeta. Budući da je to zemlja koju u tom području osobno najbolje poznajem, opisivat ću ponajprije stanje u Japanu i uspoređivati ga s Azijom i ostalim zemljama.

Japan ima 120 milijuna stanovnika. Prirast stanovništva je na razini obnove s postupno sve starijom populacijom. Zahvaljujući svom ekonomskom bogatstvu drugi je najveći svjetski davalac pomoći, što politiku i vrijednosti te zemlje čini značajnima u svjetskim razmjerima. U usporedbi s većinom industrijaliziranih zemalja, poljoprivredna biotehnologija, genska terapija u ljudi te transplantacije organa nisu se dosad mnogo primjenjivale. Te se tehnike sad sve više primjenjuju, što potiče određene bioetičke debate, dok se *in vitro* oplodnja obavlja već nekoliko godina u otprilike 220 klinika diljem zemlje.

Japanski zdravstveni sustav temelji se na jedinstvenom državnom zdravstvenom osiguranju cjelokupnog stanovništva. Pojedinaac nema veliku mogućnost izbora pojedinog oblika osiguranja. Ako je zaposlen, mora prihvatiti plan koji mu poslodavac nudi u statutu, a ako je samostalan djelatnik, mora prihvatiti tip osiguranja koji mu nudi mjesna uprava ili njegovo poslovno udruženje. Zdravstveno osiguranje sveukupnog stanovništva je pozitivan pokazatelj bioetičke zrelosti. Privatno zdravstveno osiguranje gotovo da i ne postoji (Ikegami, 1992).

2. Deskriptivna ili preskriptivna bioetika?

Bioetiku možemo promatrati na dva načina: kao deskriptivnu – način na koji ljudi gledaju na život te njihove moralne interakcije i odgovornosti prema životu, ili kao preskriptivnu – određivanje onog što je dobro, a što loše, koji su principi najvažniji, ili pak da ljudi imaju određena prava, pa prema tome drugi imaju obveze prema njima. Ako govorimo o preskriptivnoj bioetici, bioetika u Aziji se razvijala manje negoli u zapadnoj Europi ili Sjevernoj Americi. U istraživanju i primjeni bioetike Japan je još uvijek dosta izoliran (Macer, 1992a), ali se u njemu još uvijek aktivnije raspravlja o bioetici negoli u drugim azijskim zemljama. U posljednje vrijeme pokušava se potaknuti rasprava o bioetici i većini ljudi taj pojam vjerojatno nije stran, ali sama primjena bioetike u znanosti ili medicini još uvijek je u samom početku. Za kulturološke usporedbe treba uzeti u obzir oba aspekta. Što se tiče deskriptivne bioetike, nedavne ankete su pokazale da se pogledi Azijaca ne razlikuju bitno od gledišta ljudi iz drugih krajeva svijeta.

Riječ "bioetika" znači proučavanje etičkih pitanja koja proizlaze iz ljudskog odnosa prema životu, i ja sam je nazvao jednostavno "ljubav prema životu" (Macer, 1994a). Pojam "bioetika" je širok i multidiscipliniran i uključuje etiku okoliša i medicinsku etiku. Teško je izmjeriti uspjeh bioetičkih istraživanja, jer ona mogu imati više ciljeva, ali kad govorimo o preskriptivnoj bioetici, mjera uspjeha može se naći u odgovorima na pitanje jesu li odluke koje donose ljudi, profesije, društvo, vlada i kompanije postale "bioetičnije", jesu li svi ljudi

uključeni u donošenje bioetičkih odluka te primjenjuju li se bioetička načela kao poželjni model ponašanja?

Pred trideset godina predmet (preskriptivne) bioetike počeo se popularizirati u Sjevernoj Americi kao odgovor na najmanje tri glavna stimulusa. Pokret za građanska prava doveo je do priznavanja prava pacijenata i do primjene informiranog pristanka i govorenja istine. Uvođenjem razvijene tehnologije u kliničku praksu pojavila su se pitanja kao što je ono kada nekome u trajno vegetirajućem stanju možemo prekinuti umjetno održavanje na životu. Treći stimulus bio je sve jača svijest o zagađenju okoliša i ograničenim mogućnostima našeg planeta. U Europi je zabrinutost za okoliš u 80-im godinama stvorila politički značajan pokret zelenih. Bitan poticaj medicinskoj etici dalo je i uvođenje tehnologije asistirane reprodukcije u kliničku praksu te pritisak mnogih grupa koje su u modernoj genetici vidjele opasnost zluporabe poput one u rasnim eugeničkim politikama u prošlosti. Naravno, ne treba shvatiti da se o bioetičkim pitanjima nije raspravljalo i prije toga (Macer, 1993), ali je upravo nova tehnologija dala onaj potreban podražaj za katalizaciju šire javne diskusije o tim pitanjima (Macer, 1990). Zapravo, korijene mnogih osnovnih pitanja, kao i moguće pristupe njihovom rješavanju, možemo naći već u filozofijama i religijama antičkog doba (Macer, 1994a).

3. Ankete kao metoda bioetičkog istraživanja

Kad ljudi govore o bioetici, najčešće govore o njezinoj preskriptivnoj strani, a ona je uglavnom više subjektivna nego objektivna. Međutim, često možemo pročitati naslove poput, na primjer, ovog: "Japanci ne prihvaćaju moždanu smrt", koji mogu biti sasvim subjektivni, ali ih ipak svi prihvaćaju kao točne. Jedan od načina da se društveno istraživanje učini objektivnijim jest korištenje anketa za ispitivanje javnog mnijenja, iako su i tu moguća kriva tumačenja. U ovom članku prikazat ću rezultate ankete o bioetici u Aziji koja mi je poslužila kao osnova za razmatranje bioetičkih pitanja u Aziji.

Međunarodna bioetička anketa provedena je 1993. u deset zemalja svijeta: na engleskom u Australiji (A), Hong Kongu (HK), Indiji (IN), Izraelu (IS), Novom Zelandu (NZ), Filipinima (P) i Singapuru (S); na japanskom u Japanu (J); na ruskom u Rusiji (R); i na jeziku tai u Tajlandu (T). Upitnici su imali ukupno 150 pitanja, od kojih je 35 bilo otvorenog tipa, a cilj im je bio ispitati kako ljudi razmišljaju o bolesti, životu, prirodi i odabranim pitanjima iz znanosti i tehnologije, biotehnologije, genetičkog inženjeringa, genetskog testiranja i genskog liječenja (Macer, 1994a). Otvoreni tip odgovora poticao se pitanjem "zašto?" kako bi se izbjeglo navođenje na određeni predloženi odgovor i kako bi se dobio uvid u razmišljanja ljudi. Pojedine ideje iz svih odgovora svrstavale su su u različite kategorije koje su se zatim uspoređivale.

Jedna od kritika upućenih Međunarodnoj bioetičkoj anketi je da pokušava gledati na bioetičko donošenje odluka i razmišljanje pomoću ispitivanja javnog

mnijenja. Ispitivanja javnog mnijenja odražavaju mnijenje, a ne osobu u cijelosti. Međutim, na temelju tih anketa ipak se mogu predvidjeti djelovanja pojedinaca, a tako i društva, s određenom rezervom glede točnosti, koja se može utvrditi tek nakon što je anketa provedena. Pisana anketa daje mogućnost ispitanicima da duže razmišljaju o pitanjima nego usmeno ispitivanje. Postotak odgovora kod pismenih anketa manji je nego kod usmenih, i za neka pitanja uspoređivali su se pismeni odgovori dobiveni poštom s usmenim odgovorima dobivenim preko telefona, kako bi se provjerio odgovor. Duže odgovore na otvorena pitanja dobivene putem telefona ili kroz izravni razgovor ponekad je teško bilježiti, ali s druge strane predloženi odgovori na pojedina pitanja mogu navoditi ispitanike na određeni odgovor, tako da postoji ravnoteža između postotka dobivenih odgovora i njihove dubine.

Odgovori otvorenog tipa, slobodni odgovori, često su se koristili, ali je broj kategorijskih grupa bio ograničen. Rekao bih da se argumenti gotovo svih ispitanika, njihova mišljenja, mogu svesti na nekoliko glavnih ideja. Te određene ideje su vjerojatno odraz odgoja i religije s određenim genetskim utjecajem, tj. bioetičko poštovanje okoliša i života drugih može biti dijelom naše genetske naravi te dijelom našeg nasljednog i izvanjskog ili okolišnog hranjenja duha. Odgovor na pitanje je li to moguće, dat će sami čitatelji nakon što prouče analitičke tabele i ogledne odgovore. Uvijek postoji i "druga" kategorija za neuobičajene ideje, a odgovori otvorenog tipa prikazani su u rezultatima (Macer, 1994a). Važno je pregledati sve podatke i usporediti podatke dobivene anketom s podacima iz literature, običaja i opažanja.

Kad se ankete provode na različitim kulturama, može se naići i na jezične zapreke, pa su prijevode Međunarodne bioetičke ankete pregledali profesionalni prevodioci, a pitanja su pretestirana. Za anketu su bila izabrana tri populacijska uzorka: opća populacija, studenti i srednjoškolski nastavnici. Upitnici su se sastojali od 6 stranica formata A4, s uvodnim pismom na jednoj stranici i priloženim formularom za ispitanike i nastavnike, kojim su mogli zatražiti sažetak rezultata ankete. Upitnici za građanstvo i studente bili su jednaki. Anketa za nastavnike imala je jednim dijelom ista pitanja, a druga polovica pitanja bila je povezana s predavanjima i nastavnim planom bioetike i genetike (Macer, 1994). Građanstvu i nastavnicima upitnici su poslani poštom s frankiranim kuvertama za odgovor u svakoj pojedinoj zemlji, a pismom su zamoljeni da odgovore na anketu.

U Australiji, Indiji, Novom Zelandu i Tajlandu upitnici su se dijelili ručno nasumce odabranim građanima po cijeloj zemlji. Uzorci su odabrani metodom slučajnog grupnog uzorka, a uključili su izbor reprezentativnog presjeka populacije sa zemljopisnih karata na kojima su bila prikazana i ruralna i urbana područja, izbrana nasumce iz svih postojećih imena unutar izabranog područja. U Indiji i Tajlandu ankete su dijelili i neki članovi sveučilišta i instituta, i to je razlog što je u uzorcima zastupljen veći broj školovanih ispitanika nego općeg pučanstva, premda se i tu primijenila metoda grupiranog uzorka. Anketiranje u Indiji i

Izraelu je, povrh toga, bilo ograničeno i na područja u kojima se moglo očekivati da postoje ljudi koji znaju engleski, jer su se u tim zemljama koristili upitnici na engleskom jeziku. Uzorak iz Izraela nije ni dovoljno velik ni dovoljno slučajan te se koristio samo kao preliminarno opažanje. Uzorak iz Indije je velik, ali nije dovoljno reprezentativan za cijelu zemlju, već samo za one koji znaju engleski te za južna područja iz kojih je uzeta većina uzoraka.

