

# MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

# MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS ÚSTAVU  
MEDICÍNSKEJ ETIKY  
A BIOETIKY

JOURNAL  
OF THE INSTITUTE  
OF MEDICAL ETHICS  
& BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC  
Január - Marec 1996 Vol. 3 No. 1

## OBSAH / CONTENTS

■ Od redakcie/Editorial .....	1, 8
■ Pôvodné práce/Original Articles .....	3
- Sponzorovaný biomedicínsky výskum prináša niektoré nové etické problémy/Sponsored Biomedical Research Brings With Some New Ethical Problems <i>M. Sámel</i> .....	3
- Zamyšlení nad některými problémy informovaného souhlasu v psychiatrii/Some Problems of Informed Consent in Psychiatry <i>T. Lajkep</i> .....	6
■ Etické komisie/Ethics committees .....	9
- Novelizovaná Lisabonská deklarácia Svetovej asociácie lekárov o právach pacienta/Revised Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient <i>Svetová asociácia lekárov/World Medical Association</i> .....	9
- Činnosť Etickej komisie Martinskej fakultnej nemocnice v roku 1995/The Work of the Ethics Committee of the Faculty Hospital in Martin in the year 1995 <i>Ž. Fetisovová</i> .....	11
■ Etika v ošetrovatelstve/Ethics in Nursing .....	12
- Sestra ako zdravotnícky profesionál /Nurse as a Health Professional <i>F. J. Fitzpatrick</i> .....	12
■ Rubrika študentov/Works of Students .....	13
- Postoj lekára k telesne, duševne a zmyslovo postihnutým/Attitude of A Physician to the Handicapped <i>D. Chovan</i> .....	13
- Kedy začína ľudský život a jeho ochrana/When Does A Human Life (and Its Protection) Begin <i>S. Ostatník</i> .....	14
■ Retrospektíva/Retrospective.....	15
<i>Medzinárodné sympóziu o medicínskej etike/International Symposium on Medical Ethics, Bratislava, 29. - 30. 5. 1992</i>	
- Etika lekárniky/Ethics of the pharmacist <i>J. Sýkora, S. Szűcsóvá</i> .....	15
- Bioethics and Christian Moral Conscience/Bioetika a kresťanské morálne svedomie <i>G. J. Woodall</i> .....	16
- Niektoré eticko-psychologické aspekty interpersonálnych vzťahov v zdravotníctve/Some Ethical-Psychological Aspects of Interpersonal Relationships in Health Care <i>E. Heftyová</i> .....	18
■ Plánované podujatia/Forthcoming Events .....	8, 19

## OD REDAKCIE / EDITORIAL

Vážení priatelia,\*)

Bratislava, Jar 1996

v mene redakčnej rady nášho časopisu sa Vám prihovám na počiatku tretieho ročníka jeho vychádzania. Po prekonaní istých organizačno-technických (i finančných) ťažkostí, ktoré spôsobili oneskorenie vychádzania jednotlivých čísel v roku 1995, začíname tento rok s nádejou i predsavzatím, že náš časopis bude vychádzať pravidelne, v plánovaných termínoch (štvrtročne).

Čo nového nájdete v tomto ročníku? I keď redakčná rada je názoru, že rozmanitosť už dosiaľ zavedených oddielov časopisu je pomerne veľká, predsa sme sa rozhodli v tomto ročníku otvoriť jednu novú rubriku. Vychádza zo skúseností - a v istom zmysle - i z výsledkov pedagogickej činnosti nášho ústavu. Ide o *Rubriku študentov* (angl. Works of Students), v ktorej chceme uverejňovať najlepšie z písomných prác študentov Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, ktoré pripravujú v rámci pravidelných seminárov z predmetu Medicínska etika. Perspektívne chceme ponúknuť priestor tejto rubriky aj na uverejnenie originálnych prác študentov z iných lekárskejších (prípadne právnických, filozofických, ošetrovateľských, ai.) fakúlt vysokých škôl na Slovensku (prípadne i študentom zo zahraničia). Boli by sme Vám preto povďační, ak by Ste na túto možnosť upozornili zodpovedných pedagogických pracovníkov spomínaných vysokých škôl.

V novom ročníku nášho časopisu by sme radi poskytli väčší priestor materiálom pre činnosť etických komisií, ako aj rôznym témam z etiky ošetrovatelstva. Budeme pokračovať v uverejňovaní prekladov aktuálnych i klasických materiálov a dokumentov z oblasti bioetiky, ako aj prekladu učebnice *Etika v ošetrovatelstve* od F. J. Fitzpatricka (naš ústav v súčasnosti pracuje na pôvodnej slovenskej učebnici ošetrovateľskej etiky, s odlišnou koncepciou, ktorá by mala vyjsť vo vydavateľstve Osveta Martin v roku 1997). Radi uverejníme Vaše pôvodné práce, prípadne vhodné referátové články na aktuálne témy bioetiky a filozofie medicíny (tieto práce prechádzajú v našom časopise odborným recenzným pokračovaním). Potešíme sa Vaším komentárom, názorom, postrehom, návrhom, ako aj konštruktívnej kritike (listy redakcii). Veľmi radi uverejníme aktuálne správy o podujatiach z oblasti medicínskej (ošetrovateľskej) etiky/bioetiky, poznatky z pobytov a služobných ciest v zahraničí, ako aj Vaše oznámenia o akciách a pozvánky na chystané vedecko-odborné podujatia.

Veríme, že s Vašou pomocou sa nám podarí udržať a ďalej skvalitniť doterajšiu odbornú a informačnú úroveň nášho časopisu, aby Ste po ňom siahali pravidelne a radi. Všetko najlepšie v novom roku, priatelia!

\*English translation p. 8.

MUDr. Jozef Glasa

Reklama

Advertisement

## SPONZOROVANÝ BIOMEDICÍNSKY VÝSKUM PRINÁŠA NIEKTORÉ NOVÉ ETICKÉ PROBLÉMY

Milan Sámel

Ústav lekárskej biológie, Jeseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského a Oddelenie klinickej biochémie, Martinská fakultná nemocnica, Martin, Slovenská republika

### Abstrakt

'Konflikt záujmov' v prípade lekárov-výskumníkov sa netýka len priamej finančnej podpory konkrétneho výskumu rôznymi výrobcami liekov a zdravotníckych pomôcok, či techniky a technológie, ale zahŕňa tiež iné formy nepriamej podpory výskumu. Súčasní pracovníci v oblasti biomedicínskeho výskumu si musia vybrať z dvoch niekedy protikladných morálnych alternatív, kde jedna sa zakladá na uprednostňovaní etického postoja k chorému, kým druhá sa týka vlastného záujmu výskumníka (resp. pracoviska, "vedy",...) v zmysle účelovom, alebo 'trhovom'. Niektorí bioetici sa dožadujú zmeny platných etických zásad tak, aby sa zohľadnili trhové záujmy, čím by sa oslabil platnosť mnohých doteraz nespochybnovaných deontologických princípov. Druhý názor zastávajú tí, ktorí tvrdia, že byť lekárom znamená vždy zachovávať určité špecifické zásady: medicína si vyžaduje nekompromisné morálne postoje, preto tí, ktorí ju vykonávajú, sú de facto členmi jednej morálnej komunity.

**Kľúčové slová:** biomedicínsky výskum, konflikt záujmov, sponzorovanie

Cieľom tejto práce, ktorá naväzuje na naše predchádzajúce príspevky o etike výskumu v molekulárnej biológii, je poukázať na etické problémy, ktoré možno pomenovať aj ako konflikt záujmov vo výskume (Sámel, 1993, 1994). Konflikt záujmov sa zreteľne prejaví najmä vtedy, akonáhle sa stane aktuálnou otázkou, kto má daný výskum finančne podporovať. Každá, i štátna finančná podpora medicínskeho výskumu môže za istých okolností znamenať určitú morálnu dilemu a možnosť potenciálneho konfliktu medzi záujmami spoločnosti, organizácie/inštitúcie a jednotlivca - tak výskumníka, ako aj pacienta (resp. zdravého dobrovoľníka).

Je celosvetovým javom, že výskumné projekty sa niekedy plánujú tak, že sa do nových plánov dávajú už niektoré hotové výsledky (ako predpoklady, alebo východiská). Ide o výsledky výskumných prác, ktoré sú už z väčšej časti materiálne aj metodicky hotové, ale ešte neboli publikované. To neraz dáva väčšiu šancu získať finančný grant na realizáciu 'projektu'. Táto prax je časovo limitovaná.

Ak sa v našich podmienkach významne nezmení aktuálny prísun financií zo štátnych zdrojov (čo sa dá asi ťažko očakávať), potom ako zdroj financovania v bio-medicínskom výskume prichádza do úvahy najmä farmaceutický priemysel a priemysel vyrábajúci rôzne prístroje, nachádzajúce uplatnenie v zdravotníctve. Je to (v našich podmienkach) čiastočne nová situácia, ktorá pre klinikov, ale najmä pre pracovníkov v experimentálnom výskume znamená určitú zmenu orientácie a snahu preniknúť najmä do klinického a aplikovaného výskumu. Pre časť experimentálnych (pre- a paraklinických) pracovníkov to predstavuje zásadnú zmenu orientácie z doterajšej typicky "univerzitetnej vedy", na možnosti, ktoré mali u nás dosiaľ skôr klinickí pracovníci. Na špecifickosť klinického

výskumu sponzorovaného medicínskym a farmaceutickým priemyslom upozorňuje tiež D. F. Thompson (1993).

Tendencie k niekedy ľahkovážnemu prístupu k alokovaným prostriedkom v oblasti biomedicínskeho výskumu (hoci všeobecne nedostatkovým), majú pretrvávajúci trend. Chyby v rozhodovaní zodpovedných pracovníkov môžu mať ďalekosiahle dôsledky pre vývoj, ba samotnú existenciu daného pracoviska, či vedeckého odboru. Menšia 'efektivita' výskumu sa využila pragmatickými politikmi v Čechách na zrušenie niektorých aktivít (napríklad zrušenie Národného centra podpory zdravia v Českej republike).

Viacere 'konflikty záujmu' klinických pracovníkov vo výskume nie sú spôsobené ani tak priamou podporou zo strany výrobcov farmaceutických alebo iných medicínskych výrobkov, ale majú skôr zreteľný podtón záujmu o podporu určitého druhu výskumu. Bádateľ v klinickom bio-medicínskom výskume pritom nemôže ignorovať pravidlá výkonu lekárskej starostlivosti, ani pravidlá platné pre realizáciu vedeckého výskumu (Dobiaš a spol., 1995). Pre etický rozbor vzniknutých situácií existuje viacero možných prístupov (diskutované napr. R. Pullmannom (1996)). Situácia je odlišná podľa toho, kto je iniciátorom (sponzorom) projektu - výrobca nejakého lieku, či prístroja; alebo žiadateľ o výskumný grant. Etické riziká pre pacienta sa pritom niekedy líšia.

S nevyhnutným pridaním etických aspektov medzi hodnotiace kritériá pri schvaľovaní výskumných projektov (finančných grantov pre výskum), čo sa, napriek stálemu zdôrazňovaniu, ešte stále v našich podmienkach všade systematicky nedeje, vzniká pre výskumných pracovníkov (i pre sponzorov výskumu) viac 'problémov'. V prvom rade treba odpovedať na otázku, či projekt klinického výskumu skutočne rieši dôležitý problém. Sú predpokladané riziká s ním spojené akceptovateľné pre zúčastnené subjekty (pacienti, zdraví dobrovoľníci)? Ako sa bude rešpektovať autonómia subjektu? Ako sa zaistiť jeho informovaný súhlas a ďalšie nevyhnutné etické podmienky realizácie výskumu (Spagnolo, 1992)?

Pri klinickom skúšaní nových liečiv je dobre známe - a dnes dôsledne vyžadované, že nové farmaká musia pred uvedením do klinického používania prejsť predpísaným spôsobom predklinického a klinického hodnotenia (3 resp. 4 etapy klinického hodnotenia (Niederland a Džurík, 1993)). Aj keď výskumník ("zodpovedný skúšajúci") ako nezávislá osoba, nie je formálne závislý od danej farmaceutickej firmy, sú isté pochybnosti o tom, či sa niekedy napriek tomu nenachádza pod určitým tlakom (skôr nepriamym, alebo 'vnútorným') v zmysle favorizovania tých náleзов, ktoré budú skôr podporovať uplatnenie klinicky skúšaných prístrojov, zdravotných pomôcok alebo liekov na trhu, na úkor ich skutočne vedeckého, objektívneho hodnotenia a získania poznatkov trvalej vedeckej hodnoty. V dobre organizovaných, multicentrických výskumoch, ako aj striktným dodržiavaním a presadzovaním náležitej vedeckej metodológie (vrátane požiadaviek správnej vedeckej, klinickej a laboratórnej praxe) sa tento druh nebezpečia čiastočne limituje (Glasa, 1992).

Publikovanie výsledkov projektov, ktoré boli podporované firemnými grantami, je tiež dobre známym zdrojom potenciálneho konfliktu záujmov. Okrem čo najdôkladnejšieho recenzného pokračovania mnohé odborné časopisy dnes priamo vyžadujú aj uvedenie finančných zdrojov použitých na realizáciu daného výskumu (Sámel, 1994 b).

Potenciálny osobný prospech lekára prameniaca z prednostného predpisovania istých liekov, alebo zdravotníckych pomôcok, či už počas klinického testovania, ale najmä v rámci ich ďalšieho používania, je tiež dobre známym medicínsko-etickým aj ekonomickým problémom (v niektorých krajinách si už vyžiadali aj energické administratívne opatrenia, pozn. red.). Táto forma ovplyvnenia predpisujúcich lekárov sa stáva v súčasnosti aktuálnou aj v našej kraji-

ne. Jav súvisí síce čiastočne s prebiehajúcou reformou zdravotníckej starostlivosti (Pullmann, 1992; Barnett, 1995), hlavne však s aktuálnymi medzerami v potrebnej legislatíve.