U Izraelu i Rusiji polovica ispitanika bila je iz opće populacije, a polovica akademski građani (uključujući filozofe, molekularne biologe, opće društvene znanstvenike i prirodne znanstvenike te diplomante medicinskih fakulteta), a ankete su dostavljane nasumce članovima instituta ili domaćinstvima kao što smo gore opisali. U uzorku iz Rusije zastupljeni su građani Moskve (56%), Ufe (22%) i Peterozavodska (22%), pa prema tome taj uzorak nije reprezentativan za ruralni dio ruske populacije.

Neke karakteristike uzoraka prikazane su u tablici 1 (Macer, 1994a). Iako se postotak odgovora možda čini malim, ipak pruža bolji uvid u deskriptivnu bioetiku nego gledišta isključivo akademskih građana. Uzorci općeg pučanstva iz Novog Zelanda (N=329), Australije (N=201) i Japana (N=352) reprezentativni su za cijelu opću populaciju, dok su uzorci iz Indije (N=568), Izraela (N=50), Rusije (N=446) i Tajlanda (N=680) većeg stupnja obrazovanja od opće populacije, što se mora imati na umu pri interpretaciji rezultata. U Indiji i Izraelu anketa se provodila na engleskom, što je postavilo selekcijski prag za višu obrazovnu razinu.

Uzorke studenata dobili smo uz pomoć sljedećih osoba. Upitnike su dijelili sveučilišni nastavnici, a studenti su ih vraćali na sljedećem satu ili su ih ostavljali u odsječkim sandučićima. U uzorku su uključeni: medicinski fakulteti Australije (Peter Singer, Monash University, N=110), Japana (Michio Hirayama i Norio Fujiki, Fukui Medical School, N=127; Hideo Hayashi, University of Tsukuba, N=308), Novog Zelanda (D. Gareth Jones, Otago University, N=96), Filipina (Angeles T. Alora, University of San Tomas, N=164); tečaj za medicinske laborante iz Hong Konga (Maureen Boost, Hong Kong Polytechnic, N=105) te studenti biologije iz Indije (Jayapaul Azariah i Hilda Azariah, University of Madras, N=325), Singapura (Lim Tit Meng, University of Singapore, N=23; Ong Chin Choon, Singapore Polytech, N=227) i Tajlanda (Peerasak Srivines i Prasert Chatwachirawong, Kasetsart University, N=232).

U anketi su traženi sljedeći opći podaci: spol, dob, bračno stanje, djeca, obrazovanje, religija, važnost religije, rasa, prihodi i ruralni/urbani lokalitet. Rezultati i dodatni podaci o ispitanicima, popraćeni većim brojem otvorenih odgovora, objavljeni su u posebnom izdanju (Macer, 1994a). U ovom članku riječ "značajan" podrazumijeva statističku važnost od $P < 0.05$. Neki rezultati prikazani su u sljedećim poglavljima pod različitim temama. Na nekim mjestima pozivam se i na bioetičku anketu provedenu u Japanu 1991. među pučanstvom, znanstvenicima i nastavnicima (Macer, 1992b).

Anketiranje srednjoškolskih nastavnika iz 1993. bilo je nacionalno i provelo se na školama nasumce izbranim iz popisa škola u Australiji i Japanu. Svih 438 novozelandskih škola sudjelovalo je u anketi. Dva primjerka upitnika s dvije frankirane kuverte za odgovor i popratnim pismom bili su poslani direktorima škola s molbom da ih predaju jednom nastavniku biologije i jednom nastavniku društvenih predmeta, izbranim nasumce. Uzorak ispitanika koji su odgovorili na upitnik uključivao je veći broj nastavnika biologije nego nastavnika društvenih predmeta: Japan (N=560 biologija, N=383 društveni), Novi Zeland (N=260 biologija, N=96 društveni) i Australija (N=251 biologija, N=114 društveni), i ti su podaci obrađeni odvojeno.

Od posebnog interesa u ovoj anketi je pitanje otvorenog tipa: "Što je po tvom mišljenju bioetika?". Nastavnici u Novom Zelandu i Australiji imaju gotovo jednaku predodžbu o bioetici. U svojim odgovorima mnogi su naveli "kako bismo trebali koristiti život", "znanost/biologija potiče pitanja", "odluči prije upotrebe" i "kako primijeniti biotehnologiju". S druge strane, japanski nastavnici su češće spominjali "poštovanje prema životu", "prirodna providnost", "vrlo važan predmet" i "ljudska dobrobit/pravo", naročito nastavnici društvenih predmeta. Možemo zaključiti da je u Australiji i Novom Zelandu prisutnije praktičnije gledanje na ta pitanja te da su nastavnici u Japanu uglavnom na prvom stupnju prepoznavanja bioetike, s apstraktnijim i manje praktičkim pojmovima. Odgovori u kojima se spominju prava životinja i eksperimentiranja na životinjama bili su rjeđi u Japanu, što također odražava manju opterećenost tim pitanjima. U Australiji su se češće spominjala medicinska pitanja, što je također vjerojatno odraz uključivanja takvih slučajeva u nastavni program ili rasprava u Australiji, gdje je nastava bioetike prilično razvijena.

Po završetku ankete primijetili smo da je većina nastavnika govorila u prilog bioetičkog obrazovanja. Naveli su više praktičnih razloga negoli u odgovoru o njihovom poimanju bioetike. Nijedan nastavnik iz Novog Zelanda ili Australije, a samo poneki nastavnici iz Japana, nije naveo medicinska pitanja kao razlog za uvođenje bioetičke nastave, iako je 11-14% australskih nastavnika spomenulo medicinska pitanja kao odraz bioetike. Učestalost takvih medicinskih komentara varira u rezultatima ispitivanja. Vjerojatno je upitnik naveo nastavnike da o bioetičkim pitanjima razmišljaju u nemedicinskoj biologiji, znanosti i tehnologiji, jer se upitnik odnosio na bioetiku u širem smislu.

4. Poznavanje znanosti i stavovi prema znanosti

Ljudi u mnogim industrijski razvijenim zemljama zanimaju se za znanost i razvoj znanosti i tehnologije. Među pritiscima koji su doveli do ekspanzije bioetike u svim zemljama je upravo sve veći broj mogućnosti i izbora koje pruža znanost. Procjena tehnologije je jedno od područja bioetike koje je često predmet javnih rasprava u okviru određene politike, ali je vrlo vjerojatno da će se prije ili kasnije svi ljudi naći u prilici da odluče hoće li upotrijebiti ili ne raspo-

loživu znanost ili tehnologiju. Ta primjena može se odnositi na testiranje, ili održavanje na životu, ili na nove poljoprivredne metode kao što je genetičko inženjerstvo (vidi odlomak u nastavku).

Javnost u Aziji ima razmjerno visok stupanj interesa za znanost i visok stupanj svjesnosti o specifičnim dostignućima znanosti i tehnologije (Macer, 1992b; 1994a, 1994b). Manje od 10% ispitanika iz svih zemalja uključenih u Međunarodnu bioetičku anketu smatra da taj razvoj donosi više zla nego dobra. Sve u svemu, većina ispitanika u industrijaliziranim zemljama vidi veću korist nego štetu od znanosti, kao što je pokazala Međunarodna anketa društvenih znanosti, projekt koji je 1993. proveden u 24 zemlje (ISSP, 1993). Većina ljudi također smatra da bolja kvaliteta života ovisi o znanju temeljenom u znanosti.

Ljudi podržavaju stav da vlade trebaju više financirati znanost. Međutim Azijci, kao i stanovnici industrijaliziranih zemalja, sumnjaju u izjave znanstvenika koje se odnose na sigurnost, pogotovo u izjave kompanija. Pitanje se odnosilo upravo na stupanj povjerenja koje ljudi imaju prema vlastima koje daju izjave o sigurnosti nekog biotehnološkog proizvoda. Najviše povjerenja u vladu imaju stanovnici Hong Konga i Singapura, a najmanje u Australaziji, Japanu, Rusiji, SAD-u i Europi. Unatoč niskom stupnju povjerenja koje imaju prema vladi, stanovnici Rusije imaju povjerenje u liječnike. Ovaj rezultat je posebno interesantan kad ga usporedimo s Japanom, u kojem se doktorima ne vjeruje. Japanci su ljudi s najmanje povjerenja među svim zemljama uključenim u Međunarodnu bioetičku anketu, a od drugih zemalja ih najviše razlikuje nepovjerenje prema liječnicima i sveučilišnim profesorima, naročito tako misle studenti medicine. Japanci također vjeruju da bi znanost trebala biti usmjerena prema zaštiti javne sigurnosti i svi se slažu u tome da odluke glede japanske znanosti i tehnologije ne bi trebalo skrivati od javnosti (Macer, 1992b).

U Međunarodnoj bioetičkoj anketi iz 1993. više od 80% javnosti i studenata medicine u svim zemljama smatra da je znanost pridonijela njihovom životu. Stavovi prema primjeni tehnologije su pozitivni, a ako se može govoriti o nekim općim značajkama, moglo bi se reći jedino da se u nekim zemljama u razvoju, kao na primjer u Tajlandu, tome pridaje manje važnosti u usporedbi s industrijski razvijenijim zemljama. Ta nezainteresiranost nije u korelaciji s obrazovanjem, jer su zapravo uzorci iz tih zemalja bili u načelu više obrazovne razine. Unatoč tome, mnogi ljudi smatraju znanstveno istraživanje vrijednim, premda većina ispitanika iz svih uzoraka izražava zabrinutost glede njegova utjecaja.

Na pitanja o specifičnim dostignućima tehnologije, uključujući oplodnju *in vitro*, kompjutore, pesticide, biotehnologiju i genetičko inženjerstvo, mnogi ispitanici su naveli i prednosti i opasnosti. Ljudi jesu u stanju odvagnuti koristi i opasnosti koje donose znanost i tehnologija (Macer, 1992b, 1994b). Tehnologija koja se tiče života smatra se jednako vrijednom kao i tehnologija koja se neposredno ne tiče živih bića, premda ljudi lakše uočavaju opasnosti od tehnologije koja neposredno utječe na živa bića negoli opasnosti od razvoja fizičke znanosti koja nema tako neposredan utjecaj na njih. Takav je otprilike stav

podjednako prisutan u svim zemljama i jedino genetičko inženjerstvo izaziva različite reakcije glede koristi i štete. Ljudi nemaju simplicitički pogled na znanost i tehnologiju, i često uočavaju i koristi i štete. To vaganje dobrog i zlog važno je za bioetiku i smatram ga indikatorom bioetičke zrelosti određenog društva.