Pri klinickom skúšaní liekov je istý osobný (aj finančný) profit zúčastnených subjektov (probandov) celkom oprávnený. Problémom (z rôznych dôvodov) by niekedy mohla byť príčasto opakovaná účasť tých istých osôb (v novších predpisoch sa obmedzuje na účasť maximálne v cca 3 - 4 klinických sledovaniach ročne, pozn. red.). Aj poistenie zúčastnených subjektov môže znamenať niektoré nové problémy etického charakteru.

Ďalšie 'etické' problémy pri realizácii biomedicínskeho výskumu súvisia so vzťahom výrobcu - riadiaci pracovník v klinickom laboratóriu (McQueen, 1990; Pullmann, 1994). Mnohé laboratória sa zúčastňujú na klinickom výskume na rozdielnych úrovniach. Žiaľ, príslušní laboratórni pracovníci nie sú v našich podmienkach vždy bližšie oboznámení s potrebnými detailami prebiehajúcich štúdií, ba niekedy ani nevedia, že ich výsledky sa stávajú súčasťou výskumných protokolov (čo je, pravdže, v rozpore s požiadavkami správnej klinickej i laboratórnej praxe; pozn. red.). Príspevok laboratória potom niekedy vychádza z metód, ktoré nie sú požadovanej kvality z hľadiska spoľahlivosti, referenčných hodnôt, kontroly, najmä vtedy, ak ide o niektoré špeciálne analýzy.

Vysvetlení pre eticky problematické chovanie v oblasti komerčne sponzorovaného bio-medicínskeho výskumu je viac. Pravdepodobne sa uplatňujú vždy iné podmienky, ktoré sa navyiac s postupom času (i v priebehu jednej štúdie) môžu meniť. Motiváciou eticky problémového chovania sa niekedy stáva možnosť zabezpečenia finančného zisku, potenciálnych publikácií, citácií, a hlavne vidina získania nových finančných prostriedkov na ďalší výskum. Nepriamy etický konflikt niekedy spočíva aj v tom, že v prípade realizácie klinického výskumu sponzorovaného výrobcom bude zabezpečovaná medicínska starostlivosť (diagnostika a liečba) o zúčastneného pacienta na kvalitatívne vyššej úrovni, než zvyčajne. A navyše, lekár sa dostáva do pozície, ktorá nie je pod priamou finančnou kontrolou zdravotných poisťovní. Výskumník, ktorý je v pozícii vedúceho pracoviska (kliniky alebo ústavu), aj so spolupracovníkmi, môžu aj osobne, aj ako inštitúcia, finančne profitovať z takto podporovaného výskumu. To však niekedy umožňuje zlepšenie celkového štandardu starostlivosti aj o tých pacientov, ktorí sa na výskume priamo nepodieľajú. Tieto skutočnosti predstavujú neraz potenciálny alebo aj otvorený 'konflikt záujmov', ak chýbajú vhodné a účinné mechanizmy, ktoré majú zabezpečiť vyváženosť a vedeckú i etickú integritu týchto zložitých procesov a mechanizmov.

V tejto súvislosti sa zdôrazňuje aj úloha štátneho dozoru, realizovaného prostredníctvom vhodných inštitúcií, predpisov (až po úroveň zákonov), ako aj vhodného podielu štátneho financovania bio-medicínskeho a zdravotníckeho výskumu. Tým sa súčasne zvyšuje serióznosť a celková úroveň tak samotného klinického výskumu, starostlivosti o pacienta, ale tiež úroveň vedeckých výsledkov a publikácií.

V strednej a východnej Európe sa v posledných rokoch realizovali aj také projekty klinického výskumu, ktoré neboli povolené v krajinách Európskej únie (išlo skôr o výnimočné prípady, pozn. red.). Pritom nemuselo ísť vždy o konflikt etického charakteru, ako skôr o obmedzenia vyplývajúce z platných zákonných obmedzení (Editorial, NJEM, 1991). S postupným prijatím príslušných predpisov a legislatívy v jednotlivých stredo- a východoeurópskych krajinách by sa spomínané prípady mali celkom vylúčiť.

K povinnostiam lekára v klinickej praxi, ako sa už spomenulo, patria početné roly: byť súčasne vedcom, učiteľom, terapeutom, organizátorom ako aj ochrancom pa-

cienta (Barnet, 1995; Elks, 1995). Úloha lekára ako vedca sa môže niekedy dostať do rozporu s jeho ostatnými povinnosťami. Napríklad - čo má ako klinicko-výskumný pracovník hľadať skôr - údaje potrebné pre liečbu pacienta, alebo tie, ktoré nutne potrebuje pre svoju vedeckú kariéru. Aj keď výsledky vyšetrení získané v rámci sponzorovaného klinického výskumu bývajú zväčša priamo užitočné pre zúčastneného pacienta, predsa niekedy uvedená dilema rol lekára-výskumníka a lekára-liečiteľa a ochranca pacienta, môže nastať. V podstate toto býva aj najčastejšou etickou dilemou všetkých klinických pracovníkov - výskumníkov. Odpoveď nie je vždy ľahká, či jednoznačná a vyžaduje kritickú analýzu (Engelhardt, Rie, 1989).

Pri posudzovaní všetkých projektov biomedicínskeho výskumu, vrátane toho, ktorý je sponzorovaný komerčne, je v našich podmienkach potrebné zdôrazniť význam práce a zodpovednosť etických komisií. Vo väčšine krajín s rozvinutým zdravotníctvom je už táto požiadavka samozrejmosťou, vrátane jej riadneho legislatívneho zakotvenia.

Samostatný problém niekedy predstavujú výskumy, ktoré sa uskutočňujú ambulantným spôsobom, mimo klinických pracovísk a laboratórií - najmä u priestorovo relatívne vzdialených skupín pacientov. Tu je potrebné rozlíšiť etickú zodpovednosť a kvalifikáciu samotných výskumníkov a prípadných ďalších pracovníkov, zúčastnených na výskume, ako aj dôsledne zhodnotiť reálne možnosti spolupráce a možné riziká pre zúčastnený subjekt (pacienta). V prvom rade je treba dať odpoveď na otázku, či existuje konsenzus o zodpovednosti za výkon potrebnej liečebnej starostlivosti o týchto pacientov. Viaceré zo spomínaných výskumov využívajú aj údaje získané seba-pozorovaním zúčastnených subjektov (selfmonitoring), resp. vlastným meraním niektorých parametrov (napr. glykémii). Vyžadujú starostlivé zhodnotenie rizík a zabezpečenie potrebnej kontinuálnej (a ev. i urgentnej) starostlivosti (napr. 24-hodinová telefonická konzultačná služba, ai.), ako aj kontrolu spoľahlivosti a presnosti používaných prístrojov (napr. prenosných glukometrov). V niektorých prípadoch (napr. "firemné" odporúčania pri samoliečbe pacientov s hemofiliou) však prílišné zdôrazňovanie autonómie pacienta (napr. vo Francúzsku) pravdepodobne už prekročilo odborne tolerovateľné medze.

Situáciu krajín s nedostatočnou legislatívou a nedostatočným etickým cítením neraz pomerne bezohľadne využívajú, resp. zneužívajú niektorí výrobcovia. Ide o rozširovanie "odborných" publikácií, ktoré sotva spĺňajú vedecké a etické normy skutočného medicínskeho výskumu, či tzv. Vancouversekej smernice o publikovaní jeho výsledkov. Hlavným argumentom je tu niekedy neprimerané zdôrazňovanie seba-pozorovania a samoliečby pacienta - podčiarkuje sa žiaduce zvyšovanie jeho autonómie. S tým súvisí aj istý druh agresívnej a nezodpovednej reklamy liekov a ďalších výrobkov. Situácia prišla u nás v súčasnosti až tak ďaleko, že napr. v reklamách liekov sa občas už ani neuvádza tradičná formulka varovania pred nežiadúcimi účinkami.

Pri plánovaní a realizovaní biomedicínskeho výskumu si zúčastnení pracovníci musia niekedy vybrať jeden z dvoch protichodných morálnych postojov. Jeden z nich sa zakladá na uprednostňovaní etického prístupu lekára k chorému, kým druhý sa týka uprednostnenia vlastných záujmov lekára, či záujmov inštitúcie, spoločnosti, alebo "vedy", s poukazom na zákony trhového hospodárstva, alebo iné dôvody (nie vždy zodpovedne sa tu automaticky predpokladá, že miera etického rizika je malá). I keď v súčasnosti platné predpisy a kódexy sa snažia priamym stretom záujmov tohto druhu predchádzať, predsa v dennej praxi sa v otvorenejšej alebo skrytej forme vyskytujú pomerne často. A tak sú klinickí výskumní pracovníci neraz nútení sa pri svojom konkrétnom rozhodovaní prikloniť k jednému alebo druhému etickému postoju, aj s príslušnými praktickými dôsledkami (napr. odmietnutie lukratívnej klinic-

kej štúdie). Pri tejto voľbe to bude neraz v konečnej inštan-  
cii až svedomie klinika, ktoré nakoniec rozhodne.

V uvedenej situácii niektorí medicínski etici naliehajú na zmenu istých etických zásad, aby sa viac zohľadnili aj záujmy trhu. Mala by sa tak oslabiť platnosť mnohých do-  
sial viac-menej všeobecne uznávaných etických princí-  
pov, či cností. Ako hlavný argument sa používa podpora  
prednosti trhového hospodárstva, hľadiská užitočnosti  
(utility). Dôvodí sa, že väčšina úspechov vo výskume sa  
dosiahla vďaka trhovým podmienkam a firemnej podpo-  
re. Skôr sa akceptujú niektoré medicínske a etické riziká  
spojené s výskumnou činnosťou, pretože sa tvrdí, že vý-  
sledky získané i eticky problematickým výskumom môžu  
mať v konečnom dôsledku priaznivý dosah na vyššiu kva-  
litu liečby ďalších pacientov v budúcnosti. Dôsledky pri-  
jatia radikálneho etického utilitarizmu a morálneho rela-  
tivismu by však pravdepodobne znamenali neodvratnú  
katastrofu pre medicínu i pre celú spoločnosť (viď skúse-  
nosti z obdobia II. svetovej vojny, ai.).

Zástancovia druhého názoru zdôrazňujú, že byť lekár-  
om znamená prijať a zachovávať určité špecifické povin-  
nosti a morálne normy. Tieto predstavujú fundamentál-  
ne, konštitutívne prvky lekárskeho povolania, či stavu.  
Nie vždy sú zlučiteľné s úlohou lekára - podnikateľa, ale-  
bo obchodníka. Medicína je na prvom mieste morálna zá-  
ležitosť a tí, ktorí ju vykonávajú, sú de facto členmi určité-  
ho morálneho spoločenstva (Pellegrino, 1989).

S prvým postojom sa dnes už až príliš často môžeme  
stretnúť u našich študentov, alebo u mladých lekárov, či  
výskumných pracovníkov nastupujúcich do praxe. Je to  
absencia ich etického formovania v priebehu štúdia, alebo  
odraz zákonného vývoja v mravnom vedomí 'modernej'  
spoločnosti? Je významnou úlohou a neodňateľnou zod-  
povednosťou učiteľov klinických predmetov, ale i učite-  
ľov lekárskej etiky sprostredkovať prichádzajúcim generá-  
ciám našich budúcich kolegov vysokú úroveň morálno-  
etického vedomia reprezentantov a vykonávateľov lekár-  
skeho i medicínsko-výskumného povolania. A musia byť  
prípravení na živé, niekedy i dramatické etické diskusie.

Dnes nie je možné jednoznačne odhadnúť, ako sa budú  
lekári a výskumníci v budúcnosti v tejto dileme orientovať.  
Niektorí klinici a pracovníci v laboratóriách chcú zostať  
primárne verní idee starostlivosti o pacienta. Iní nevidia  
dôvod, prečo by mal lekár uznávať a dodržiavať akúsi  
vyššiu etickú úroveň v porovnaní s inými spoločenskými  
vrstvami, či inými povolaniami. Domnievajú sa, že takéto  
etické "pufre" sa potom odrážajú negatívne na zdravot-  
nom stave, životnom štandarde a druhotne i v možnos-  
tiach odborného rastu 'obetavého' lekára. (Tu prichádza-  
jú i ostré diskusie týkajúce sa hmotného ocenenia práce  
lekára. Veľmi mnohí veria, že už nie je možné byť etic-  
kým lekárom v situácii, keď príjem pracovníkov v zdra-  
votníctve je výrazne nižší než v iných porovnateľných za-  
mestnaniach.)

Osobná odpoveď každého z nás bude nakoniec vychá-  
dzať z hĺbky a podstaty vlastného morálneho resp. etické-  
ho vedomia a presvedčenia. Istou inšpiráciou a povzbud-  
ením môžu byť i medzinárodne prijaté a potvrdené nor-  
my etického konania lekárov v oblasti biomedicínskeho  
výskumu (napr. známa Helsinská deklarácia Svetovej aso-  
ciácie lekárov), ktorých rešpektovanie je predpokladom  
dôveryhodnosti a naozaj humánneho vývoja súčasnej  
špičkovej medicíny a jej vedecko-výskumnej základne.

## Literatúra

- [1] Barnett, M. L.: Ethical issues in sponsored clinical research. *J. Dent. Res.*, 74, 1995, s.1129-1132.
- [2] Dobiaš, J., Bukovská, E., Sámel, M.: Principles of ethical use of live animals and human fetal tissues in the biomedical research. *Folia Med. Martiniana*, 1995 (in press).
- [3] Editorial: Clinical trials - are they ethical? *N. Engl. J. Med.*, 324, 1991, s. 1548-1592.

- [4] Engelhardt, H. T., Rie, M. A.: Morality for the medical - industrial complex. *N. Engl. J. Med.*, 319, 1989, s. 1086-1088.
- [5] Elks, M. L.: Conflict of interest and the physician-researcher. *J. Lab. Clin. Med.*, 126, 1995, s. 19-23.
- [6] Glasa, J.: Správna vedecká prax a problém poctivého prístupu k vedeckej práci. *Biochem. Clin. Bohemoslov.* 21, 1992, s. 323-331 (vyšlo v roku 1994).
- [7] McQueen, M. J.: Ethics and laboratory medicine. *Clin. Chem.*, 36, 1990, s. 1404-1406.
- [8] Niederland, T. R., Dzúrik, R.: Klinické aspekty skúšania nových liečiv. *Osveta, Martin*, 1993, 122 strán.
- [9] Pellegrino, E. D.: The medical profession as a moral community. *Hastings Cent. Rep.*, 1989, Suppl. 1-19, s. 19.
- [10] Pullmann, R.: Etické problémy pri zavádzaní reformy zdravotníctva v laboratórnych medicínskych odboroch. In: *Contemporary problems of medical ethics*. Ed: Glasa, J., Council of Europe, ÚMEB, Bratislava, 1992, 128 strán.
- [11] Pullmann, R.: Laboratórna medicína - etické aspekty. In: Šoltés, L.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Rektorát UK, Bratislava, 1994, 198 strán.
- [12] Pullmann, R.: Market industry sponsored research and conflict of interest. *Bratisl. lek. Listy* (in press).
- [13] Sámel, M.: Molekulárna medicína. *Bratisl. lek. Listy*, 94, 1993, s. 63 - 65.
- [14] Sámel, M.: Niektoré aspekty publikačnej etiky v biomedicínskom výskume. *Med. Eth. Bioeth.*, 1, 1994, s. 7-8.
- [15] Sámel, M.: Ethical impact of molecular biology on medicine. *Med. Eth. Bioeth.*, 1, 1994, s. 7-8.
- [16] Spagnolo, A. G.: Human experimentation - from human rights to biomedical ethics. In: Glasa (Ed.): *Contemporary problems of medical ethics*. Council of Europe and ÚMEB, Bratislava, 1992, 128 strán.
- [17] Thompson, D. F.: Understanding financial conflicts of interest. *N. Engl. J. Med.*, 329, 1993, s. 573-576.

**Sámel, M.: Sponsored Biomedical Research Brings With Some New Ethical Problems, ME&B, 3, 1996, No. 1, p. 3 - 5.** Conflict of interest for the physician - researcher is not limited to the direct financial support of the research by manufacturers of pharmaceuticals, medical devices and technology industry. It rather includes more subtle, indirect monetary, technical, and informational research support. Nowadays the health professionals active in biomedical research frequently face moral choices concerned with two contradictory moral systems: the one based on the primacy of ethical obligations to the patient, the other on the primacy of the 'self-interest' of the researcher (his/her team, institution, or the "science"), and/or the interests of the 'market'. Some medical ethicists urge a reshaping of ethical norms (codes) to conform more to the utilitarian requirements of the market. Second opinion is represented by those who recommend to stand firm on a belief that being a physician imposes on an individual certain specific moral obligations: medicine at its heart is a moral enterprise and those who practice it are de facto members of the moral community.

*Pod'akovanie: Ďakujem Doc. MUDr. RNDr. R. Pullmannovi, CSc. a kolegom z Ústavu medicínskej etiky a bioetiky LFUK a IVZ v Bratislave za podnetnú a veľmi kritickú spoluprácu pri príprave tohoto rukopisu.*

Address for correspondence: Adresa: Prof. MUDr. Milan Sámel, DrSc., Severná 9, 036 01 Martin, Slovak Republic

Received: (22. 12. 1995). Revised version accepted: 28. 2. 1996.

Keď ľudia nevedeli vyliečiť  
smrť, biedu a nevedomosť,  
rozhodli sa,  
že nebudú na ne myslieť  
a budú šťastní.

B. Pascal

# ZAMYŠLENÍ NAD NĚKTERÝMI PROBLÉMY INFORMOVANÉHO SOUHLASU V PSYCHIATRII

Tomáš Lajkep

Oddělení lékařské etiky Lékařské fakulty Moravské univerzity, Brno, Česká republika (vedoucí: Doc. MUDr. Marta Munzarová, CSc.)

## Abstrakt

Autor se v této práci pokouší upozornit na některé problémy, které souvisí s informovaným souhlasem v psychiatrii. Jedná se zejména o problematiku lékařského výzkumu, sterilizací, nedobrovolné terapie, léčbu drogové závislosti apod. V každé této oblasti může dojít ke střetu mezi zájmy společnosti a pacienta. Informovaný souhlas obrací naši pozornost směrem k pacientovi.

**Klíčová slova:** *informovaný souhlas, pacient s omezenou způsobilostí.*

Informovaný souhlas v psychiatrii je jedním z typických bioetických problémů, který nepostrádá svůj širší rámec, zasahující až do oblasti právní vědy. Jedinečnost pacienta, okamžik vývoje jeho nemoci, sociální zázemí, to vše komplikuje nějaký sjednocující přístup, který by jednoznačně vymezoval požadavky kladené lékařem, blízkými pacienta, nebo i veřejností, aniž by alespoň v některých individuálních případech nevzbuzoval rozpaky.

Pro mnohé tento problém patří do skupiny z "bioetické Hlavy 22" [8]. Má se za to, že pacient je kompetentní dát souhlas, je-li schopen porozumět problému, komunikovat, rozvázně jednat a dobře vše promyslet [6]. A to dost často psychicky nemocný není.

Jakých oblastí v psychiatrii by se mohl informovaný souhlas např. dotýkat?

1. Už k psychiatrickému vyšetření by měl pacient přistupovat s nějakým obeznámením se situací a s důvodem vyšetření.
2. Nedobrovolná léčba je nejzřetelnějším případem potlačení přání pacienta nebýt hospitalizován a léčen.
3. Léčba drogové závislosti.
4. Léčba sexuálních deviací.
5. Nesdělení nebo redukce pravdy (pia fraus).
6. Výzkum.
7. Antikoncepce, sterilizace, interrupce u psychicky nemocných a nedostatečně kompetentních pacientů.

1. Někdy se stává, že bývá psychiatr požádán o názor na pacienta "nazapřenou". Většinou je to přání příbuzných, kterým jde o to, aby toto vyšetření proběhlo inkognito. Jak by měla dál péče o nemocného vypadat v případě pozitivní diagnózy si neumí představit. Mezi lékařem a pacientem je však již od začátku porušen vztah terapeutické důvěry. (Podle Rogerse by se dalo říci, že terapeut není kongruentní ve vztahu.) Souhlas s vyšetřením tedy stojí na počátku terapeutického vztahu. Jiná situace však nastává, pokud je lékař požádán o vyšetření pacienta, o němž se lidé v okolí domnívají, že psychická nemoc je vážná. Takové zásahy nelze provádět potají. I když pacient vyšetření odmítá, je vyšetření nutné a případná nedobrovolná hospitalizace často nevyhnutelná.

2. Je-li informovaný souhlas onou důležitou veličinou o něž se opírá současná lékařská etika, je možné odmítnutí hospitalizace a léčby ze strany potřebného pacienta, chápat jako nedostatečnou kompetenci ocenit význam zdraví a léčby pro svůj život. Přitom je zřejmé, že zájem na zachování života je zájem chráněný zákonem, a způsobný následek - t.j. omezení osobní svobody je méně závažný, než pacientova smrt, nebo ohrožení života v jeho

okolí [9]. Ústavní zákon 2/93 Sb. čl. 8 odst. 6, který vychází z listiny základních práv a svobod, stanoví: "Zákon, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto opatření rozhodne do 7 dnů." Je tedy patrné, že informovaný souhlas není nic relativního, ani není nějakou absolutní hodnotou, ale je nutno ho chápat v kontextu hodnot, které společnost zachovává, ale o které také vede interpretační spor.

Složitá je také hospitalizace dětí v psychiatrických léčebnách. Většinu klientů tvoří v poslední době děti s diagnózou "poruchy chování", které, pochopitelně, o hospitalizaci zájem nemají. Také jsou dost často rodiči a učitelé ubezpečováni, že je tomu tak "za trest". K hospitalizaci velice často dochází až v okamžiku, kdy se problémy natolik vyhroťí, že je už nelze ambulantně řešit, tedy v podstatě v okamžiku, který je pro dítě nejméně výhodný. Přesto však existuje mnoho příležitostí vzniklé problémy během pobytu v léčebně řešit a často to nakonec připustí i dítě, přestože pobyt v léčebně pro ně zůstává "nutným zlem".

3. Léčba drogové závislosti, protialkoholní léčba, je složitý a komplexní problém, který nelze řešit pouze v rámci oboru zdravotnictví. Dobrovolná léčba je mimo úroveň problému informovaného souhlasu, neboť se předpokládá, že pacient s terapií souhlasí a byl náležitě poučen o programu a průběhu terapie. Existuje však množství abuserů, kteří o terapii nemají zájem. Může být těmto lidem terapie vnucena?

Zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniami mimo jiné stanoví (ú 9, odst.2): "Osobám závislým na alkoholu nebo jiné návykové látce, které se léčebně preventivní péči dobrovolně nepodrobí, nebo ji odmítají, nebo poskytovanou péči ztěžují, se uloží povinnost podrobit se ambulantní péči. Jestliže by tato nebyla účinná, anebo jestliže se tyto osoby odmítají dobrovolně podrobit ústavní péči, uloží se jim povinnost podrobit se ústavní péči. Povinnost podrobit se ústavní péči opakovaně lze uložit jen tehdy, nejde-li o stav trvalý, léčením neovlivnitelný." Je známý fakt, že nedobrovolná léčba nevede k úspěchu. Kromě toho, že odmyslíme od situace, kdy se společnost pokouší institucionálně zabezpečit nedobrovolnou terapii, záleží snad i na tom, jak vypadá komunikace mezi terapeutem a klientem, jak dokáže terapeut klienta motivovat pro léčbu. Psychicky nemocný, a obzvláště drogově závislý, mnohé problémy chápe jinak, má často nepochopitelný žebříček životních hodnot a do jeho sociální situace se také stěží dokážeme vžít. Dr. R. Sala říká, že ne předložení fakt, ale komunikace s pacientem má význam: Komunikace, ne prázdně vyřčená pravda, to je cesta, jak poznat pacientovu skutečnost [8]. Zdá se tedy, že také na komunikaci mezi terapeutem a pacientem do jisté míry záleží, bude-li pacient kompetentní nebo ne. Toho by si lékař-psychiatr měl být jistě vědom.

4. Lékařské zákroky k vyloučení sexuálně deviantních aktivit představují vždy intervenci do struktury osobnosti penitenta, na druhou stranu však vytvářejí možnost zařazení do normálního života. Chirurgické zákroky - kastrace, testikulární pulpektomie, stereotaktické operace, apod., vyžadují informovaný souhlas pacienta (otázkou zůstává, do jaké míry je tento souhlas svobodný), ale sporné se mohou jevit prostředky psychofarmakoterapeutické a hormonální, aplikované mladistvým, nebo mentálně retardovaným jedincům. Dalším nevyřešeným problémem je umístění těch penitentů, u nichž již došlo k projevu deviace a jsou nadále nebezpeční svému okolí. Veřejnost citlivě vnímá tento problém, který nepostrádá svůj širší kontext. V psychiatrických léčebnách a ambulancích se setkáváme s lidmi, jež soud uznal v době spáchání trestného činu za nepřičetné, nebo zmenšeně při-

četné. Představují potenciální hrozbu pro své okolí? Mají být umístěni do specializovaných ústavů, kde by zdravotničtí pracovníci vykonávali pouze léčebnou péči, event. by se podíleli na vypracování strategie propuštění? Neskrývala by se však právě v těchto ústavech možnost porušení zásad svobody a práv pacientů? Odsouzený a léčný - vlastně pro totéž.

5. Podávání zkrácených informací není v psychiatrii asi takový problém, jako v jiných oborech medicíny, jako například v onkologii. U psychické nemoci se dá ztěžít odhadnout její průběh, a proto se lékař sám brání výrokům s definitivní platností. Navíc se mnohdy předpokládá, že znalost symptomů napomáhá pacientovi v průběhu terapie a dost často vlastní terapeutický proces začíná právě tím, že pacient, nebo jeho nejbližší, jsou seznámeni s diagnosou, terapií, eventuálně s prognosou. Na druhé straně lze očekávat rozpaky, má-li být sdělena pravda ohledně nějakého somatického onemocnění pacientovi s psychiatrickou anamnesou. Haškovcová v těchto případech radí k opatrnosti, event. i k redukci a nesdělení pravdy [3].

6. Informovaný souhlas ve výzkumu je zakotven v Nimborském kodexu a Helsinské deklaraci [7] a týká se i pokusů terapeutických. Souhlas s neléčebným biomedicínským výzkumem má však jinou kvalitu než souhlas s výzkumem terapeutickým. Vrcholu diskutovatelné problematičnosti nabývá u nezletilých a duševně nemocných. Recentní empirická studie schopnosti souhlasit s medikací vysvětluje značnou komplexnost tohoto problému. V této studii bylo 56 hospitalizovaných pacientů hodnoceno podle stupně kompetence - určité schopnosti jmenovat medikaci, a některý její přínos pro pacienta a seznámení s problémem tardivních diskines. Jen 36% z nich bylo schopno předvést tyto faktické znalosti o nichž byly poučeni s odstupem 48 hodin. Autoři vybízí k zamyšlení zda-li by souhlas neměl být požadován opakovaně [1]. Stále je dobré mít na zřeteli rozlišení, jedná-li se o pokus klinický, nebo neterapeutický. Tam, kde lze očekávat efekt pro zúčastněného pacienta, tam jistě není neetické seznámit zákonného zástupce s celou problematikou a projednat souhlas s experimentem s ním. Jiná je však situace, kdy nemocný má být vystaven experimentu, který mu bezprostředně nepřinese žádný efekt, ale je potřebný k dosažení výsledků, jež nelze získat jinak. Má se za to, že třetí osoba není oprávněná dát souhlas k takovému postupu. Mnozí však poukazují na to, že je snadné prohlášovat tyto experimenty za neetické, ale daleko méně etické je podávat léky, u nichž nebylo řádně studováno užití, kinetika, přínos a rizika [2]. Tento problém je natolik složitý, že se k němu opakovaně vrací Rada Evropy v řadě návrhů v rámci Bioetické konvence.