Glavni izvor informacija u svim zemljama su masmediji. Najčešće su spominjani novine i televizija, dok je u Tajlandu bio posebno često naveden i radio. Časopisi i knjige spominju se u Tajlandu i Rusiji, gdje je također česta komponenta bila i osobno obrazovanje.

Anketa nije pokazala neku posebnu ovisnost mišljenja o religiji, s jedinom iznimkom u Filipinima, gdje je značajno veće odbijanje pobačaja. U Japanu je situacija s religijom posebno zanimljiva: broj pripadnika različitih religija je više nego dvostruko veći od ukupnog broja stanovnika, što navodi na zaključak da su mnogi ljudi sljedbenici više od jedne religije istodobno. Nekoliko ispitanika je navelo mnoge religije, na primjer jedan je napisao: "Budizam, shinto, a mogao bih se složiti i s idejom muslimana i kršćana"! Religija nije posebno važna u svakodnevnom životu, kao što se vidi iz rezultata ankete i iz svakodnevnog života. Mlađi ljudi su u načelu indiferentniji, što se zaključuje na temelju odgovora studenata medicine. Kršćani su značajno religiozniji od budista. U Kini postoji više različitih religija, a stupanj religioznosti je jedan od načina usporedbe religioznog ponašanja ljudi u različitim zemljama.

5. Briga za okoliš

Jedna od glavnih pokretačkih sila za pojavu bioetike kao samostalne discipline bila je briga za okoliš, a ona je i dalje jedno od glavnih područja bioetike. Zbog ekonomskih razlika u stupnju industrijalizacije među pojedinim zemljama, nije moguće jednostavno reći da zemlja s najvišim stupnjem bioetičkog razvoja istodobno izaziva najmanje štete za okoliš. Premda je točno da djelo govori bolje od riječi te da bi mnogi mogli optužiti bogate zemlje, kao što su SAD, za visok stupanj okolišnog otpada i zagađenja, naprosto kao mjeru za bioetiku ne možemo usporediti izbacivanje otrovnih kemikalija u okoliš niti strogost zakona za zaštitu okoline.

Međutim, potrebna su i djela i riječi, jer bismo inače imali samo bioetiku diskusije. Ostale mogućnosti usporedbe jesu uspoređivanje vremena potrošenog na zaštitu okoline, poštivanje prirode i način na koji se prirodni okoliš čuva ili uništava. Situacija je postala prilično zamršenom u posljednje vrijeme otkad se govori više o ekonomskim a manje o estetskim razlozima za očuvanje pojedine žive vrste.

Među odgovorima u Međunarodnoj bioetičkoj anketi dva najzanimljivija bila su na pitanja otvorenog tipa o tome kakvo stajalište imaju ispitanici prema životu i prirodi. Ti su se odgovori analizirali tako da su se svakom odgovoru pripisi-

vale najviše dvije ideje. Odgovori su objavljeni posebno (Macer, 1994a). Različitost odgovora bila je podjednaka u svim zemljama, s podjednakim omjerima za svaku ideju. To je vrlo zanimljivo ako želimo saznati što mislimo o prirodi ili životu ("Molimo vas da izrazite slobodno, rečenicama i/ili slikama, predodžbe koje u vama izaziva riječ "priroda/život", i/ili ma koju ideju koju imate o "prirodi/životu"). Pitanje o prirodi slijedilo je nakon niza pitanja o genetičkom inženjerstvu te ne čudi što se u mnogim odgovorima navodi da je priroda nešto što ljudi ne bi smjeli dirati. Etičke granice genetičkog inženjerstva mogu se na kraju odrediti poimanjem "prirode", međutim, njih je vrlo teško odrediti; ova anketa bila je pokušaj da se među općim pučanstvom diljem svijeta počne istraživati gdje bi te granice mogle biti. Svi mi imamo neke granice, bez obzira na to jesu li to plave ruže ili pilići s četiri noge, i svjesni smo da se te granice mogu pomicati s vremenom.

Jednostavna definicija bioetike, kao što sam prije rekao, mogla bi biti ljubav prema životu. Predodžbe o životu su stoga vrlo važne za bioetiku. Pitanje o predodžbama osniva se na jedinom pitanju postavljenom u ispitivanju koje je u Japanu proveo Morioka (1993). Najčešći odgovor u svim zemljama bila je slika života i smrti. Komparativni rezultati prikazani su u tablici 1.

Grupa pitanja o brizi za okoliš pokazala je razlike u stvarnom ponašanju ljudi, što je vjerojatno stvarnije od idealističkih pitanja o vjerovanju u vrijedna svojstva prirode. Na primjer, u Japanu je 87 posto ispitanika odgovorilo da "prirodni okoliš ima vrednote s kojima se ljudi ne bi smjeli poigravati", više negoli u ostalim zemljama. Međutim briga za okoliš u praksi je bila manja nego u većini drugih zemalja. Samo 28% ispitanika je izjavilo da je svoj način života značajno promijenilo kako bi zaštitilo okoliš, manje nego u drugim zemljama.

6. Genetičko inženjerstvo

Pregled stavova prema genetičkom inženjerstvu u Japanu dao sam u knjizi koja se temelji na anketama iz 1991., (Macer, 1992b). Te su ankete pokazale pretežno ujednačena razmišljanja i trendove u Aziji. Postoji opći konsenzus da je genetičko manipuliranje biljkama prihvatljivo. Također se svi slažu da je puštanje u okoliš biljaka otpornih na bolesti ili mraz, stvorenih genetičkim manipuliranjem, prihvatljivo pod uvjetom da predstavlja minimalnu opasnost za sam okoliš. Također je općenito prihvatljivo genetičko manipuliranje mikroorganizmima te puštanje u okoliš bakterija dobivenih genetičkom manipulacijom, koje se koriste za čišćenje izljeva nafte, također pod uvjetom da predstavljaju minimalnu opasnost za okoliš. Većina ljudi vjeruje da će genetske manipulacije biljkama i mikroorganizmima donijeti mnoge koristi, posebno za poljoprivredu i medicinu.

Genetičke manipulacije biljkama izazivaju manju zabrinutost nego manipulacije mikroorganizmima; zabrinutost glede genetičkih manipulacija životinja manje je veća, a najveća je kad se radi o ljudskim stanicama.

Ovi rezultati sukladni su rezultatima anketa iz Sjeverne Amerike (OTA, 1987; Hoban & Kendall, 1992). Transferi gena biljka-biljka su najprihvatljiviji, slijede transferi životinja-životinja, dok su transferi životinja-biljka ili čovjek-životinja najmanje prihvatljivi. Što se tiče hrane dobivene od genetski modificiranih organizama, ljudi su manje zabrinuti kad se radi o biljkama nego kad se radi o mesu. Jedna od glavnih preokupacija je da bi proizvodi bili neprirodni, ali je bilo i drugačijih komentara. Veća bojazan glede genetičkog inženjerstva na životinjama i mesu, općenito je prisutna i u Europi (Eurobarometer 39.1; Hamstra, 1993).

Japanski znanstvenici pokazuju nešto manju zabrinutost glede genetičke manipulacije ljudskim stanicama i životinjama od opće javnosti, ali su podjednako zabrinuti za genetičku manipulaciju biljkama i mikroorganizmima. Znanstvenici vide veću korist od genetičke manipulacije svim organizmima negoli javnost. Uzorci iz Tajlanda i Indije pokazali su manju zabrinutost. Međutim, u svim zemljama i svim uzorcima ispitanici su naveli brojne primjere i koristi i opasnosti. Srednjoškolski nastavnici vide i znatno više opasnosti i znatno više koristi od genetičke manipulacije nego javnost. Većina ljudi također vjeruje da bi biotehnologija trebala biti regulirana od vlada i industrija, uz sudjelovanje javnosti i trećih stranaka.

Prihvatanje je bilo općenito veće u primjerima u kojima su dane specifične pojednosti primjene, što navodi na zaključak da su ljudi u stanju odlučivati (Macer, 1992b, 1992c; Macer, 1994a). To također može značiti da će ljudi lakše prihvatiti neku primjenu ako su o njoj detaljno obaviješteni. To se pokazalo u pitanju o puštanju u okoliš genetski modificiranih organizama. Genetski modificirana rajčica (Flavr Savr) koja ima odgođeno sazrijevanje prodaje se u SAD od 1994., a prihvaća je i većina azijskih ispitanika iz svih zemalja uključениh u anketu (Macer, 1994a). Najveći broj pristaša imaju usjevi otporni na bolesti te bakterije za čišćenje izljeva nafte. Upotreba genetičkog inženjerstva radi poboljšanja sportskih riba primjer je upotrebe genetičkog inženjerstva za zabavu. U tom pitanju ohrabruje činjenica da mnogi ljudi odbacuju takvo genetičko inženjerstvo, premda ga je polovica ispitanika iz SAD-a, Tajlanda i Indije prihvatilo. U ostalim azijskim i pacifičkim zemljama prihvaća ga manje od četvrtine ispitanika.

7. Privatnost, genetske bolesti i AIDS

Jedno od pitanja kojima se bavi bioetika je i privatnost, tema o kojoj se sve više govori u ovo doba kompjuterskih baza podataka. Povjerljivost je rezultat poštivanja autonomije. Sve je veći broj medicinskih bolesti koje su zabilježene kompjuterom (Macer, 1990). Geni su često uključeni u bolesti – bilo da ih neposredno uzrokuju, bilo da osobu čine sklonijom za određenu bolest, kao što je, na primjer, osteoporoza (gubljenje kalcija, stanje koje je više od 75% genetskog karaktera), mnogih oblika karcinoma i kompleksnih mentalnih poremećaja.

ja. Ovo pitanje postaje još osjetljivije kada dođe do diskriminacije. Privatni zdravstveni osiguravatelj može odbiti izdati policu osiguranja osobi s visokim rizikom za karcinom, ili za bilo koju drugu bolest, isto kao i poslodavac koji ne želi plaćati visoke troškove zdravstvene naknade ili izgubiti radnika u mladoj dobi. Čak i kad bismo donijeli odredbe kojima bismo zaštitili osobe od diskriminacije, morali bismo svejedno štitići privatnost osjetljivih informacija.

Pitanje: "Ako je netko nosilac defektnog gena ili ima genetsku bolest, tko još osim te osobe treba to znati?" uzeli smo iz jedne ankete provedene u SAD-u (March of Dimes, 1992). Radi usporedbe postavili smo i paralelno pitanje "Ako netko ima HIV (virus SIDE), ...". Općenito, poštivanje privatnosti informacija bilo je podjednako među Azijcima i Australcima, a razlikovalo se od stavova u SAD-u (Macer, 1994a). Ljudi u svim državama podjednako podržavaju stav da tu informaciju treba dobiti i supružnik: 85-98% smatra da supružnik treba znati kad je netko nosilac defektnog gena ili genetske bolesti, 88-98% to smatra kad se radi o HIV-u. Oko 90% ispitanika u Japanu, Singapuru, Filipinima i Tajlandu smatra da to treba znati i bliža rodbina, a to je više nego u Hong Kongu (76%), Australaziji (74%), SAD-u (70%) ili Indiji (67%). Razlika u rezultatima koji se tiču obitelji vjerojatno odražavaju stav prema uključenosti obitelji u bolest, ukoliko se na bolest gleda kao na obiteljski problem. Rezultati su podjednaki i za genetsku bolest i za HIV. U svim zemljama a obitelj brine za bolesnika, ali je zanimljivo uočiti ravnotežu između odnosa pojedinca i obitelji, što je osnovna jedinica autonomije.

Razlika se pokazala u tome što 58% ispitanika u SAD-u smatra da osiguravatelj treba biti obaviješten o genetskoj bolesti, mnogo više nego u drugim zemljama; na drugom mjestu je Tajland (51%), zatim Indija (44%), Australija, Novi Zeland i Rusija (37-39%) i na kraju Japan (18%) i Izrael (6%). Premda u SAD-u ima mnogo bioetičara, očito je da javnost ne cijeni privatnost kao u drugim zemljama. Obavješćavanje poslodavca o bolesti je najviše odbačeno u Australaziji i Japanu (samo se 20% ispitanika složilo), dok se trećina ispitanika iz drugih zemalja slaže s tim da se poslodavac obavijesti.

Stav prema bolesti osnovan je za stupanj volje da nekoga izliječimo ili da se vratimo na "normalno" stanje. Jedno od pitanja u anketi bilo je i poznaju li nekoga s genetskom ili mentalnom bolesti. Najčešće spominjane genetske bolesti bile su Dawnov sindrom i mišićna distrofija. Najčešće navedene mentalne bolesti bile su shizofrenija i depresija. Postoje i neke razlike u gledištima među pojedinim zemljama. Na primjer, u Tajlandu mnogi ljudi smatraju da je dijabetes genetska bolest, što nije slučaj s ostalim zemljama, a u Japanu u tu grupu stavljaju i sljepoću za boje. Međutim, učestalost nekih od navedenih bolesti podjednaka je u svim zemljama, pa stupanj spoznaje o njima treba pripisati drugim faktorima. Velike razlike u broju ispitanika koji su naveli da poznaju nekog s tim poremećajima ne može se pripisati stvarnoj incidenciji pojedine bolesti, već stupnju srama i privatnosti, kao i percepciji same bolesti. U tom pogledu zanimljivo je vidjeti koje se bolesti nalaze na tom popisu, a koje ne.

Bilo je šest pitanja otvorenog tipa na koja su ispitanici trebali odgovoriti što misle o ljudima koji boluju od sljedećih bolesti: hemofilija, mišićna distrofija, AIDS, depresija, shizofrenija i neuroza. U svim uzorcima najčešći odgovor bio je suosjećanje i sažaljenje. Ostali odgovori navode da su ljudi jednaki, izražavaju razumijevanje ili navode da "bi im pomogli". Općenito, češće se smatra da su bolesnici "sami krivi" kad se radi o mentalnim oboljenjima nego kod genetskih poremećaja, a za ove prve ima i manje razumijevanja (Macer, 1994a). Najviši stupanj odbijanja izražen je prema osobama s virusom HIV, s tim da je uglavnom određeni stav ovisan i o načinu na koji se dobio taj virus. Ovakav stav je prilično osuđivački, jer svi ljudi mogu pogriješiti, a AIDS je smrtonosna bolest. Studenti iz Singapura i Hong Konga pokazali su najviši stupanj odbacivanja. Samo 2% ispitanika izrazilo je divljenje prema oboljelima od distrofije mišića, a za druge bolesti nitko nije izrazio divljenje. Što se tiče mentalnih bolesti, kao što je depresija, većina ispitanika u svim zemljama smatra da su bolesnici sami krivi za njih. Ljudi se više boje osoba oboljelih od neuroze nego od drugih mentalnih bolesti. Općenito, možemo reći da su razlike između uzoraka u stavovima ispitanika prema oboljelima male.

Rezultati navode na zaključak da je veća diskriminacija prema oboljelima od SIDE u Aziji nego u Sjevernoj Americi ili Oceaniji. U Japanu je politika glede SIDE jedva išta postigla (Feldman & Yonemoto, 1992). U većini zemalja provodi se testiranje za SIDU, a neke bolnice odbijaju pacijente zaražene HIV-om. Što se tiče privatnosti u slučajevima SIDE i genetskih bolesti, stavovi su slični, osim ključnih načela glede javne sigurnosti – HIV je zarazan. Međutim, putevi infekcije su poznati i ograničeni, i potrebno je davati mnogo obavijesti kako bi se obrazovala ne samo javnost već i zdravstveni radnici u Japanu, među kojima je strah od SIDE vrlo izražen.

8. Potpora prenatalnom genetskom testiranju

Prenatalno testiranje ili dijagnostika, također uključeni u genetsko savjetovanje, ima primarni cilj otkloniti majčine sumnje te osigurati fetusovo zdravlje. Danas se samo 1-5% fetusa pobačuje. Zapravo, testiranje bi trebalo učiniti neovisno o odluci hoće li se pobačaj obaviti ili ne, jer nakon njega je moguće fetus i liječiti. Japan vrlo sporo uvodi prenatalno genetsko testiranje u svoj inače djelotvoran program kontrole zdravlja, uglavnom zbog zabrinutosti koju izražavaju društva invalida te zbog nedostatnih fondova za financiranje testiranja. Neki privatni laboratoriji nude genetičke usluge, a test s majčinim serumom se komercijalno dijeli među liječnicima od 1994. Godišnje se izvede oko 5000 amniocenteza, što je vrlo malo za jednu industrijski razvijenu zemlju s preko 120 milijuna stanovnika.

Podaci iz 1991. (Macer, 1992b) ne pokazuju nikakvu razliku između javnosti i akademskih građana u Japanu. I u anketi iz 1991. i u onoj iz 1993. 57% ispitanika je odgovorilo da bi pristalo na testiranje svoga fetusa. U svim zemljama iz ankete izražena je potpora da se prenatalno genetsko testiranje omogući u

državnim zdravstvenim ustanovama (Macer, 1994a). Oko dvije trećine ispitanika izjavilo je da bi ga osobno primijenilo, a između desetine do petine ispitanika ne bi. Odgovori otvorenog tipa bili su vrlo različiti. Odgovori na opće pitanje o državnom financiranju prenatalnih genetskih testova često su sadržavali mišljenje da je "zdravstvena njega pravo" ili da bi "trebala biti pristupačna svima". Mnogi drugi razlozi navođeni su u odgovorima o osobnom korištenju genetskog testiranja, u kojima je više ispitanika odgovorilo s "ne znam" ili "ovisi o slučaju" nego u općem pitanju. Otprilike petina ispitanika smatra da bi testiranje pomoglo obitelji ili roditeljima, dok su ostali navodili kao razlog želju da znaju kvalitetu života budućeg djeteta te spašavanje fetusovog života. Samo 1-2% ispitanih Japanaca smatra da fetus ima pravo na život, nasuprot 3-4% u Australiji i 4-8% u Novom Zelandu. U Tajlandu je bilo iznenađujuće malo odbijanja zbog religijskih razloga. Strah od eugenike je posvuda vrlo malen.

Jedno od pitanja u anketi odnosilo se na pobačivanje četveromjesečnih fetusa općenito ili onih s urođenim manama. Pobačaj općenito ima manje pobornika, pogotovo među nastavnicima i studentima medicine. Kad se radi o četveromjesečnom fetusu s urođenim manama, o pobačaju se pozitivno izjasnilo više od dvije trećine ispitanika. Filipinci prihvaćaju genetsko testiranje, ali odbijaju pobačaj, dok u većini drugih zemalja nije bilo značajne religijske razlike u stavovima. Razina osobnog odbijanja genetskog testiranja u Sjedinjenim Državama bila je podjednako visoka kao ona u Filipinima, što ih svrstava u negativniju grupu (32% je izjavilo da ga ne bi koristili, a 53-64% da bi; taj je odnos u Australaziji i Japanu 15-18% protiv i 61-69% za). Odgovori ne ovise o stupnju obrazovanja, što se poklapa s rezultatima moje ankete provedene u Japanu 1991. (Macer, 1992a), u kojoj nije bilo razlike između općeg pučanstva, studenata, srednjoškolskih nastavnika i akademskih građana.

U Aziji je osjećaj krivnje i srama kad se rodi hendikepirano dijete veći nego u zapadnim zemljama. Razlog tome je vjerojatno stupanj poznavanja genetike i sve dok veći broj ljudi ne bude obrazovan, većina azijskih obitelji neće vidjeti u rođenju takva djeteta samo pomanjkanje sreće; za njih to uključuje krivicu ili sramotu. Međutim, gensko testiranje je podjednako društveno prihvatljivo u svim zemljama, a i navedeni razlozi su uglavnom isti. Genetičko savjetovanje služi pučanstvu i ako se primjenjuje neizravno, stav javnosti će biti važniji od stavova genetičkih savjetnika. Rezultati nam pomažu stvoriti jasniju sliku o stvarnoj situaciji i o mišljenjima koje ljudi mogu imati glede genetičkog savjetovanja. Usporedbe radi, možemo pogledati rezultate međunarodne ankete provedene na genetičkim savjetnicima (Wertz i Fletcher, 1989) koja prikazuje razloge zdravstvenih stručnjaka.