V hrubém návrhu Bioetické konvence z r. 1994 je doporučováno (za předpokladu, že je garantována dostatečná ochrana dotyčné osoby) vykonat zákrok na nedostatečně kompetentním subjektu, aniž by se sledoval jeho individuální prospěch, v následujících případech:

1) V případě medicínského výzkumu, kde je zanedbatelné riziko a minimální zátěž, za předpokladu, že stejně efektivní výzkum nemůže být proveden na lidech plně kompetentních a neexistuje stejně efektivní alternativní metoda výzkumu.

2) V případech odebrání regenerativní tkáň pro transplantaci účely mezi osobami blízkce příbuznými, za předpokladu, že není žádný vhodný dárce plně kompetentní a žádná alternativní metoda [7].

V r. 1995 byl článek 6 pozměněn následujícím způsobem: Zákrok vykonaný bez souhlasu osoby s nedostatečnou kompetencí může být vykonán jedině pro její přímý prospěch a se souhlasem právního zástupce. Každé odmítnutí nedostatečně kompetentní osoby musí být respektováno. Nedostatečně kompetentní osobou se míní:

1. Osoba mající omezenou schopnost porozumění.
2. Osoba jejíž schopnost být odpovědným právním sub-

jekttem je limitována, ať již vzhledem k věku, nebo k mentálnímu onemocnění.

3. Osoba naprosto bez schopnosti porozumět.

Doporučuje se zřízení nezávislé multidisciplinární etické komise, která by dohlížela na všechny zákroky, týkající se mentálně postižených osob [2].

Zásady lékařského experimentu v České republice dosud vymezuje Zák. č. 20/66 Sb. a upravuje Směrnice č. 4/1985 Věst. MZ ČSR. Pro nás je důležitý ú 3. odst. 2: "Jestliže je osoba zbavena způsobilosti k právním úkonům, nebo nezletilá, dává souhlas její zákonný zástupce.

Souhlas zákonného zástupce je nutno si vyžádat také, dala-li souhlas k ověření nezletilá osoba, která je schopna vzhledem ke své rozumové a mravní vyspělosti pochopit poučení lékaře a uvědomněle projevit souhlas." Je zřejmé, že tato zákonná opatření bude v krátké době nutné zvažít.

7. Okruh problémů sterilizace, interrupce a antikoncepce je místem střetů různých eticko-filosofických a kulturních koncepcí a není, podle mnohých odborníků, dosud uspokojivě právně řešen.

Naše kultura vzešla ze zásad křesťanství si váží života a život je pro nás hodnotou sám o sobě. Existují však i jiné kulturní reminiscence spartánsko-nitscheovsko-fašistické, pro které je především kvalita života, vztahena k nějakému společenskému ideálu, 'výrobce' významu. Toto pojednání není místem střetu těchto dvou koncepcí, ale má-li reflektovat stav současného práva a jistého společenského konsensu, ze kterého právo vychází, pak s vědomím, že tyto ideje jsou ve společnosti vlivně přítomny.

Neterapeutická sterilizace u osob trpících duševní chorobou nebo mentálně retardovaných osob je široce diskutovaný problém. Ve většině zemí je tato problematika nějak řešena zákonem. V některých státech je sterilizace těchto osob nepřijatelná i na žádost zákonného zástupce. V jiných zemích může podnět ke sterilizaci vzejít nejen od zákonného zástupce, ale také od ředitele zdravotnického zařízení v jehož péči se zúčastněná osoba nachází. Mnohde se vyžaduje schválení soudem - předpokládá se totiž "podujatost" zákonného zástupce, který by asi málokdy byl ochotný starat se o další děti [5].

U nás je problematika sterilizací právně dána vyhláškou MZ ČSR ze dne 17. 12. 1971. Vyhláška také řeší problematiku nezletilých a osob s omezenou působností k právním úkonům (§7-8). Vhodnost indikace posuzuje sterilizační komise. Zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění zák. č. 548/1991 Sb. - § 27 doplňuje: "Sterilizace se smí provést jen se souhlasem nebo na vlastní žádost osoby, u níž má být sterilizace provedena, a to za podmínek stanovených ministerstvem zdravotnictví."

Interrupce. Propast mezi světem svobodných a těch, co jsou zbaveni svéprávnosti se zde otevírá tak, jako by ti druzí už ani nebyli lidmi. Zatímco žena svobodná nemusí být ani ženou - zachce-li se jí, nemusí být ani matkou - nechce-li, žena duševně nemocná se musí spolehnout na to, co určuje právo, opatrovník, soud. Zatímco pojem svobody expanduje u lidí zdravých do těch nejneuvěřitelnějších podob, měli by být lidé nesvéprávní k různým úkonům nuceni, i přes zbytky své vůle. A tak se stává tématem diskuse, má-li být žena zbavená svéprávnosti podrobená interrupci, i když ji odmítá. Právo něco takového neumožňuje, ale diskuse o tom je výmluvným obrazem společnosti [10].

Z předešlého je patrné, že informovaný souhlas v psychiatrii opravdu není jednoduchý problém. Nová technická a civilizační fakta, psychiatrizace sociálních oblastí, nároky na svobodu a stále větší politická i přirozená limitace svobody jako všudypřítomný kontrapunkt našich přání a tužeb dokazuje, že bude stále obtížnější nalézt ucelený systém, který by nabídl unifikující odpověď na tolik diferentních problémů.

Závěrem lze snad také říci, že snaha vytvořit nějaké jednoduché psychologické testy na stupeň kompetence, je hledání "Svatého grálu". Je zde velké množství proměnných, které celou záležitost komplikují, v neposlední řadě i proto, že nezáleží jen na klientovi, ale také na terapeutovi - jakým způsobem předloží potřebné informace. Nalézt ta správná slova je však jen část problému. Rozvaha o kompetenci sahá až za sémantiku slova, v souvislosti s legálními postupy, které v zájmu klienta je nutno vykonat, ač s nimi pacient nesouhlasí. Ačkoli aplikovatelnost informovaného souhlasu do psychiatrické praxe je stále na počátku své cesty, je jasné, že pravidla informovaného souhlasu budou muset být použity, ačkoli některé odlišnosti bude nutno reflektovat z hlediska základních rozdílů mezi psychiatrií a jinými specializacemi. Trend je však zřejmý: stále větší důraz se klade na informovanost klienta v souvislosti s různým stupněm klientových schopností participovat na svých rozhodnutích.

### Literatura

- [1] Beck, J. C.: Determining competency to assent to neuroleptic drug treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 39: 1106-8, 1988.
- [2] Dworkin, N.: Legality and consent nontherapeutic research on infants. *Arch. Dis. Child.*, 6/1978, s. 433-435.
- [3] Haškovcová, H.: Lékařská etika, Praha, Galén, 1994.
- [4] Munzarová, M.: K otázce informovaného souhlasu. *Klinická onkologie*, 8, 1995, č.3, s. 70-71.
- [5] Štěpán, J.: Právo a moderní medicína. Praha. Panorama 1989.
- [6] Winslade, W. J.: Ethics in psychiatry, in: *Comprehensive textbook of psychiatry*, 5th Ed., Ed.: H. I. Kaplan and B. J. Sadock. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989.
- [7] Draft convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Bioethics convention, and explanatory report. Council of Europe, DIR/JUR(94)2, CDBI (95)2, Strasbourg, July and February 94-95.
- [8] Informed Consent in Psychiatry: Cross-cultural and Philosophical Issues, Benevento, Italy, May 26 - 28, 1994. *Bulletin of Medical Ethics*, Number 103, November 1994, s. 22-24.
- [9] Generální prokuratura ČSFR I FGn 74/91.
- [10] When a Mentally ill Women Refuses Abortion, Cases in Bioethics. Selections from the Hastings Center Report, 2nd Ed., Bette-Jane Crigger (Ed.), St. Martin's Press, New York, 1994, s. 86-90.

**Lajkep, T.: Some Problems of Informed Consent in Psychiatry, ME&B, 3, 1996, 1, p. 6 - 8.** In this work the author is trying to show some problems related to informed consent in psychiatry. It deals especially with problems of medical research, sterilisation, involuntary therapy, treatment of drug addiction etc. In each of these areas there can come to a clash of interests between the society and the patient. The informed consent turns our attention to the patient.

Address for correspondence/Adresa: MUDr. Tomáš Lajkep, Lánice 63, 59501 Velká Bíteš, Česká republika

Received: (11.12. 1995). Accepted: 3. 4. 1996.

## Plánované podujatia/Forthcoming Events

### Európa a zámorie/Europe and Overseas

- Cancer, AIDS and Quality of Life, January 15 - 17, 1996, Paris (France),
- Journées annuelles d'Éthique, January 26 - 27, 1996, Paris (France),
- The Origins of Bioethics, February 15 - 17, 1996, Rome (Italy),
- 1996 Bioethics Conference: Confronting the Ethical Dilemmas of the Elderly, February 15 - 16, 1996, Honolulu, HI (USA),
- Philosophy and Mental Health, February 28 - March 2, 1996, Spain.
- The Medical Profession and the Effects of Weapons, March 8 - 10, 1996, Geneva (Switzerland),
- Ethical Issues in Renal Dialysis and Kidney Transplantation, April 26 - 28, 1996, Ft. Lauderdale, FL (USA),
- Teacher Training Course "Vermittlung von Ethik in Heil-

- berufen, May 3 - 5, 1996, Hannover (Germany),
- Altruism, Society and Health Care, May 12 - 14, 1996, Uppsala (Sweden),
- Bioethics and Law, May 29 - June 1, 1996, Copenhagen (Denmark),
- Health Care Ethics in a Pluralistic Society: The Catholic Perspective, June 3 - 8, or June 17 - 22, 1996, St. Louis, MO (USA),
- Applications of Genetics for the Millenium, June 14-16, 1996, Luton (England),
- The 11th World Congress on Medical Law, July 28 - August 1, 1996, Sun City (South Africa),
- The Annual Intensive Five-Day Course on Medical Ethics, September 16 - 20, 1996, London (UK),
- Ethical Issues in the Care of Terminally Ill and Dying Patients, December 15 - 18, 1996, Ft. Lauderdale, FL (USA),

Bratislava, Spring 1996

Dear colleagues, dear friends,\*)

on behalf of the Editorial Board of our journal I would like to extend our cordial greetings to all of you at the beginning of the third year of its publishing. After overcoming several organizational - technical (and financial) difficulties, that contributed to the delays of printing out the issues of ME&B during the year 1995, we start the new volume with hope (and strong intention) to improve on that, so the journal is published from now on regularly, according to the planned time-schedule (quarterly).

What should appear as an innovation in this volume? Though the Editorial Board thought the variability of different headings already established seemed quite broad, we did decide, despite that, to start a new one. It stems from the paedagogical work of our Institute. In *Works of Students* we want to publish the best essays written by our students for the presentations at the regular seminars of the subject Medical ethics, taught at the Medical Faculty of Comenius University in Bratislava. In future we would like to hold this heading open also for the works of the students of other medical faculties (also the faculties of law, philosophy, nursing, etc.) of the universities in Slovakia (or abroad). We would be grateful to you, if you put this information to the attention of the paedagogical staff of those faculties (universities).

Within the new volume of ME&B we would like to give a greater space to the materials important for the work of ethics committees, as well as to different themes of ethics in nursing. We shall continue to publish Slovak translations of actual and classical materials and documents in the field of bioethics, as well as the translation of chapters of the F. J. Fitzpatrick's book *Ethics in Nursing* (our Institute is preparing at present the original Slovak textbook on ethics in nursing, of quite different conception, that should be published in the year 1997 by Osveta Publishing House, Martin (Slovakia)). We would be pleased to publish your original papers, or review articles on actual topics in bioethics and philosophy of medicine (these contributions are subjected to the peer-review process). Also your comments, opinions, remarks, suggestions, and 'constructive' criticism are most welcomed by the editor (Letters to the Editor). We gladly publish also actual reports on different events in medical ethics (nursing ethics)/bioethics, as well as the advertisements/invitations of forthcoming educational activities or scientific/professional meetings.

We believe, that together with your kind help and active participation we shall be able to keep and further improve the professional and informational level of our journal, so you would read it regularly, with a good pleasure and benefit. All the best for the new year, dear friends!

\*) Translation from p. 1.

Jozef Glasa, M.D., Editor ME&B



## ETHICS COMMITTEES

## REVISED DECLARATION OF LISBON ON THE RIGHTS OF THE PATIENT \*

**Preamble**

The relationship between physicians, their patients and broader society has undergone significant changes in recent times. While a physician should always act according to his/her conscience, and always in the best interests of the patient, equal effort must be made to guarantee patient autonomy and justice. The following Declaration represents some of the principal rights of the patient which the medical profession endorses and promotes. Physicians and other persons or bodies involved in the provision of health care have a joint responsibility to recognise and uphold those rights. Whenever legislation, government action or any other administration or institution denies patients these rights, physicians should pursue appropriate means to assure or to restore them. In the context of biomedical research involving human subjects - including non therapeutic biomedical research - the subject is entitled to the same rights and consideration as any patient in a normal therapeutic situation.

**PRINCIPLES****1. Right to medical care of good quality**

a. Every person is entitled without discrimination to appropriate medical care.

b. Every patient has the right to be cared for by a physician whom he/she knows to be free to make clinical and ethical judgements without any outside interference.

c. The patient shall always be treated in accordance with his/her best interests. The treatment applied shall be in accordance with generally approved medical principles.

d. Quality assurance should always be part of health care. Physicians, in particular, should accept responsibility for being guardians of the quality of medical services.

e. In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment which is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for the treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination.

f. The patient has a right of continuity of health care. The physician has an obligation to cooperate in the coordination of medically indicated care with other health care providers treating the patient. The physician may not discontinue treatment of a patient as long as further treatment is medically indicated, without giving the patient reasonable assistance and sufficient opportunity to make alternative arrangements for care.

**2. Right to freedom of choice**

a. The patient has the right to choose freely and change his/her physician and hospital or health service institution, regardless of whether they are based in the private or public sector.

b. The patient has the right to ask for the opinion of another physician at any stage.

**3. Right to self-determination**

a. The patient has the right to self-determination, to make free decisions regarding himself/herself. The physician will inform the patient of the consequences of his/her decision.

b. A mentally competent adult patient has the right to give or withhold consent to any diagnostic procedure or therapy. The patient has the right to the information necessary to make his/her decisions. The patient should understand clearly what is the purpose of any test or treatment, what the results would imply, and what would be the implications of withholding consent.

c. The patient has the right to refuse to participate in research or the teaching of medicine.

**4. The unconscious patient**

a. If the patient is unconscious or otherwise unable to express his/her will, informed consent must be obtained whenever possible, from a legally entitled representative where legally relevant.

b. If a legally entitled representative is not available, but a medical intervention is urgently needed, consent of the patient may be presumed, unless it is obvious and beyond any doubt on the basis of the patient's previous firm expression or conviction that he/she would refuse consent to the intervention in that situation.

c. However, physicians should always try to save the life of a patient unconscious due to a suicide attempt.

**5. The legally incompetent patient**

a. If a patient is a minor or otherwise legally incompetent the consent of a legally entitled representative, where legally relevant, is required. Nevertheless the patient must be involved in the decision making to the fullest extent allowed by his/her capacity.

b. If the legally incompetent patient can make rational decisions, his/her decisions must be respected, and he/she has the right to forbid the disclosure of information to his/her legally entitled representative.

c. If the patient's legally entitled representative, or a person authorized by the patient, forbids treatment which is, in the opinion of the physician, in the patient's best interest, the physician should challenge this decision in the relevant legal or other institution. In case of emergency, the physician will act in the patient's best interest.

**6. Procedures against the patient's will**

a. Diagnostic procedures or treatment against the patient's will can be carried out only in exceptional cases, if specifically permitted by law and conforming to the principles of medical ethics.

**7. Right to information**

a. The patient has the right to receive information about himself/herself recorded in any of his/her medical records, and to be fully informed about his/her health status including the medical facts about his/her condition. However, confidential information in the patient's records about a third party should not be given to the patient without the consent of that third party.

b. Exceptionally, information may be withheld from the patient when there is good reason to believe that this information would create a serious hazard to his/her life or health.

c. Information must be given in a way appropriate to the local culture and in such a way that the patient can understand.

d. The patient has the right not to be informed on his/her explicit request, unless required for the protection of another person's life.

e. The patient has the right to choose who, if anyone, should be informed on his/her behalf.

\* Svetová asociácia lekárov na svojom zhromaždení v Bali, Indonézia, v septembri 1995, schválila novelizovaný a značne rozšírený text Deklarácie o právach pacienta z Lisabonu (1981). Preklad textu z anglického originálu uvedeného v Bull. Med. Eth. (London), No. 114, Dec. 1995/Jan. 1996, s. 8 - 10: MUDr. Jozef Glasa. / The World Medical Association approved a new, and much expanded version of its 1981 Declaration on the Rights of the Patient at its meeting in Bali, Indonesia, in September 1995. Original English text taken from Bull. Med. Eth. (London), No. 114, Dec. 1995/Jan. 1996, s. 8 - 10. Slovak translation by Dr. Jozef Glasa.

## 8. Right to confidentiality

a. All identifiable information about a patient's health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind, must be kept confidential, even after death. Exceptionally, descendants may have a right of access to information that would inform them of their health risks.

b. Confidential information can only be disclosed if the patient gives explicit consent or if expressly provided for in the law. Information can be disclosed to other health care providers only on a strictly "need to know" basis unless the patient has given explicit consent.

c. All identifiable patient data must be protected. The protection of the data must be appropriate to the manner of its storage. Human substances from which identifiable data can be derived must likewise be protected.

## 9. Right to health education

Every person has the right to health education that will assist him/her in making informed choices about personal health and about the available health services. The education should include information about healthy life styles and about methods of prevention and early detection of illnesses. The personal responsibility of everybody for his/her own health should be stressed. Physicians have an obligation to participate actively in educational efforts.

## 10. Right to dignity

a. The patient's dignity and right to privacy shall be respected at all times in medical care and teaching, as shall his/her culture and values.

b. The patient is entitled to relief of his/her suffering according to the current state of knowledge.

c. The patient is entitled to humane terminal care and to be provided with all available assistance in making dying as dignified and comfortable as possible.

## 11. Right to religious assistance

The patient has the right to receive or to decline spiritual and moral comfort including the help of a minister of his/her chosen religion.

# NOVELIZOVANÁ LISABONSKÁ DEKLARÁCIA SVETOVEJ ASOCIÁCIE LEKÁROV O PRÁVACH PACIENTA <sup>1)</sup>

## Preambula

Vzťah medzi lekármi, pacientmi a celou spoločnosťou zaznamenal v poslednom období významné zmeny. Kým lekár má vždy konať podľa svojho svedomia a vždy v najlepšom záujme pacienta, rovnaké úsilie je potrebné vyvinúť na to, aby sa pacientovi zabezpečila autonómia a spravodlivé zaobchádzanie. Táto Deklarácia predstavuje niektoré z principiálne dôležitých práv pacienta, ktoré lekárske povolanie potvrdzuje a presadzuje. Lekári a iné osoby, alebo inštitúcie zúčastnené na poskytovaní zdravotníckej starostlivosti majú spoločnú zodpovednosť uznať a dodržiavať tieto práva. Kedykoľvek legislatíva, činnosť vlády, alebo iný správny orgán alebo inštitúcia upiera pacientom tieto práva, lekári musia presadzovať vhodné opatrenia, aby sa uvedené práva pacientom potvrdili alebo prinavrátili. V kontexte biomedicínskeho výskumu zahŕňajúceho ľudské subjekty - vrátane neterapeutického biomedicínskeho výskumu - subjekt výskumu má nárok na tie isté práva a pozornosť, ako ktorýkoľvek pacient v obvyklej terapeuticknej situácii.

## PRINCÍPY

### 1. Právo na medicínsku starostlivosť dobrej kvality

a. Každý, bez diskriminácie, má nárok na náležitú zdravotnícku starostlivosť.

b. Každý pacient má právo, aby bol ošetrovaný lekárom, o ktorom vie, že môže slobodne, bez vonkajšieho zasahovania, rozhodovať o klinických a etických otázkach.

c. Pacient má byť vždy liečený v súlade s jeho najlepším záujmom. Aplikovaná liečba má zodpovedať všeobecne prijatým medicínskym princípom.

d. Zabezpečenie kvality musí byť vždy súčasťou zdravotníckej starostlivosti. Lekári predovšetkým musia prijať zodpovednosť za dozor nad kvalitou medicínskych služieb.

e. V podmienkach, kde sa musí urobiť výber medzi potenciálnymi pacientami vhodnými na určitú liečbu, ktorá je dostupná len v obmedzenom rozsahu, všetci títo pacienti majú nárok na spravodlivé výberové konanie. Výber na danú liečbu musí byť založený na medicínskych kritériách a musí sa realizovať bez diskriminácie.

f. Pacient má právo na kontinuitu zdravotníckej starostlivosti. Lekár je povinný spolupracovať na koordinácii medicínsky indikovanej starostlivosti s inými poskytovateľmi zdravotníckej starostlivosti, ktorí liečia pacienta. Lekár nesmie prerušiť medicínsky indikovanú liečbu bez toho, že by pacientovi poskytol primeranú pomoc a dostatočnú možnosť na zabezpečenie ďalšej starostlivosti.

### 2. Právo na slobodu voľby

a. Pacient má právo slobodne si vybrať a zmeniť svojho lekára, nemocnicu alebo iné zdravotnícke zariadenie, bez ohľadu na to, či sú prevádzkované súkromným alebo verejným sektorom.

b. Pacient má právo kedykoľvek (v priebehu liečby) žiadať vyjadrenie druhého lekára.

### 3. Právo na sebaurčenie

a. Pacient má právo na sebaurčenie, slobodne rozhodovať o veciach, ktoré sa ho týkajú. Lekár musí informovať pacienta o dôsledkoch jeho rozhodnutia.

b. Mentálne kompetentný dospelý pacient má právo dať alebo odoprieť svoj súhlas s každou diagnostickou procedúrou alebo liečbou. Pacient má právo na informáciu potrebnú pre svoje rozhodovanie. Pacient musí jasne rozumieť, aký je účel každého vyšetrenia alebo liečby, čo môžu znamenať ich výsledky, a aké by boli dôsledky odopretia jeho súhlasu.

c. Pacient má právo odmietnuť svoju účasť vo výskume alebo výuke medicíny.

### 4. Pacient v bezvedomí

a. Ak je pacient v bezvedomí, alebo inak neschopný vyjadriť svoju vôľu, musí sa získať informovaný súhlas od jeho zákonného zástupcu, pokiaľ je to možné a legálne relevantné.

b. Ak zákonný zástupca pacienta nie je dostupný a medicínsky zákrok je urgentne potrebný, možno súhlas pacienta predpokladať, pokiaľ nie je zjavné - a mimo akejkoľvek pochybnosti, na základe pacientovho predchádzajúceho jednoznačného vyjadrenia alebo presvedčenia, že by v danej situácii tento zákrok odmietol.

c. Lekár sa však vždy musí pokúsiť zachrániť život pacienta, ktorý je v bezvedomí v dôsledku samovražedného pokusu.

### 5. Legálne nekompetentný pacient

a. Ak je pacient mladistvý, alebo ináč legálne nekompetentný, vyžaduje sa všade tam, kde je to legálne relevantné, súhlas jeho zákonného zástupcu. Pacient sa však vždy musí zúčastniť na rozhodovaní, a to do najväčšej možnej miery danej jeho (mentálnou) kapacitou.

b. Ak je legálne nekompetentný pacient schopný sa

racionálne rozhodovať, jeho rozhodnutia sa musia rešpektovať a má právo na zákaz poskytnutia informácie jeho zákonnému zástupcovi.

c. Ak pacientov zákonný zástupca, alebo osoba poverená pacientom odmieta liečbu, ktorá je podľa názoru lekára v najlepšom záujme pacienta, lekár je povinný napadnúť toto rozhodnutie relevantnou súdnou alebo inou inštitucionálnou cestou. V urgentnom prípade má lekár postupovať v súlade s najlepším záujmom pacienta.

## 6. Zákroky proti vôli pacienta

Diagnostické výkony alebo liečba proti pacientovej vôli sa môžu uskutočniť len vo výnimočných prípadoch, pokiaľ sú špecificky povolené zákonom a zodpovedajú princípom medicínskej etiky.

## 7. Právo na informáciu

a. Pacient má právo dostať informácie, ktoré sa ho týkajú a sú zaznamenané v jeho zdravotnej dokumentácii, a má právo byť plne informovaný o svojom zdravotnom stave, vrátane lekárskeho skutočností súvisiacich s jeho ochorením. Dôverná informácia v pacientovej zdravotnej dokumentácii, ktorá sa týka tretích osôb, sa však pacientovi nemôže poskytnúť bez súhlasu týchto osôb.

b. Výnimočne sa informácia pacientovi nemusí poskytnúť vtedy, keď je závažný dôvod predpokladať, že táto informácia by znamenala závažné ohrozenie jeho života alebo zdravia.

c. Informácia sa má pacientovi podať spôsobom primeraným miestnej kultúre a tak, aby jej pacient mohol rozumieť.

d. Pacient, na svoju výslovnú žiadosť, má právo nebyť informovaný (o svojom zdravotnom stave), pokiaľ daná informácia nie je nevyhnutná pre ochranu života inej osoby.

e. Pacient má právo určiť či niekto má byť informovaný v jeho mene.

## 8. Právo na zachovanie mlčanlivosti

a. Všetky (osobne) identifikovateľné informácie o zdravotnom stave pacienta, jeho ochorení, diagnóze, prognóze a liečbe, a všetky ostatné informácie osobného charakteru sa musia považovať za dôverné<sup>2)</sup>, a to aj po smrti pacienta. Potomkovia pacienta môžu mať výnimočne právo na prístup k informácii, ktorá by ich informovala o ich zdravotných rizikách.

b. Dôverná informácia sa môže poskytnúť iba vtedy, ak pacient k tomu dá výslovný súhlas, alebo ak je táto možnosť daná zákonom. Iným poskytovateľom zdravotníckej starostlivosti sa informácie (o pacientovi a jeho zdravotnom stave) môžu odovzdať iba v nevyhnutnej potrebnom rozsahu<sup>3)</sup>, pokiaľ pacient nedal výslovný súhlas (na poskytnutie kompletnej informácie).

c. Všetky (osobne) identifikovateľné údaje pacienta musia byť chránené<sup>4)</sup>. Ochrana údajov musí byť primeraná spôsobu ich uchovávaní. Telesné substancie, z ktorých by bolo možné získať (osobne) identifikovateľné údaje, musia byť rovnako chránené.