Među zemljama uključenim u Međunarodnu bioetičku anketu, u Japanu je najmanje pristaša eugenike, što se vidi iz odgovora na pitanje otvorenog tipa o genetskom testiranju. U toj anketi eugeničke ideje naišle su i na pozitivne reakcije (genetsko testiranje) i na negativne (genska terapija za pojačanje osobina). Mogu li se eugenički stavovi glede poboljšanja gena i zdravlja pojedinaca,

koji su sami po sebi pozitivni, odvojiti od negativnih eugeničkih društvenih konformističkih stavova i diskriminacije prema oboljelima, pokazat će samo vrijeme. U Kini postoji Zakon o eugenici i zaštiti zdravlja koji zabranjuje vjenčavanje ljudi s nepoželjnim genima (Editorial, 1994). Rezultati ankete provedene među kineskim medicinskim djelatnicima (Lo et al., 1994) navodi na zaključak da se mnogi ljudi slažu s idejom, ali je manji broj onih koji se slažu s tim da se to rješava zakonskom zabranom. Oko 10% ispitanika ove ankete iz Rusije, kao i mnogi u Indiji, navodi eugeničke razloge u prilog genetičkom testiranju, više negoli u drugim zemljama. Ako ove rezultate povežemo s ekonomskim razlozima, tada i u Australiji, Novom Zelandu i Tajlandu također nalazimo značajnu potporu toj ideji.

Program ELSI iz Projekta analize humanog genoma je vrlo malen (1% sredstava od Ministarstva za obrazovanje) (Macer, 1992a). Ta su se sredstva 1992. i 1993. iskoristila za održavanje dviju međunarodnih konferencija u Fukuiju, u Japanu, te za objavljivanje iznesenih radova i rasprava na engleskom i japanskom (Fujiki & Macer, 1992;1994). Na obje konferencije raspravljalo se o cijelom nizu pitanja, posebno o statusu usluga povezanih s genetskim testiranjem. Međutim, može se reći da je općenito interes za pitanja genetike manji nego za općenitije medicinske etičke probleme.

9. Gensko liječenje

U japanskoj vladi postoje dva odbora za reguliranje pitanja genskog liječenja (Ministarstvo za obrazovanje, znanost i kulturu, i Ministarstvo za zdravlje i skrb). Prvi pokušaj genskog liječenja odobren u Hokkaidu učinjen je početkom 1995.; koristio se genski nosač razvijen u inozemstvu (za ADA deficit). Početkom 1995. sedam japanskih farmaceutskih kompanija udružilo se s vladom u osnivanju kompanije za proizvodnju DNA vektora za gensku terapiju (Nature 374:394). Sve rasprostranjenija međunarodna primjena genskog liječenja navodi nas da se upitamo ne bi li odredbe trebale biti državne i/ili međunarodne i može li se dopustiti da se u različitim zemljama primjenjuju različiti standardi. Stav da bi pristup tom pitanju, uključujući i obrazovanje i davanje odrednica, trebao biti međunarodni, temelji se na nekoliko argumenata, među kojima su i oni koji govore o zajedničkom biološkom naslijeđu i sudbini ljudi u svim "nacijama" te o prijelaznoj naravi "nacija", što su polaznice međunarodnog zakona koji štiti zajedničke interese čovječanstva (Macer, 1994c).

Otpriblike tri četvrtine ispitanika svih uzoraka prihvaća osobnu primjenu genskog liječenja s većim postotkom prihvaćanja kad se radi o primjeni na djeci. Opća potpora u Japanu povećala se u odnosu na anketu iz 1991. Tome je možda uzrok veća pozornost koju tom pitanju posvećuju masmediji. Međusobne razlike u stajalištima su uglavnom slične unutar svake pojedine zemlje. Kao glavni razlozi navedeni su spašavanje života i poboljšanje kvalitete života. Oko 5-7% ispitanika odbacuje gensko liječenje jer smatra da se ono poigrava

Bogom ili ga smatra neprirodnim. Zabrinutost za eugeniku je vrlo mala (0,5-2%), a više ispitanika navelo je pozitivne razloge kao što su "popravljanje gena", naročito u Tajlandu i Indiji. Kad se radi o specifičnim primjenama, značajno manje potpore daje se "poboljšanju fizičkih osobina", "poboljšanju inteligencije" ili "poboljšanju etičkih osobina ljudi" nego liječenju bolesti kao što su karcinom ili dijabetes, dok je razlika između genske terapije nasljednih i ne-nasljednih bolesti neznatna.

10. Tehnologija asistirane reprodukcije

Oplodnja *in vitro* (IVF) primjenjuje se godinama u preko 220 klinika širom Japana. Regulirana je samo dobrovoljnim odrednicama Japanskog društva za opstetriciju i ginekologiju (JSOG) (Bai et al., 1987; Mori, 1988). Neki pravnici uporno traže da se donese zakon, ali za to nema mnogo izgleda. Ukupan broj rođene djece prelazi 10.000.

Surogat-majke nisu dozvoljene premda su neki japanski klijenti koristili strane agencije za iznajmljivanje surogata, i postoje najmanje dvije sjevernoameričke agencije koje se bave surogatima u Japanu. U rujnu 1992. Američki centar za neplodnost američkog pravnika Noela Keana (sa sjedištem u Larksparu, Kalifornija, "ICNY") otvorio je svoj ured u Tokiju i počeo djelovati u Japanu. Nešto kasnije ured je otvorio i "CSP" kalifornijskog pravnika Williama Handela. Kroz te agencije rođeno je najmanje pet beba do 1993. od surogat-majki ili putem "iznajmljivanja maternice". Usluge tih agencija omogućavaju i inseminaciju sperme japanskih muškaraca u američke žene. Petog studenog 1992. Japansko društvo za plodnost i sterilitet objavilo je svoju izjavu da ne podržava kliničku praksu reprodukcije preko surogata i odbacilo donošenje bilo kakvih odrednica o tom pitanju. Prema njihovoj izjavi, postoji velik raskorak između mogućnosti tehnologije i etičke, pravne i društvene prihvatljivosti u japanskom društvu. Stavovi opće javnosti glede reproduktivne tehnologije posve se razlikuju od stavova neplodnih parova – posebno kad se radi o korištenju surogata. Neplodni parovi imaju mnogo pozitivniji stav prema reprodukciji pomoću surogata nego opća javnost (Shirai, 1991). Otprilike pet od deset ljudi pravničke struke ne slaže se s reprodukcijom putem surogata, a 70% od 46 ispitanika smatra da je potrebno donijeti neku vrstu zakona (Shirai, 1992). Cijena svake bebe je US\$ 80.000.

Umjetna inseminacija sperme davalaca (AID) provodi se naveliko kroz Katedru za opstetriciju i ginekologiju Sveučilišta Keio iz Tokija. Godišnje se na tom sveučilištu izvede 500 pokušaja AID s oko 250 rođenja godišnje. Svaki davalac sperme koristi se za najviše 15 trudnoća, a prihvaćaju se samo udane žene. Sveučilište Keio javno objavljuje svoj program, dok drugi instituti ni ne priznaju da imaju nekakav program. Kao odrednice koriste se one Sveučilišta Keio i Japanskog društva za opstetriciju i ginekologiju. Nakon diskusije na konferenciji Japanskog udruženja građanskog prava 1953., mnogi pravnici tu-

mače zakon tako da AID- djecu udanih žena smatraju legitimnom djecom njihovih muževa, pod uvjetom da je cijeli postupak izveden u skladu s aktualnom praksom.

Ispitivao se i stav Japanaca prema mogućnosti izbora spola prije začeća; jedna anketa iz 1993. godine pokazala je da bi 76% ispitanika željelo imati žensko dijete kad bi imali samo jedno, što pokazuje da za mnoge više ne vrijede tradicionalne ideje o obiteljskom nasljeđu. Razlog što bi mnogi ljudi radije imali djevojčicu nego dječaka, suprotno mnogim drugim azijskim zemljama, vjerojatno je taj što se ženska djeca smatraju ljepšom ili boljim njegovateljima starih roditelja. Odbori Japanskog društva za opstetriciju i ginekologiju i Japanskog udruženja liječnika donijeli su slične odrednice u rujnu 1986. Oni su odlučili da je selekcija sperme pomoću kromosoma Y prihvatljiva samo radi sprečavanja koncepcije ploda s teškim genetskim poremećajima vezanim uza spol, kao što su progresivna mišićna distrofija ili hemofilija.

11. Medicinsko zvanje i medicinska etika

U postupku liječenja potreban je poseban moral, jer u njemu sudjeluje bolesna, ranjiva osoba i izlječitelj koji treba pomoći, a ne iskoristiti ranjivost pacijenta. Neki liječnici temelje svoje etičke obveze na zavjetu ili grupnoj lojalnosti, smatrajući da su liječnici privilegirana grupa visokog ranga s posebnim zadatkom da se skrbe za druge. Oni čak tvrde da je društvo dalo taj poseban status njihovoj profesiji. Japanska medicinska profesija je u procesu pretvorbe od paternalističke dominacije u prihvaćanje informiranog pristanka i govorenja istine (Swinbanks, 1989; Hattori et al., 1991; Tanida, 1994, 1995).

Japanska medicinska etika je smjesa budističkih i konfucijanskih utjecaja spojena sa *shintō* utjecajima, a u novije vrijeme i sa zapadnjačkim utjecajima (Macer, 1990; Ishiwata and Sakai, 1994). Od petog i šestog stoljeća medicinsko zvanje ograničeno je na privilegirane klase. Centraliziranjem države u sedmom i osmom stoljeću uspostavljen je ured za medicinu, a *yoro* krivičnim i građanskim kodeksima stvorena je službena liječnička klasa. Zbog nedostatka liječnika u nju su mogli ući i neki drugi. Nakon Heia perioda državnu zdravstvenu službu zamijenili su profesionalni liječnici. Jedan od kodeksa prakse sličan je Hipokratovoj zakletvi. On zahtijeva da liječnici uvijek budu ljubazni prema ljudima i da ih vole. I dan danas postoji vrlo jak paternalistički odnos liječnika prema pacijentima. U kodeksu je također postojala direktiva da se umijeće drži u tajnosti te da se osnuje bratstvo. Izražava se i zabrinutost glede nadrilliječnika. Suvremeni medicinski stavovi u japanskoj medicini pod utjecajem su zapadnjačkih ideja, ali se revolucija koja se 1960-ih godina zbilila u američkoj i zapadnoj medicinskoj etici sporo prihvaća u Japanu. Neka obilježja hipokratske tradicije, posebno učvršćivanje elitnosti medicinske profesije, japanski su liječnici spremno prihvatili (Feldman, 1985; Macer, 1992a).

U listopadu 1990. Ured japanskog premijera ispitao je javnost diljem Japana (N=2209), ljude od 20 godina starosti naviše, smatraju li da nekoj od medicin-

skih tehnika s popisa treba posvetiti posebnu etičku pozornost. 75% ispitanika smatra da nekim područjima treba, 6% smatra da ne treba, a 19% je odgovorilo da ne zna. Navodim rezultate odgovora prema pojedinim područjima za koje su ispitanici smatrali da je potrebna posebna etička pozornost, u postocima u odnosu na ukupan broj ispitanika: moždana smrt (46,5%), transplantacija organa (34,7%), terminalna njega (26,1%), oplodnja *in vitro* (24,0%), gensko liječenje (23,6%) i prenatalno testiranje (20,3%). Ispitanicima koji su smatrali da je potrebna posebna etička pozornost (75% od ukupnog broja) postavljeno je zatim pitanje kako bi se to trebalo provoditi u praksi i ponuđeni su im odgovori. 23,9% ispitanih smatralo je da bi se trebao sastaviti multidisciplinarni odbor i postaviti društveni standard, 23,1% izjasnilo se za specijalni odbor liječnika, koji bi donio standarde za cijelu zemlju. 9,1% smatralo je da pojedine bolnice i sveučilišta mogu sami donositi svoje standarde. 36,55% izjasnilo se u prilog donošenja odluke od slučaja do slučaja, pri čemu bi sudjelovali pacijent, obitelj i liječnik, dok je 7,2% odgovorilo s "ne znam", a 0,1% navelo nešto drugo. Potporu donošenju standarda za cijelu naciju izrazilo je 47% ljudi, s tim da treba ostaviti prostor za odluke o pojedinim slučajevima. U svakom slučaju, kodeks profesionalne etike treba biti dostupan svim građanima, jer se i odnosi na njih.

U pitanjima koja se tiču informiranog pristanka 62,3% ispitanika smatra da je informirani pristanak potreban i da ga treba više naglašavati, a 23% ih smatra da je potreban, ali da se već primjenjuje. Samo 5,2% smatra da nije posebno potreban, a 8,3% je reklo da ne zna. Veći broj pristaša je među mladim ljudima, premda je i više od 80% ljudi starijih od 60 godina izjavilo da je informirani pristanak potreban, a samo 6,4% ih smatra da nije posebno potreban. Međutim, čak i ako tih 5% ljudi koji smatraju da informirani pristanak nije potreban kažu liječniku da radi kako misli da je najbolje, to ne znači da liječnik ne treba razgovarati s pacijentom o važnijim pitanjima. U suvremenoj medicini često postoje različite mogućnosti liječenja, koje liječnike stavljaju u dilemu. Mnoga znanstvena istraživanja pokazuju da učinkovita komunikacija između liječnika i pacijenta ima pozitivan utjecaj na ishod bolesti (Simpson et al., 1991), premda još uvijek mnogi doktori smatraju da pošteđuju pacijente strepnje time što im ne daju obavijesti.

Japanski zdravstveni sustav suočava se s vrlo neugodnom situacijom korupcije u svezi s cijenama lijekova i povrata novca za njih te s novčanim doprinosima liječnicima koji koriste lijekove određene farmaceutske kompanije od te iste kompanije. Japanci su najveći svjetski potrošači lijekova koji se izdaju uz recept (Fukushima, 1989). Gotovo svi liječnici opće prakse i bolnice imaju svoje ljekarne za vanjske pacijente. Svake dvije godine Ministarstvo zdravstva postavlja "službene" cijene za sve lijekove, kojima se određuje participacija pacijenata i nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja. Međutim farmaceutske kompanije nude lijekove bolnicama uz popust. Dozvoljeni popust je 10%, što znači da je dozvoljena financijska naknada za propisivanje lijekova na recept. U praksi su učestali popusti od 20-30% ili čak i više na konkurent-

nim tržištima. To znači da bolnice i liječnici imaju koristi od propisivanja lijekova i objašnjava zašto je potrošnja lijekova tako visoka. Na primjer, količina propisanih antibiotika po osobi bila je oko 1990. otprilike 15 puta veća nego u Velikoj Britaniji. Postoje također financijske inicijative da se koriste noviji skuplji antibiotici širokog spektra, jer je financijska korist za bolnicu veća nego kod propisivanja starijih jeftinijih antibiotika. Ako se žele zadržati sadašnje razine plaća, ovaj izvor prihoda je neizbježan za privatne bolnice i klinike, koje su bez državne financijske pomoći.

Postoje i neka pitanja vezana uz korištenje lijekova koje je svojstveno samo Japanu, kao i nedavanje obavijesti pacijentima o lijekovima. Taj nedostatak obavijesti je čak imao i smrtonosne posljedice kad su pacijenti koristili lijekove s popratnim pojavama usporedo s drugim lijekovima (Swinbanks, 1994). Od srpnja 1995. na snazi je novi zakon o odgovornosti za proizvod (Yawata, 1994), s iznimkom proizvoda za transfuziju, što je uznemirilo mnoge hemofilicare koji su zaraženi HIV-om zbog uvoza neprovjerenih krvnih proizvoda. Službena tužba je još uvijek u rukama suda, što u Japanu može potrajati godinama.

Medicinski tretman kojim se smanjuje ili otklanja bol, a koji može izazvati raniju smrt, također je zakonski dozvoljen u određenim situacijama (iz sudske odluke Visokog suda u Nagoyi iz 1962.): (1) pacijent boluje od bolesti koja se na temelju sadašnjeg medicinskog znanja i tehnologije smatra neizlječivom, i smrt je iminentna. (2) Fizička bol je nepodnošljivo jaka i ne može se smanjiti nijednim drugim načinom. (3) Postoji pristanak ili ugovor temeljen na istinitoj želji bolesnika; u slučajevima kad pacijent nije dovoljno bistra uma da izrazi svoje želje i nema nade za poboljšanje, dovoljan je pristanak ili iskreni zahtjev obitelji. (4) Zbog toga treba primijeniti medicinski čin koji se općenito koristi.

Japanско udruženje liječnika preporučilo je da se donesu zakonske mjere koje bi omogućile liječnicima da prekinu tretman održavanja na životu ako to žele pacijenti oboljeli od terminalnih bolesti. Liječnici žele da zakon prizna želju živih, ali se suprotstavljaju legaliziranju eutanazije. Izvještaji etičkih komiteta također govore u prilog ideji da se oboljeli od karcinoma u načelu obavijeste o njihovom stanju (*Asahi Evening News*, 19 March 1992., 1). Anketa koju je u ožujku provelo Ministarstvo za zdravlje i socijalnu skrb na ljudima starijim od 20 godina (N=3000) pokazala je da 80% ispitanika ne želi da ih se nastavi liječiti kad budu u stanju vegetiranja, a 75% ne žele liječenje ako budu trpjeli bol i budu blizu smrti. Među ispitanicima starijim od 70 godina 10% više je onih koji bi željeli nastaviti liječenje.

Japanски sud je 1991. godine odlučio da je muškarac koji je svoj terminalno bolesnoj partnerici na njezin zahtjev pomogao da umre to učinio iz duboke ljubavi i osudio ga na samo jednu godinu, s dvogodišnjim uvjetom izvršenja (*Asahi Newspaper*, 1. Jan 1993, 31). U nedavnom slučaju aktivne eutanazije uz pomoć liječnika u Japanu, liječnik na Tokai svučilištu ubrizgao je na preklinjanje rodbine u nekompetentnog pacijenta KCl (kalij-klorid). Sveučilišni etič-

ki komitet ocijenio je taj čin neetičkim. Okružni sud Yokohame razmatrao je slučaj 1995. i zaključio da su uvjeti za eutanaziju isti kao oni procijenjeni 1962. te osudio liječnika na dvogodišnju uvjetnu kaznu. Međutim, taj je slučaj pokazao nedostatnost japanske terminalne njege pacijenta na samrti u kojoj mnogi koji trpe bol moraju i dalje podnositi tu bol jer lijekovi za otklanjanje boli nisu potpuno pokriveni nacionalnim zdravstvenim osiguranjem.

12. Moždana smrt i presađivanje organa

Politika glede moždane smrti je vjerojatno najpoznatija bioetička razlika između Japana i ostalih zemalja (Yamauchi, 1990; Hoshino, 1993; Hardacre, 1994; Morioka, 1995). Smatra se da Japanci odbijaju presađivanje organa s moždano mrtvih davalaca. Međutim, u ispitivanju mišljenja iz 1990. koje je obuhvatilo 3000 odraslih osoba, 51% ispitanika se složilo s darovanjem organa njihovih moždano mrtvih rođaka, 31% je odgovorilo da ne zna, a samo 16% se nije složilo. U sličnoj anketi iz 1984., 20% ispitanika je odgovorilo da ne bi prihvatilo, a 48% da bi prihvatilo darovanje organa (Nudeshima, 1991). U novije doba moglo bi se reći da postoji trend k većem prihvaćanju; oko polovica ljudi izražava spremnost da daruje organe. Stupanj pristanka u zapadnim zemljama samo je nešto viši, kao što je viši i stupanj odbacivanja, s tim da je taj postotak u praksi mnogo niži nego u teoriji (Macer, 1992a).

Ovdje se radi o slučaju dezinformiranja unatoč statistici. Različiti stavovi Japanaca prema darovanju organa, kako se smatralo, pokušali su se objasniti različitim teorijama. Smatralo se da Japanci imaju posebne kulturne barijere prema takvim darovanjima, što su japanski sociolozi i religijske grupe pobile. U svakoj kulturi mogu se naći ljudi koji se protive uklanjanju organa iz tijela, bilo njihovih ili članova njihovih obitelji, i njihove stavove treba poštivati. U Japanu se rasprava o tome nastavlja i parlament od 1994. razmatra zakon kojim bi se priznala moždana smrt i dozvolilo darovanje organa iz takvih tijela. U međuvremenu mnogi potencijalni primatelj će i dalje umirati, dok će se pravnici i političari i dalje boriti da "zaštite" ljude od proglašenja moždano mrtvima, u ime zaštite života.

Postoji mnogo veća sumnja može li se vjerovati liječnicima koji trebaju donijeti odluku o presađivanju (Macer, 1992a; 1994a). Izvještaj Premijerovog odbora o tom pitanju iz 1992. uglavnom se bavi procesom kojim bi se osiguralo da se dobije pristanak darovatelja, premda su sastanci samog odbora bili zatvoreni za javnost. Tu se ogleda veliki problem japanske medicine, (ne)učinkovita komunikacija između liječnika i pacijenta, te ideja o informiranom pristanku. Možda su neki liječnici svjesni činjenice da bi uvođenje pristanka darovatelja organa moglo utri put prihvaćanju informiranog pristanka u široj medicini, pa je i to jedan od razloga što se neki članovi medicinske profesije protive tome da liječnici koji to žele obavljaju takve operacije na dobrovoljnim davateljima i primateljima.