## 9. Právo na zdravotné vzdelanie

Každý má právo na zdravotné vzdelanie<sup>5)</sup>, ktoré mu má pomôcť pri informovanom rozhodovaní vo veciach, týkajúcich sa jeho osobného zdravia a dostupných zdravotníckych služieb. Toto vzdelanie má obsahovať informácie o zdravom životnom štýle a o spôsoboch prevencie a včasného zistovania ochorení. Má zdôrazniť osobnú zodpovednosť každého za svoje vlastné zdravie. Lekári majú povinnosť sa na (zdravotnom) vzdelávaní aktívne podieľať.

## 10. Právo na rešpektovanie osobnej dôstojnosti

a. (Osobná) dôstojnosť pacienta a jeho právo na súkromie sa musia tak v rámci zdravotníckej starostlivosti,

ako aj výuky medicíny vždy rešpektovať. To isté platí aj o rešpektovaní jeho kultúry a (osobných) hodnôt.

b. Pacient má právo na zmiernenie svojho utrpenia v súlade so súčasným stavom (medicínskeho) poznania.

c. Pacient má právo na humánnu terminálnu starostlivosť a na poskytnutie všetkej dostupnej pomoci, aby jeho umieranie bolo natoľko dôstojné a komfortné, nakoľko je to len (v danej situácii) možné.

## 11. Právo na náboženskú pomoc

Pacient má právo prijímať alebo odmietnuť duchovnú a morálnu útechu, vrátane pomoci duchovného toho náboženstva, ktoré si vybral.

Poznámky: <sup>1)</sup> Výrazy uvedené v zátvorkách majú slúžiť na vecné spresnenie významu slovenského prekladu. <sup>2)</sup> t. j. musí sa o nich zachovať mlčanlivosť, <sup>3)</sup> iba to, "čo nevyhnutne potrebujú vedieť", <sup>4)</sup> pred nepovolnými osobami, <sup>5)</sup> zdravotnú výchovu.

## Činnosť Etickej komisie Martinskej fakultnej nemocnice v roku 1995

Etická komisia Martinskej fakultnej nemocnice (MFN) pracuje ako poradný orgán riaditeľa MFN pri rozhodovaní o etických aspektoch zdravotníckej starostlivosti a biomedicínskeho výskumu. V súčasnosti má komisia 9 stálych členov (lekári, farmaceutka, zdravotná sestra s vyššou špecializáciou) a 5 členov, ktorí sú prizývaní v prípadoch riešenia špecifických otázok (teológ, klinický psychológ, 3 pracovníci Lekárskej fakulty UK v Martine). Viacerí členovia absolvovali tématické kurzy a semináre o správnej klinickej praxi a o medicínskej etike, poriadané Inštitútom pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a Ústavom medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave.

Od januára 1995 prerokovala komisia na svojich 7 zasadnutiach 19 žiadostí (v roku 1994 - 6 zasadnutí a 12 žiadostí). Prevažne išlo o posúdenie plánovaných klinických sledovaní účinku liečiv. Vo viacerých prípadoch si vyžiadala komisia názor oponenta, odborníka v oblastiach, ktoré presahovali možnosti posúdenia členmi komisie.

Aby boli informácie potrebné pre rozhodovanie čo najaktuálnejšie, pozývame v ostatnom čase žiadateľov na zasadnutie komisie. Z formálnej stránky je potrebné k žiadosti (so stručným odôvodnením a popisom plánovaného klinického sledovania) dodať 1 exemplár protokolu o klinickom sledovaní, 1 exemplár informovaného súhlasu pacienta, či jeho zákonného zástupcu a vyplniť dotazník, v ktorom žiadateľ svojim podpisom potvrdí odpovede na konkrétne otázky z etiky biomedicínskeho výskumu (dotazník Etickej komisie Ústavu preventívnej a klinickej medicíny v Bratislave).

O smerniciach, na základe ktorých etická komisia MFK vznikla, o náplni a zásadách jej činnosti sme podrobnejšie písali v NN č. 6/94 a v poslednom tohtoročnom čísle.

V roku 1995 prerokovala komisia žiadosti o posúdenie: nového operačného postupu (1x), grantu (1x), sledovanie hladín ťažkých kovov v detskej populácii (1x), klinické sledovanie účinku kozmetického prípravku v dermatológii (1x), klinické sledovanie účinku liečiv (14x), novej vyšetrovacej metodiky (1x). Žiadateľmi boli: zamestnanci MFN Martin (16x), Katedry ošetrovateľstva JFK UK (1x), Teoretického ústavu JFK UK spolu so zamestnancami MFN (1x), 1 Nemocnice s poliklinikou okresu Bratislava - vidiek (1x).

V Martine, 15.12.1995

Prim. Mudr. Ž. Fetisvová, CSc.  
predsedkyňa Etickej komisie  
MFN Martin

## SESTRA AKO ZDRAVOTNÍCKY PROFESIONÁL\*)

F. J. Fitzpatrick

Ak hovoríme, že sestra má svoje vlastné vedomosti a odbornosť, ktoré sú nezávislé od lekára (hoci často používané v spolupráci s ním), v skutočnosti tým súčasne tvrdíme aj to, že sestra je *zdravotníckym profesionálom*, t.j. že patrí k *profesii* ošetrovateľstva. Táto skutočnosť je dosť široko akceptovaná, pretože výraz "ošetrovateľská profesia" sa (v Anglicku, pozn. prekl.) všeobecne používa. Avšak dôvod, pre ktorý sestru považujeme za samostatného zdravotníckeho profesionála môže byť na prvý pohľad pomerne nejasný, keďže výraz "profesia" sa pomerne ťažko definuje a mnohí ľudia ním rozumejú rôzne veci.

Na tomto mieste použijem definíciu profesie, ktorá je v súčasnosti pomerne široko akceptovaná: definíciu R. H. Pyne(-a) z jeho knihy *Profesionálna disciplína v ošetrovateľstve: teória a prax*<sup>1)</sup>. Pyne uvádza sedem kritérií, ktoré musia byť splnené, ak ide o samostatnú profesiu:

1. Jej vykonávanie je založené na uznanom súhrne poznatkov, ktorý je jej vlastný.

2. Zakladá si nezávislý útvar na kolektívne presadzovanie cieľov a požiadaviek vo vzťahu k týmto (uvádzaným) profesionálnym kritériám.

3. Prijatie nového člena do radov profesie je viazané na splnenie prísnych kritérií (profesionálnej) kompetencie atestovaných pomocou skúšok a hodnotenej odbornej skúsenosti.

4. (Profesia) uznáva, že jej vykonávanie musí byť prínosom pre verejnosť a nie primárne pre jej vykonávateľov.

5. Uznáva svoju zodpovednosť za rozvíjanie a rozširovanie súhrnu poznatkov, na ktorom je založená.

6. Uznáva svoju zodpovednosť za starostlivosť o zariadenia, metódy a zabezpečenie vzdelávania a výcvik svojich budúcich členov a zvyšovanie vedomostí tých, ktorí ju už v súčasnosti vykonávajú.

7. Uznáva požiadavku, aby jej členovia zachovávali vysoký štandard (profesionálnej) etiky a profesionálneho správania, daný vo verejne publikovanom kódexe s primeranými disciplinárnymi procedúrami.

Z uvedených kritérií možno kritériá č. 1 a 7 považovať za najdôležitejšie. Vlastnenie určitého súboru poznatkov a starostlivosť o náležitý etický štandard aplikácie týchto vedomostí sú kľúčovými požiadavkami pojmu samostatnej profesie. Kritériá č. 2 - 6 možno považovať aj za dôsledky uplatnenia jedného alebo oboch z uvedených základných predpokladov.

Niektorí predstavitelia spoločenských vied odmietali uznať ošetrovateľstvo za samostatnú profesiu, akými sú napríklad medicína, právo, učiteľstvo, účtovníctvo, atď., na základe tvrdenia, že nespĺňa prvé z vyššie uvedených kritérií. Títo autori hovoria, že teoretickú a praktickú bázu pre ošetrovateľstvo poskytuje medicína ako samostatná profesia a že sestra nemá žiadne ďalšie špeciálne vedomosti a zručnosti, ktoré by jej boli vlastné práve ako *zdravotnej sestry*. Tu však možno odpovedať, že sestra má definovanú svoju presnú (profesionálnu) rolu, zameranú na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá je odlišná od starostlivosti, ktorú pacientom poskytuje le-

kár; že úloha ošetrovateľstva sa odlišuje od úloh medicíny; a tiež že vedomosti a zručnosti požadované od sestier sú do veľkej miery špecificky práve ošetrovateľské vedomosti a zručnosti. Skutočnosť, že sestry často používajú tieto vedomosti a zručnosti v spolupráci s lekárom nie je v rozpore s predchádzajúcimi tvrdeniami. Výsledky špecializovaného výskumu v oblasti ošetrovateľstva, ktorý sa neustále vykonáva, tiež svedčí proti spomínaným námietkam: to, čo sa týmto výskumom buduje a rozvíja, je presne "uznaný súhrn poznatkov, ktorý je vlastný" ošetrovateľstvu.

Ďalšie dve kritériá (č. 2 a 3) sú splnené tým, že v rôznych krajinách existujú profesijné organizácie alebo inštitúcie (v Anglicku Ústredná rada pre ošetrovateľstvo, pôrodné asistentky a zdravotnícku opatrovateľskú službu - United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (ďalej UKCC)), ktoré sa starajú o presadzovanie a rozvíjanie vysokého profesionálneho štandardu ošetrovateľstva. Štvrté kritérium je splnené aktuálnou činnosťou sestier a právnym podkladom ich práce. Piatemu a šiestemu kritériu, ako uvádza R. H. Pyne, "sa v minulosti snáď venovala menšia pozornosť, ako by si boli zaslúžili. Toto sa našťastie v posledných rokoch mení k lepšiemu, nakoľko sa viac dostávajú do popredia výsledky realizovaného výskumu v ošetrovateľstve; vzrastá členská základňa ošetrovateľských a zdravotníckych profesijných združení, čo vedie k výraznejšiemu a úplnejšiemu vyjadreniu obáv o akékoľvek nedostatky v oboch týchto smeroch; a nakoľko aj jednotlivé zdravotné sestry si čoraz viac uvedomujú, že ich profesionálna zodpovednosť zahŕňa aj tieto oblasti."<sup>2)</sup> Konečne, siedme kritérium je jasne splnené nielen aktívnym prístupom profesijných organizácií a podobných inštitúcií k formulovaniu princípov a kontrole dodržiavania vysokého štandardu profesijnej etiky, ale aj záujmom a prebiehajúcou živou diskusiou o kľúčových problémoch ošetrovateľskej etiky vo verejnosti, na odborných fórach a podujatiach, ako aj v mnohých vydávaných publikáciách a odborných časopisoch ošetrovateľstva.

Pretože sestry pracujú nielen ako jednotlivé pracovníčky, ale súčasne aj ako členky a reprezentantky ošetrovateľskej profesie, jednou z ich veľmi dôležitých a zodpovedných úloh je dodržiavať za každých okolností náležitý profesionálny štandard, t.j. správať sa spôsobom, ktorý zohľadňuje a rešpektuje profesionálne požiadavky, ako aj pomáhať svojim kolegyniam, aby konali podobne. Jednou z funkcií UKCC v Anglicku a podobných inštitúcií v iných krajinách je tiež vyšetrovať prípady, pri ktorých vzniklo podozrenie, že sestra nedodržala spomínané profesionálne požiadavky, t.j. prípady, v ktorých sa predpokladá profesionálne chybné konanie.

Hoci mnohé etické problémy, ktoré sa objavujú v oblasti ošetrovateľstva, možno diskutovať bez ohľadu na chápanie sestry ako zdravotníckeho profesionála, existujú viaceré problémy, v ktorých profesionálny alebo neprofesionálny charakter konania sestry zaujíma takpovediac centrálnu postavenie. Silná opozícia voči možnosti štrajku sestier napríklad vychádza z názoru, že štrajkovanie je v rozpore s plnením povinností sestry voči jej klientom a je z toho dôvodu neprofesionálne. Je zaujímavé poznamenať, že niektoré sestry považovali svoj profesijný status za nekompatibilný nielen s účasťou v štrajku, ale dokonca aj v angažovaní sa v kolektívnom vyjednávaní so zamestnávateľmi (resp. v istých nátlakových akciách), týkajúcom sa ich miezd a pracovných podmienok.<sup>3)</sup> Tento postoj zaiste nie je oprávnený: pokiaľ si sestry majú zabezpečiť svoje živobytie vykonávaním ošetrovateľskej starostlivosti, majú tiež nárok na to, aby sa ich spravodlivé požiadavky ohľadom miezd a pracovných podmienok účinne prezentovali zamestnávateľom. Ale samotný fakt takejto rozšírenej averzie voči kolektívnemu vyjednávaníu (a nátlakovým akciám) poukazuje na silu pomerne rozšíreného vnímania takejto aktivity ako neprofesionálnej. (Zvláštnu

<sup>1)</sup> Z anglického originálu *The nurse as a health professional*, in: F. J. Fitzpatrick: *Ethics in Nursing Practice*, Linacre Centre, London, 1988, 290 pgs, p. 19 - 22, preložil MUDr. Jozef Glasa.

pozornosť týmto problémom budeme venovať v záverečnej kapitole knihy.) To, čo by sme chceli zdôrazniť na tomto mieste je, že ide o problém, pre riešenie ktorého je práve chápanie profesionality ošetrovateľského povolania veľmi dôležité. V uvažovaní nad problémami, ako je tento, vidíme, že chápanie sestry ako zdravotníckeho profesionála, viazaného istým profesijným ideálom a súborom príslušných profesionálnych požiadaviek a štandardov, má veľký význam pre ošetrovateľskú etiku.

Poznámky autora pod čiarou:

<sup>1)</sup> Pyne, R. H.: *Professional Discipline in Nursing: Theory and Practice*. Oxford, 1981, s. 5 - 6. (V porovnaní s originálom autor modifikoval znenie kritérií č. 1 a 4, aby ich vyjadrenie bolo precíznejšie, ako v pôvodnom texte R. H. Pyne-a.) Iní autori, ktorí sa zaoberali kritériami profesionálneho statusu pripúšťajú, že nie všetky spomínané kritériá musia byť splnené, ak má ísť o samostatnú profesiu: "V skutočnosti len niektoré povolania spĺňajú všetky uvedené kritériá, avšak do tej miery, ako ich spĺňajú, možno ich umiestniť na istej stupnici, od najviac po najmenej profesionálne." (M. S. Pernick: *Medical Professionalism*, in: W. Reich (Ed.): *The Encyclopaedia of Bioethics*, New York, 1978, Vol. 3, s. 1028 - 1034.)

<sup>2)</sup> Pyne, R. H.: *Ibid.*, s. 6 - 7. Niektorí autori vidia odraz profesionality ošetrovateľstva aj vo zvyšujúcom sa počte špecializovaných ošetrovateľských rol zdravotnej sestry. Napríklad *Monica E. Baly* v knihe *Profesionálna zodpovednosť (Professional Responsibility)*, Chichester, 2nd Ed., 1984, s. 12) hovorí: "Ďalším ukazovateľom rastúcej profesionalizácie ošetrovateľstva je vývoj mnohých ošetrovateľských špecializácií ... ako reakcie na rozličné medicínske špecializácie. Dobrými príkladmi "ošetrovateľských" špecializácií sú terminálna ošetrovateľská starostlivosť, stoma-terapia, ...".

<sup>3)</sup> Editorial: *Withdrawal of service - a dilemma for nursing*. The Canadian Nurse, July 1968, p. 29: "Hoci posledných niekoľko rokov prinieslo významné zmeny v postojoch veľkej časti členstva Kanadskej asociácie ošetrovateľstva, stále ostáva veľa sestier, ktoré sa bránia anagažovaniu v kolektívnych nátlakových akciách na dosiahnutie jej cieľov. Majú k nim negatívny postoj, pretože sú presvedčené, že sú nezlučiteľné s ich profesionalitou, alebo preto, že majú obavy z možného konfliktu s manažmentom (zdravotníckeho zariadenia)."

## PRÁCE ŠTUDENTOV

### WORKS OF STUDENTS

## POSTOJ LEKÁRA K TELESNE, DUŠEVNE A ZMYSLOVO POSTIHNUTÝM

### (Seminárna práca z lekárskej etiky)

Ľudské zdravie a ľudský život sú humanistické hodnoty nielen pre jednotlivca a rodinu, ale sú pre celú spoločnosť aj ekonomickými hodnotami a nastavujú obraz, ktorý nie je možné v konečnom štatistickom sumári nijako prikrášliť. Ľudská spoločnosť, nech už zastáva a propaguje akékoľvek ideologické ciele, potrebuje pre svoj rozvoj čoraz viac materiálnych hodnôt, ktoré si zadávajú rozšírením reprodukcie spoločenskej výroby. Na jej rozšírenie si zabezpečuje aj reprodukciu osobného (subjektívneho) činiteľa, t.j. PRACOVNEJ SILY, a rozvíjanie jej vedomostí a schopností. Táto reprodukcia sa dnes a v budúcnosti nezaobíde bez kvalifikovanej a komplexnej zdravotnej starostlivosti, bez vzdelávania a aktívneho odpočinku.

Celé úsilie zdravotníckej starostlivosti sa musí zameriavať na to, aby kvalita a kvantita zdravia, ovplyvňujúce výkonnosť človeka, boli primerané aj vo vzťahu k novým nárokom vonkajšieho prostredia, vrátane pracovnej činnosti. Pojmy ZDRAVIE a CHOROBA sa v lekárskom chápaní vysvetľovali viac biologicky. Stretávame sa s nimi nielen v medicíne a biológii, ale aj vo filozofii. Ich vymedzenie a definícia dodnes narážajú na ťažkosti. Zdravie a choroba sú kategórie, ktoré nemožno oddeliť od plnosti života človeka, do ktorého patrí práca, spoločenská činnosť, správanie, pocity a emócie.

PORUCHA ZDRAVIA ako najširší pojem označuje celú oblasť patológie, vrátane abnormalít a prechodných neurčitých stavov. Ak človek vníma poruchu zdravia, hovoríme o OCHORENÍ, t.j. o epizóde choroby s určitým časom trvania. CHOROBU sú zas poruchy zdravia, ktoré tvoria pevnú klinickú jednotku a možno ich objektívne zistiť.

Choroba sa však nemusí vždy subjektívne vnímať, aj keď je

objektívne prítomná. Vyznačuje sa menším alebo väčším stupňom poruchy zdravia v telesnej, duševnej i v sociálnej oblasti. Telesné alebo duševné defekty, ktoré sú trvale alebo predchodne stabilizované, nazývame CHYBOU. Môžu byť vrodené alebo získané ako následok po chorobe alebo úraze.

Telesne, duševne a zmyslovo postihnutí: už z predošlého vyplýva, že skupina pacientov, patriacich do tejto kategórie je veľmi rôznorodá a zahŕňa v sebe rôzne charaktery, osobnosti, diagnózy a osudy. Za nimi však musí lekár v prvom rade vidieť celého človeka - a až potom pacienta s jeho konkrétnou diagnózou, či zdravotným problémom.

Prístup lekára, prichádzajúceho do kontaktu s pacientom, patriacim do tejto skupiny, musí mať podtón predošlým humanistický, odhliadnuc teraz od neodmysliteľnej odbornej erudície. Práve tento postoj musí byť strategickým princípom myslenia lekára, na ktorý by nikdy nemal zabudnúť. Aj v dnešnej pohnutej dobe musí lekár prijímať človeka nie ako tovar, vec, ale ako bytosť, ktorá má okrem fyzickej stránky aj svoj vnútorný svet, ktorý je práve u pacienta tejto skupiny oveľa zraniteľnejší a labilnejší.

Zo skupiny telesne, duševne a zmyslovo postihnutých, by som si chcel bližšie všimnúť telesne postihnutých - konkrétne: so získanou telesnou chybou následkom predchádzajúcej choroby. Svoje úvahy chcem začať na základe konkrétnych skúseností, ktoré som získal pri sledovaní závažného ochorenia svojho blízkeho príbuzného, ktoré sa skončilo závažným telesným postihnutím - stratou jednej dolnej končatiny.

*Priebeh ochorenia: 51-ročný pacient bol prijatý na chirurgické oddelenie s akútnym uzáverom A. poplitea l. dx. Bol urgentne operovaný (z arteriotómie zavedený Fogartyho katéter, evakuované tromby dlhé do 15 cm, sutura). Po nezlepšení perfúzie sa vykonala ďalšia operácia: Bypass femoropoplitealis distalis reversus autosaphenosus. Zárok nebol úspešný. Po rozvoji irreverzibilných ischemických zmien predkolenia sa vykonala amputácia vo výške kolenného zhybu (Exarticulatio in genus dx. sec. Callender). Po zhojení zhotovená protéza, pacient komplexne rehabilitovaný.*

Na príklade tohto konkrétneho prípadu by som si chcel všimnúť prístup a postoj lekára k chorému v predklinickej, klinickej, ambulancijnej a rehabilitačnej starostlivosti. Uvedomujem si, že moj pohľad je nutne subjektívny a vo svojich pozorovaniach si preto nerobím nároky na neomylnosť.

Videné retrospektívne - osobný postoj a prístup lekára sa začína uplatňovať už v ambulancijnej starostlivosti, v ambulancii lekára priamo kontaktnu. S ohľadom na závažné základné ochorenie a zaradenie pacienta do dispenzárnej starostlivosti je potrebné s maximálnou dôslednosťou kontrolovať zdravotný stav, zvlášť s ohľadom na jeho prognózu a prevenciu možných budúcich komplikácií (ktoré samozrejme nemožno vždy detailne predvídať). Lekár musí pristupovať odborne erudovane. Okrem iného, najmä v dnešnej dobe, hoci to nie je vždy ľahké, nesmie lekár pozabudnúť na isté vymedzenie hranicu, čo je pre pacienta ešte prípustné a čo už je nebezpečné z hľadiska jeho pracovného zaradenia. Dôležité je tu získanie dôvery pacienta a jeho spolupráce.

V klinike, pokiaľ je už potrebné pristúpiť k radikálnemu chirurgickému zákroku, je nevyhnutné pacienta, pokiaľ možno, psychicky na daný výkon pripraviť. Po celý čas hospitalizácie nesmie lekár zabúdať na pacientovu psychiku, ktorá je veľmi dôležitá vzhľadom na blízku, ale aj na jeho vzdialenú budúcnosť. Dané ochorenie spolu s výkonom, ktorý bude nasledovať, je nutné pacientovi primerane objasniť - a to v rámci jeho konkrétneho duševného obzoru, výrazmi pacientovi primeranými a jasnými. Pacient musí pochopiť podstatu a význam zákroku. Lekár nesmie zabudnúť pripraviť ho na následky, ktoré výkon pacientovi prinesie. Nie je vždy jednoduché informovať pacienta (pokiaľ nejde o urgentný zákrok), že mu napr. bude amputovaná končatina. Prístup musí byť vždy individuálny. Neexistuje tu akýsi univerzálny algoritmus. Lekár musí vložiť do hry svoju odbornú erudíciu a skúsenosti, ako aj svoju osobnosť. Metóda tzv. pia fraus, myslím, nemá mať v týchto prípadoch opodstatnenie (snáď s výnimkou novotvarov, kde nemožno vylúčiť infaustný koniec). Ide tu aj o to, ešte pred výkonom sa pokúsiť nasmerovať pacienta na cestu, ktorá sa v mnohom nebude zhodovať s jeho doterajšou. V konečnom výsledku by však, pokiaľ je to možné, mala celá liečebná procedúra - až po protetiku a rehabilitáciu, v čo najväčšej miere priblížiť pacientovi kvalitu života, ktorá bola pred ochorením. Tu musí lekár brať ohľad aj na vek, spoločenské postavenie pacienta a jeho sociálne zázemie.

Pacienti po amputácii sú veľmi psychicky labilní, hlavne prvé dni po operácii. Fixujú každé slovo lekára a stredného zdra-

votníckeho personálu. Každé neuvážené slovo, či poznámka môžu vyvolať a odštartovať celý sled asociácií a z nich prameniacich úvah a záverov, takmer vždy skreslených a nesprávnych, ktoré však veľmi negatívne vplyvajú na liečenie a na ďalšiu spoluprácu s pacientom. Prvé dni je preto obzvlášť dôležitý kontakt lekár-pacient-príbuzní. Lekár by sa mal vyvarovať akýchkoľvek nepodložených falošných prognóz na jednej strane, ale nešetrit povzbudivým slovom a pozornosťou k otázkam pacienta. Vybudovaná dôvera je veľmi krehká a predsa veľmi dôležitá pre ďalší priebeh liečby. Na pacienta sa nesmú prenášať problémy oddelenia, či nebudaj problémy osobného rázu. Pacient musí postupne zažiť ozajstný pocit záujmu o svoju osobu a osobnú angažovanosť ošetrojúceho lekára.

V rámci skúsenosti počas spomínaného ochorenia člena našej rodiny musím žiaľ konštatovať, že som sa nestrelol vždy len s tým, čo by som zaradil medzi správny prístup. Nemôžem s určitou istotou stanoviť presný dôvod daného stavu, aj keď s najväčšou pravdepodobnosťou je dôvod čisto ekonomický, vzhľadom k tomu, že lekári v dnešnej dobe na Slovensku nezastávajú v spoločnosti miesto, ktoré im právom patrí. Napriek niektorým negatívnym skúsenostiam si myslím, že tých dobrých stránok bolo rozhodne viac. Odborná stránka nepredstavuje v podstate problém, problém je hlavne v správnom prístupe lekára k pacientovi, a to nie z nevedomosti, ale hlavne z rozličných iných dôvodov, ktoré by v budúcnosti nemali do zdravotníckej starostlivosti zasahovať.

Ďalším krokom v prístupe lekára k takémuto pacientovi je prístup ortopéda, protetiky a rehabilitačného pracovníka. Ich hlavnou úlohou je pripraviť pacienta po fyzickej a v nezanedbateľnej miere aj po psychickej stránke na návrat do života. Ich práca bezprostredne nadväzuje v tomto prípade na prácu chirurga. Práve sem prichádza pacient s nádejou a očakávaním ďalšieho zlepšovania svojho zdravotného stavu. Nie vždy musí byť pacient ošetrovateľne psychicky dobre naladený, subjektívne však podľa môjho názoru možno v pacientovej psychike nájsť miesto, kde sa aj ten najnegatívnejší pacient dá podchytiť a stimulovať. Často to stojí veľa potu a nervov, ale konečný výsledok dá na všetky problémy zabudnúť. Lekár musí pacienta presvedčiť váhou svojich skúseností a prirodzenou autoritou, že vždy je o čo bojovať. Samozrejme aj tu bez falošných nádejí. Tu sa tiež nedá postupovať skokom - a výsledky, podložené tvrdou prácou, sa dostávajú len veľmi pomaly. Aj malé zlepšenie zdravotného stavu, zlepšenie mobility pacienta a s tým súvisiaca samostatnosť vo vykonávaní základných životných potrieb, teda vecí, ktoré sú nepostihnutým ľuďom až také prirodzené, že si ich ani neuvedomujú, vie pacientovi dodať novú energiu a elán do ďalšej spolupráce.