13. Vrijeme promjena u japanskom i azijskom "društvu"

Bioetičko donošenje odluka podrazumijeva priznavanje autonomije svih pojedinaca u donošenju slobodnih i informiranih odluka, a da pritom ne sprečavaju druge u donošenju takvih odluka. Ovo je u skladu s demokratskim načelima, i stupanj do kojeg je neko društvo to prihvatilo jedan je od kriterija za mjerenje uspjeha bioetike. Međutim, paternalizam japanskog društva temelji se na ideji da treba uvažavati samo poglede takozvanih stručnjaka (*sensei*). To također znači da se njihovi stavovi ne smiju preispitivati, u skladu s tradicionalnim paternalističkim konfucijanskim etosom. Medicina je "umijeće jina", izraz ljubaznosti zdravstvenih radnika pune ljubavi (Jin). Glavna tema konfucijanske etike bila je održavanje moralne discipline nacije, društva i doma, a išla je u prilog vladara i glavâ obitelji (Shinaga, 1988). Stoga ne čudi što mnoge vodeće ličnosti japanskog društva poštuju taj ideal, jer on znači poštovanje prema njima, i u skladu s time odbacuju bioetiku koja se temelji na autonomiji. Može se očekivati da će nastojati proširiti ideju da su Japanci različiti, samo da bi produžili konfucijansku etiku. Slične ideje mogu se naći i u drugim azijskim zemljama.

Ova vodeća etika je u konfliktu s načelima građanskih prava koja dovode do bioetičkih rasprava u Europi i sjevernoj Americi, i ne možemo očekivati da će bioetički proces uspjeti u Japanu sve dok dovoljno velik broj pojedinaca ne podigne glas. S pozitivne strane, raspravljanje o bioetici moglo bi biti upravo onaj katalizator koji će Japan preobraziti iz "paternalističke demokracije" (Macer, 1992a). Jedan od uspjeha bioetike nesumnjivo je i taj što su do 1992. na svih 80 medicinskih fakulteta u Japanu bili osnovani medicinski etički odbori, premda je u njima vrlo malo žena i ne-liječnika i vjerojatno nema nijednog javnog predstavnika. I tako, dok se proces donošenja odluke s jedne strane širi, s druge strane još uvijek isključuje stajališta šire javnosti, a ponekad čak i samog pacijenta.

Shvatljivo je da vjerojatno postoji i osjećaj da je dobro održati neke osobine tradicionalnog Japana u doba kad on sve više poprima zapadnjačke karakteristike. Stanovnici ma koje zemlje mogu se odupirati brzim promjenama i globalizaciji etike ideala i paradigmi, jer bi se etnicitet i nacionalni identitet mogao promijeniti ili izgubiti, naročito u zemljama s tako dugom kulturnom poviješću. Pristup pojedinih zemalja globalizaciji je bitno pitanje, ali mnogi pojedinci u zemljama s pristupom masmedijima već su odgovorili na nj promjenom svog stila života i vrijednosti. U onoj mjeri u kojoj to znači veće poštivanje ljudskih prava, taj trend treba poticati, s tim da pojedinci moraju više priznati svoje obveze prema drugim bićima na planetu i onima koji tek dolaze. Rezultati anke- ta navode na zaključak da ljudi u mnogim zemljama imaju iste nade i strahovanja, što daje još jaču potporu zahtjevima za međunarodnim standardima.

U Japanu je prisutna i zabrinutost za ona bioetička pitanja koja se tiču za- gađenja okoliša, sumnju u medicinsku profesiju i njezin paternalizam te mo-

ždanu smrt. Međutim, ta zabrinutost je tek počela poticati javne rasprave o bioetici. Ovo kašnjenje je više posljedica ustrojstva japanskog društva nego ma koje razlike u stavovima pojedinaca između Japanaca i stanovnika zapadnih zemalja. To se može vidjeti i u rezultatima ispitivanja mišljenja, na primjer, o bioteičkim pitanjima kao što su manipulacija genima ljudi ili životinja, u kojima se može naći isto toliko različitih mišljenja među pojedincima iz opće javnosti u Japanu kao i u drugim zemljama (Macer, 1992b; 1994). Mnogi ljudi istodobno uočavaju i koristi i opasnosti od znanosti i tehnologije. Razlika u mišljenjima iznesenima u anketi ne ovisi ni o obrazovanju ni o dobi, a podjednako su različita mišljenja među članovima opće javnosti, srednjoškolskim nastavnicima biologije i znanstvenicima. Istodobno, opći statistički rezultati mnogih pitanja u toj anketi slični su rezultatima anketa provedenih u Novom Zelandu, Europi i SAD-u.

Mediji imaju veliku odgovornost za obavještavanje o znanosti, a i znanstvenici bi također trebali obavještavati ljude o njoj. Mediji također imaju odgovornost da prikažu uravnotežene obavijesti – i o koristima i o opasnostima od alternativne tehnologije, i to trebaju činiti neovisno o komercijalnim interesima. Visoko ujednačena potpora daje se i uvođenju diskusija o etičkim, društvenim i okolišnim pitanjima vezanim uz genetičko inženjerstvo u nastavne programe škola i sveučilišta. Takve rasprave trebale bi uključiti i rasprave o alternativnim tehnologijama i pristupima. Čini se da u japanskim srednjim školama ima značajno manje rasprava o društvenim, etičkim i okolišnim temama povezanim s genetičkim inženjerstvom nego u Australiji ili Novom Zelandu (Macer 1992b, 1992c; 1994a). Mi upravo sad opskrbljujemo sve japanske srednje škole materijalom za nastavu bioetike, u dogovoru sa srednjoškolskim nastavnicima.

Akademikari također imaju svoju ulogu, ali iako je bioetičko istraživanje neznanstveno, postoji velik interes za nj, a Japansko bioetičko društvo ima gotovo 1000 članova. Premda je broj sveučilišta koja nude bioetičko istraživanje malen (oko 4-5 za koje ja znam), sve je veći broj kolegija o aspektima bioetike.

Moglo bi se reći da će budućnost bioetike u Aziji biti zanimljiva; 1995. osnovano je Istočnoazijsko bioetičko društvo u Sakamotu, a dvomjesečnik *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* uključen je u Internet. S najviše nestrpljenja očekuje se diskusija o tome koliko je bioetika univerzalna te usporedba suvremenih kulturnih vrijednosti s često različitim vrijednostima iz prošlosti (Macer, 1994a-d; Becker, 1995; Morioka 1995). Pojedine zemlje mogu nastojati izraziti svoj nacionalni identitet, međutim u svakoj kulturi postoje različiti ljudi i mora se naći ravnoteža koja će omogućiti ljudima da izraze svoj stav a da pritom ne bude poremećen sklad i pravda u pojedinom društvu. To je pitanje s kojim se mora suočiti svaka kultura na svijetu i ljudi se moraju upitati žele li u drugim ljudima oko sebe naći sličnosti ili razlike. To je razlog zbog kojeg bioetiku nazivamo ljubavlju prema životu.

Tablica 1

Međunarodna bioetička anketa i predodžbe o životu

Q32. Molimo Vas da izrazite slobodno, rečenicom i/ili slikama, predodžbe koje u Vama izaziva riječ *život*, i/ili ma koju ideju koju imate o *životu*.

Država	Javnost							
	NZ	A	J	IN	T	R	IS	
N(Q32)	324	199	352	538	685	426	50	
% odgovora	22	13	235	57	36	43	<20	
Muški	41	45	52	61	48	36	38	
Ženski	59	55	48	39	52	64	62	
Urbani	77	71	73	78	46	90+	80	
Prosječna dob (g)	47.4	45.2	41.7	30.6	37.2	36.3	33.4	
Džava	Studenti							
	NZ	A	J	IN	T	P	S	HK
N(Q32)	96	110	422	316	232	159	250	104
% odgovora	60	70	66	65	50	71	80	52
Muški	41	50	67	53	42	46	23	45
Ženski	59	50	33	47	58	54	77	55
Urbani	85	89	49	85	58	87	96	88
Prosječna dob (g)	20.8	18.1	21.1	21.8	21.3	21.1	19.3	21.0

Q32. Molimo Vas da izrazite slobodno, rečenicom i/ili slikama, predodžbe koje u Vama izaziva riječ *život*, i/ili ma koju ideju koju imate o *životu*.

	Javnost						
	NZ	A	J	IN	T	R	IS
Bez odgovora	22.8	16.1	20.2	26.6	16.2	38.3	50
Biti spašen	15.1	9.0	32.1	8.4	6.7	1.6	4
Užitak	14.2	15.6	3.4	8.9	15.3	4.7	12
Akcija	9.8	11.0	2.3	11.7	3.8	9.9	4
Zdravlje	13.0	15.0	7.7	5.0	3.9	2.1	6
Život i smrt	12.7	20.1	26.7	14.7	22.6	4.2	12
Obitelj/prijatelji	3.7	6.0	1.4	2.2	12.8	3.8	4
Susret s drugima	9.9	8.5	5.1	7.8	7.9	1.2	12
Bog/duhovnost	9.6	7.0	11.1	15.2	4.5	5.6	2
Beba	7.7	8.0	10.5	0.9	5.0	8.9	8
Živa bića	11.4	20.6	9.4	6.5	4.7	1.6	10
Harmonija/mnoge stvari	5.6	4.5	3.4	5.0	4.7	4.9	0
Prirodno	4.0	4.0	5.4	1.5	5.0	4.7	0
Ekologija	1.5	4.5	1.7	1.3	0.2	2.1	2
Ljepota	0.9	0.5	0.9	0.9	0.3	2.1	2
Pejsaž	0.3	0.5	0.8	1.1	0.2	2.3	0
Slika	4.0	3.5	5.7	6.9	21.2	22.3	4
Znanstvena definicija	3.4	6.5	2.3	2.4	3.5	1.4	0
Ostalo	5.2	5.5	11.7	12.8	6.4	1.2	8

	Studenti							
	NZ	A	J	IN	T	P	S	HK
Bez odgovora	15.6	20.0	25.4	25.6	11.6	28.3	18.0	21.2
Biti spašen	15.6	10.0	17.3	7.3	6.0	12.6	10.4	15.4
Užitak	8.3	11.8	2.6	15.2	14.2	7.5	7.2	5.8
Akcija	25.0	10.0	3.1	11.1	3.9	1.9	5.2	6.7
Zdravlje	10.4	6.4	1.7	1.3	3.4	2.5	3.2	6.7
Život i smrt	7.3	14.5	17.1	12.0	26.3	6.9	15.2	11.5
Obitelj/prijatelji	1.0	2.7	0.5	0.9	9.9	4.4	3.2	1.9
Susret s drugima	17.7	18.2	0.7	21.8	8.2	9.4	12.8	8.7
Bog/duhovnost	12.5	8.1	11.4	10.8	4.3	23.3	8.4	10.6
Beba	10.4	12.7	8.1	2.2	5.2	8.2	12.0	3.8
Živa bića	16.7	17.3	8.8	3.8	5.2	6.3	10.0	12.5
Harm./mnoge stvari	3.1	6.4	0.5	4.4	3.0	4.4	1.6	3.8
Prirodno	0	2.7	2.4	1.3	3.9	0.6	3.2	1.9
Ekologija	0	3.6	0.2	0.6	1.3	1.9	0	0
Ljepota	2.1	0.9	0.9	1.6	0.9	1.3	2.0	1.0
Pejsaž	0	0	0.5	0.6	0.9	0.6	0.4	0
Slika	9.4	10.0	12.3	8.9	24.1	20.1	14.4	20.2
Znanstvena definicija	6.3	3.6	5.0	1.9	5.6	0.6	1.6	3.8
Ostalo	8.3	3.6	21.8	13.9	5.2	5.7	12.0	10.6

REFERENCE

- Bai, K., Shirai, Y. and Ishii, M. (1987), in Japan, consensus has limits, *Hasting Center Report* (June), Special Supplement, 18-20.
- Becker, G. (1995), Asian and Western Ethics: Some remarks on a productive tension, *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 5:31-3.
- Editorial, (1994), China's misconception of eugenics, *Nature* 367:1-2, 3.
- Eurobarometer Survey 39.1, What Europeans think about biotechnology and genetic engineering in 1993, (and 35.1) is available in French or English from M. Lex, DG XII/E-1 SDME 2/65, Commission of the European Communities, Rue de la Loi 200, B-1049, Brussels, Belgium.
- Feldman, E. (1985), Medical ethics the Japanese way, *Hastings Center Report* (October), 21-24.
- Feldman, E.A. and Yonemoto, S. (1992), Japan: AIDS as a non-issue, pp. 339-360 in D.L. Kirp and R. Bayer, eds., *AIDS in the Industrialized Democracies. Passions, Politics and Policies*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Fujiki, N. and Macer, D.eds (1992), *Human Genome Research and Society*, Christchurch, N. Z., Eubios Ethics Institute.
- Fujiki, N. and Macer, D.eds. (1994), *Intractable Neurological Disorders, Human Genome Research and Society*, Christchurch, N. Z., Eubios Ethics Institute.
- Fukushima, M. (1989), The overdose of drugs in Japan, *Nature* 342:850-1
- Hamstra, A.M. (1993), Consumer Acceptance of Food Biotechnology, SWOKA Report 137, Institute for Consumer Research, Koningin Emmakade 192-195, 2518 JP's- Gravenhage, The Netherlands.
- Hardache, H. (1994), Response of Buddhism and Shinto to the issue of brain death and organ transplant, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 3:585-601.
- Hattori, H., Salzberg, S. M. and Kiang, W.P. (1991) The patient's right to information in Japan- Legal rules and doctor's opinions, *Social Science and Medicine* 32, 1007-16.
- Hoban, T. J. and Kendall, P. A. (1992), *Consumer Attitudes About the Use of Biotechnology in Agriculture and Food Production*, Raleigh, N. C. North Carolina State University.
- Hoshino, K. (1993), Legal status of brain death in Japan: Why many Japanese do not accept brain 'death' as a definition of death, *Bioethics* 7:234-238.
- Kimura, R. J. (1987), *Medicine and Philosophy* 12, 267-277.
- Kobayashi, Y. and reich, M. R. (1993), Health care financing for the elderly in Japan, *Social Science and Medicine* 37:343-53.
- Ikegami, N. (1992), The economics of health care in Japan, *Science* 258:614-8.
- Immura, K. (1993), Acritical look at health research in Japan, *Lancet* 342:279-82.
- Ishiwata, R. and Sakai, A. (1994), The physician-patient relationship and medical ethics in Japan, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 3:60-66.
- Lo, W. H. Y., et al. (1994), A survey of people with higher education to genetics and diseases in Beijing, pp. 195-198 in N. Fujiki and D. R. J. Macer, eds., *Intractable Neurological Disorders, Human Genome Research and Society*, Christchurch, N. Z., Eubios Ethics Institute.
- Macer, D. R. J. (1990), *Shaping Genes: Ethics, Law and Science of Using Genetic Technology in Medicine and Agriculture*, Christchurch, N.Z., Eubios Ethics Institute.
- Macer, D. (1994b), Perception of risks and benefits of in vitro fertilization, genetic engineering and biotechnology, *Social Science and Medicine* 38, 23-33

- Macer, D. (1994c), Universal bioethics and the human germ-line, *Politics and Life Sciences* 14:27-29.
- Macer, D. (1994d), Bioethics may transform public policy in Japan, *Politics and Life Sciences* 13: 89-90.
- Mori, T. (1988), Bioethical issues in reproductive medicine, pp. 149-162 in *Human Dignity and Medicine*, eds. J. Bernard, K. Kajikawa and N. Fujiki, Amsterdam, Elsevier.
- Morioka, M. (1993), The Concept of Inochi: A Philosophical Perspective on the Study of Life, *Global Bioethics* 6 (1) :83-115.
- Morioka, M. (1995), Bioethics and Japanese culture: brain death, patient's rights, and cultural factors, *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 5:87-91.
- Nudeshima, J. (1991), Obstacles to brain death and organ transplantation in Japan, *Lancet* 338, 1063-1064.
- OTA (1987) U.S. Congress, Office of Technology Assessment, New Developments in Biotechnology, 2: *Public Perceptions of Biotechnology – Background Paper*. Washington D.C.: U.S.G.P.O.
- Sakamoto, H. (1995), New Initiatives in East Asian Bioethics, *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 5:2.
- Shinagawa, S. J. (1988), *Aomori Soc. Obs. and Gyn.* 3, 89-94.
- Simpson, M. et al. (1991), Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement", *British medical Journal* 303:1385-7.
- Swinbanks, D. (1989), Japanese doctors keep quiet, *Nature* 339:409.
- Swinbanks, D. (1994), Deaths bring clinical trials under scrutiny in Japan, *Nature* 369:697.
- Tanida, N. (1994), Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer, *Scand. J. Soc. Med.* 22: 50-7.
- Tanida, N. (1995), Supreme Court's decision on patient rights in Japan, *Lancet* 345:1176.
- Wertz, D. C. & Fletcher, J. C. (1989), *Ethics and Human Genetics: A Cross Cultural Perspective* (Heidelberg: Springer-Verlag.
- Yamauchi, M. (1990), Transplantation in Japan, *British Medical Journal* 301:507.
- Yawata, M. (1994), Transfusion and Japan's product liability law, *Lancet* 344:120.
- Zechendorf, B. (1994), *What the public thinks about Biotechnology* 12, 870-5.

BIOETHICS IN JAPAN AND ASIA

Darryl Macer

Eubios Ethics Institute, New Zealand

This paper focuses on bioethics in Japan with comparisons to Asia, and global comparisons. There are two ways to think of the term bioethics, one is as descriptive bioethics – the way people view life and their moral interactions and responsibilities with life. The other is prescriptive bioethics – to say what is good or bad, what principles are most important, or that people have rights and therefore others have duties to them. The world "bioethics" means the study of ethical issues arising from human involvement with life, and I have called it simply the "love of life". The International Bioethics Survey performed in 1993 in Australia, Hong Kong, India, Israel, Japan, New Zealand, the Philippines, Russia, Singapore and Thailand is used as a background to discuss the issues of bioethics. The topics discussed include attitudes to science; environmental concerns; genetic engineering; privacy, genetic diseases and AIDS; prenatal genetic screening; gene therapy; assisted reproductive technology; the medical profession and medical ethics; euthanasia; brain death and organ transplants; and education. The future of bioethics and universality are mayor issues in bioethics in Asia today. The founding of the East Asian Association of Bioethics will be in November, 1995, and the bimonthly Eubios Journal of Asian and International Bioethics is on-line on the Internet (<http://www.biol.tsukuba.ac.jp/~macer/EJAIB.html>).

BIOETHIK IN JAPAN UND ASIEN

Darryl Macer

Eubios-Institut für Ethik, Neuseeland

Der Verfasser vergleicht die in Japan gegenwärtige Bioethik mit der Bioethik der übrigen asiatischen Staaten und dem globalen Kontext bioethischer Bestrebungen. Die Bioethik kann auf zweierlei Art und Weise betrachtet werden: als deskriptive Disziplin – d.h. Lebenseinstellung, moralische Interaktion zwischen den Menschen und Verantwortung dem Leben gegenüber – oder als präskriptive Einstellung – als die Bestimmung dessen, was gut und was schlecht ist, welche Grundsätze ausschlaggebend sind, oder aber als Hinweis auf die Legitimität bestimmter Rechte des Menschen und der daraus folgenden Verpflichtungen, die andere ihm gegenüber haben. Der Ausdruck "Bioethik" bedeutet: Untersuchung ethischer Fragen, die aus der Einstellung des Menschen zum Leben hervorgehen, und vom Verfasser wird dies einfach auch als "Liebe zum Leben" bezeichnet. Als Grundlage zur Diskussion über bioethische Belange diente eine internationale bioethische Umfrage, die 1993 in Australien, Hong Kong, Indien, Israel, Japan, Neuseeland, auf den Philippinen, in Rußland, Singapur und Thailand durchgeführt wurde. Einige der wichtigsten Themen, die hier besprochen werden, lauten: Verhältnis zur Wissenschaft, Umweltschutz, Genmanipulationen, Privatsphäre, genetische Erkrankungen und AIDS, pränatale genetische Selektionstests, Genbehandlung, Technologie im Dienste assistierter Reproduktion, Arztberuf und medizinische Ethik, Euthanasie, Gehirntod, Organtransplantation und Edukation. Die Hauptfrage, mit der sich die Bioethik in Asien heute beschäftigt, ist ihre Zukunft und Universalität. Im November 1995 wurde der Ostasiatische Verband für Bioethik (East Asian Association of Bioethics) ins Leben gerufen, und die Zweimonatszeitschrift *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* ist Teil des Internet-Angebots (<http://www.biol.tsukuba.ac.jp/~macer/EJAIB.html>).