Samozrejme, nemožno tu vynechať ani posudkového lekára, na pleciach ktorého leží posúdenie a stanovenie alebo prehodnotenie pracovnej schopnosti, čo je hlavne u mladších ľudí veľmi dôležité a často rozhodujúce pre ďalší osud pacienta. Pri posudkovej komisii musí mať pacient pocit odbornosti, dôslednosti, ale hlavne ľudskosti a humánnosti. Aj nepriaznivá správa sa dá vysloviť mnohorakými spôsobmi...

Na záver by som chcel dodať, že ani tá najdetailnejšia teória sa nemusí pozitívne uplatniť v praxi, pokiaľ sa zúčastnení o to osobne nepričinia. 'Ľudský faktor' tu bude hrať vždy tú najdôležitejšiu úlohu. Psychická pohoda pacienta, prístup lekára k pacientovi, sú spolu s odbornou erudíciou neoddeliteľnými súčasťami komplexnej a úspešnej liečby. Telesne, duševne a zmyslovo postihnutí pacienti si zasluhujú zvýšenú pozornosť s ohľadom na ich ľudský rozmer a ich výrazne zvýšenú senzitivitu, a to nielen od ošetrovateľov, ostatného zdravotníckeho personálu, ale aj celej spoločnosti. Úroveň starostlivosti o týchto ľudí je neomylným obrazom jej morálneho vedomia a celkového stavu.

Daniel Chovan  
LF UK Bratislava  
1995/1996

(Redakčne upravil/Edited by J. G..)

## KEDY ZAČÍNA ĽUDSKÝ ŽIVOT A JEHO OCHRANA

### (Seminárna práca z medicínskej etiky)

Život jedinečnej ľudskej bytosti začína, keď sa spojí materská bunka (vajíčko) a otcovská bunka (spermia) a vznikne tak prvá bunka nového jedinca - zygota, čomu hovoríme počatie. V súčas-

nosti však v pluralitnej spoločnosti existujú rôzne názory na to, kedy sa počatý ľudský život stáva práve životom človeka ako jedinečnej a neopakovateľnej bytosti. Ide tu aj o vymedzenie jeho práv - a to často v rozpore s právami tehotnej ženy, ktoré sa zvlášť zdôrazňujú. Ak za začiatok ľudského života považujeme splnutie dvoch pohlavných buniek, potom aj vzniknutá bunka - zygota je jednoznačne ľudská a má v sebe schopnosť samostatného vývoja podľa programu, zakódovaného v génoch chromozómov. Sledovanie embryonálneho vývoja pomocou moderných vyšetrovacích optických metód, molekulárnej biológie a genetiky, elektrónovej mikroskopie a citlivej ultrasonografie potvrdili, že v zygoty je vytvorená biologická totožnosť nového ľudského jedinca. Takto chápaný ľudský život vyžaduje úctu, ktorá prináleží ľudskej osobe, ako jedinému telesnému a duševnému celku. Z toho vyplýva, že už od počatia musí byť uznané právo ľudskej osoby, predovšetkým právo na život a na ochranu celistvosti a zdravého vývoja. Na druhej strane však určité práva má aj tehotná žena. Položme si otázku: Je to skutočne tak, že nemožno zlaďiť právo nenarodeného dieťaťa a právo ženy?

V roku 1957 bolo v Československu legalizované umelé ukončenie tehotenstva. Tento zákon bol vydaný v záujme ochrany zdravia žien a zlepšenia populačného vývoja pri rešpektovaní významného postavenia žien v socialistickej spoločnosti. Realizácia tohto zákona sa viazala na interrupčné komisie. Tieto sa riadili pri svojom rozhodovaní Vyhláškou č. 72, v ktorej boli taxatívne uvedené zdravotné a sociálne indikácie interrupcie. V roku 1986 prišlo u nás k novelizácii interrupčného zákona. Podľa tejto novely sa zrušili interrupčné komisie a ďalej sa liberalizovalo vykonávanie UPT.

Zákon vychádza z filozofie, že žena má právo sama sa rozhodnúť, či si dieťa ponechá alebo nie. Povinnosťou obvodného gynekológa, u ktorého sa žiadateľka o UPT hlási, je bez odkladania žene vyhovieť, vyšetriť ju, zaregistrovať, poučiť o škodlivosti UPT a odoslať na gynekologické oddelenie, ktoré jej vyhovuje. Gynekologické oddelenia majú za úlohu gravidnú ženu čím skôr hospitalizovať a vykonať zákrok, ak nie je preň vážnejšia kontraindikácia. (Nie zriedka sa údajne stáva, že žiadateľka na interrupciu sú prijímané prednostne, na úkor iných gynekologických chorých.) Tento postup viedol k tomu, že počet UPT v bývalej ČSSR enormne vzrástol. V niektorých regiónoch nášho štátu, najmä vo veľkých mestách, počet UPT sa rovná počtu pôrodov, ba niekde ho aj prevyšuje.

Takáto situácia z hľadiska populačnej politiky má vážne následky. Biologická existencia každého národa je podmienená pozitívnou reprodukciou, ktorá kompenzuje úbytok obyvateľstva zapríčinený jeho prirodzenou úmrtnosťou. Nie je zriedkavosťou, že mladé rodiny v súčasnosti neplánujú viac detí ako dve. Aj vďaka úplnej liberalizácii legislatívy sa naša republika zaradila v percentuálnom počte interrupcií na počet obyvateľstva na druhé miesto na svete, hneď za bývalým Sovietskym zväzom. Ak bude takýto trend pokračovať, môže to mať sociálne následky v tom zmysle, že pomer medzi mladými a starými ľuďmi sa bude meniť v neprospech mladých generácií.

Klinické, psychologické i sociologické štúdie ukázali, že ženy u ktorých sa vykonalo UPT, sú postihnuté v 30-35% včasnými alebo neskorými zdravotnými komplikáciami, ako sú: poranenie vnútorných rodidiel, ktoré si niekedy vyžaduje akútnu operáciu, krvácanie, akútne a chronické zápaly panvových orgánov vedúce k menštruačným, endokrinologickým a metabolickým poruchám. Nie zriedka tieto komplikácie vedú k neplodnosti, alebo k neschopnosti udržať ďalšiu graviditu. Okrem toho tieto ženy majú dispozície na psychické a psychosexuálne poruchy so všetkými následkami pre manželské spolužitie. Zvýšená chorobnosť týchto žien má aj ekonomické dôsledky, keďže sú krátkodobo alebo dlhodobo práceneschopné (popri nákladoch na liečbu). Vysoký počet komplikácií po UPT možno čiastočne vysvetliť aj tým, že tieto pacientky nie vždy dodržiavajú pooperačný režim (z rôznych príčin). Dost často sa stáva, že žena po interrupcii nastupuje samovoľne do práce už po 2-3 dňoch, hoci po spontánnom potrate a terapeutickom kyrete je obvyčajne práceneschopná minimálne týždeň. U väčšiny žien, bez ohľadu na to, či sú veriace alebo neveriace, UPT je spojené s počitom viny za usmrtenie plodu.

Základným cieľom zdravotníckeho povolania je starostlivosť o ľudské zdravie a tým aj o ľudský život. Ak uznávame, že ľudský zárodok a tým aj plod má povahu samostatnej ľudskej bytosti už od počatia, etika zdravotníka musí viesť k tomu, aby chránila právo nenarodených detí na život a slobodný vývoj. To je v súlade s princípmi, ktoré vyplývajú z Listiny ľudských práv a slobôd.

Rodičia by nikdy nemali pripustiť myšlienku na usmrtenie svojho nenarodeného dieťaťa z tzv. sociálnych dôvodov, i keď ekonomická situácia rodiny by bola čo najobťažnejšia. Pokiaľ ide o zdravotné dôvody, gravidná sa musí riadiť svojím svedomím, radou svojich blízkych a konziliom lekárov, ktorí sú na adekvátnej odbornej a morálnej úrovni. Títo musia posúdiť, či zdravotný stav gravidnej ženy je taký, že nejestuje iná liečba, len ukončenie gravidity.

Zdravotnícki pracovníci v pluralitnej spoločnosti by mali mať právo odmietnuť spoluprácu pri vykonávaní UPT (tzv. výhrada svedomia) bez toho, že by riskovali stratu zamestnania.

Stanislav Ostatník  
LFUK Bratislava

(Redakčne upravil/Edited by J. G.)

1995/96

## RETROSPEKTÍVA

### RETROSPECTIVE

#### Medzinárodné sympóziu o medicínskej etike/International Symposium on Medical Ethics, Bratislava, 29. - 30. 5. 1992

V máji 1992 uskutočnilo sa v Bratislave v priestoroch Kongresového centra "Istropolis" významné podujatie s medzinárodnou účasťou - Medzinárodné sympóziu o medicínskej etike/International Symposium on Medical Ethics. Organizátorom sympózia, ktoré sa konalo pri príležitosti Svetového Pro-Life kongresu (World Pro-Life Congress, Bratislava, May 28 - 31, 1992), bol Ústav medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK v Bratislave. V tejto rubrike pokračujeme v postupnom uverejňovaní dostupných textov jednotlivých príspevkov podujatia (vid ME&B č. 4 a 5/1995). Veríme, že týmto spôsobom aspoň čiastočne splatíme dlh voči autorom prednášok a aktívnym účastníkom sympózia, ako aj voči našej lekárskej a zdravotníckej verejnosti.

#### ETIKA LEKÁRNÍKA

J. Sýkora, S. Szücsová

Lekárstvo ako povolanie má v Európe viac ako 750 ročnú históriu. Zdravotnícky kódex Novae Constitutiones vydaný Friedrichom II. v roku 1241, formálne i juridicky oddelil od seba povolanie lekára i lekárnik a prisúdil lekárňam povahu zdravotníckeho zariadenia. Najstaršia doteraz známa písomná zmienka o lekárníkovi na území Slovenska je z roku 1310 z Bratislavy a na území Čiech z roku 1275 z Prahy.

V priebehu 750 ročného vývoja lekárenského stavu sa vyvíjala i jeho etika. Od svojho vzniku bolo lekárenstvo regulované zdravotníckymi poriadkami, ktoré predpisovali viac menej podrobne ako sa má lekáreň viesť, aké predpoklady majú lekárnici spĺňať pre výkon svojho povolania, ako pripravovať, odborne uchovávať a kontrolovať liečivá. Dodržiavanie týchto ustanovení bolo od počiatku kontrolované úradným inštitucionalizovaným dozom. Od počiatku pritom stála starostlivosť lekárnika o chorého pred záujmom ekonomickým.

Avšak všetky tieto predpisy a usmerňovania sa museli zdať nedostatočnými, nakoľko okrem týchto legislatívnych opatrení sa ešte dodatočne apelovalo na svedomitost lekárnika. Toto sa uskutočňovalo od začiatku stredoveku až do konca 19. storočia formou tzv. deontológií alebo tiež náukami o povinnostiach, s ktorými sa spravidla stretávame ako so súčasťou liekopisov, kde tvorili predslov alebo dodatok. Autori, zväčša lekári, tým sledovali dvojaký cieľ: na jednej strane mali tieto texty slúžiť lekárnikom ako interná, pre povolanie špecifická etická norma, ktorá súčasne prisúdila hierarchicky odstupňované postavenie lekárnika ako "dextera manus medici", teda pravej ruky lekára, na druhej strane sa zabezpečovala kvalita liečiv, ktorá závisela od čestnosti lekárnika, a ktorá tak nepriamo zaručovala česť a chýr lekára.

Službou pre ľudský život nazval Saladin z Ascoli (okolo roku 1450) základný princíp farmaceutickej deontológie a položil tak etický základ, na ktorom stávali jeho nasledovníci. Vedľa požiadaviek na dodržiavanie zákonných ustanovení (legalita) kladie na lekárnikov i požiadavky na ich charakterovo morálnu kvalifikáciu (moralita). Lekárnik nesmel byť príliš mladý, hrdý, mal byť bez sklonu k hrám a vínu. Túžba po majetku a lakomost mu mali byť cudzie a za lieky nemal požadovať viac ako primeranú cenu. Mal sa chovať spravodlivo a pokorne, predovšetkým voči chudobným. Predpokladalo sa, že spoľahlivý, zrelý a zdravo sebavedomý lekárník asi ťažko podľahne z náruživosti, zo strachu alebo túžby po peniazoch niečomu zakázanému. Saladinom uvádzané varujúce príklady, ako napr. nedovolený výdaj abortív a venén, alebo falšovanie liečiv sa síce bezprostredne nedotýkajú dnešných lekárnikov, avšak ich morálny základ, ktorý spočíva v úcte k životu človeka, platí aj v 90. rokoch 20. storočia.

Na otázku aký má byť lekárník, dal Jacques Dubois, profesor medicíny na univerzite v Paríži, odpoveď v spise, ktorý bol uverejnený v roku 1546 ako doplnok k Dispensatoriu Valeria Cordusa a v ktorom legitimoval požadované čnosti ako základný etický princíp. Charakteristickým prvkom tohto deontologického textu je to, že etickému postulátu povolania je rovnocenná potreba zodpovedajúcich odborných vedomostí. Ku každodenným povinnostiam lekárnika počítal preto Dubois čítanie odborných textov.

Vo všeobecnosti sa požadovalo, aby lekárník dostával stavu zodpovedajúcu odmenu, aby sa pri nákupe orientoval výlučne na kvalitu liečiv a aby sa chránil toho, aby pre získanie osobného prospechu nakupoval lacnejšie a tým aj liečivá horšej kvality.

Už pred 350 rokmi nemý výdaj zrejme neuspokojoval, pretože lekárník mal okrem toho "ľudské milé slovo dať". Je známe, že tento názor slávi svoju renesanciu vo výučbových programoch a seminároch o psychologicky správnej komunikácii s pacientom. Dôležitým predpokladom komunikácie s pacientom v ofici- ne bolo jeho dôverné prijatie. Okrem toho sa vyžadovalo zachovávať mlčanlivosť a nerozširovať nič, čo chcú pacienti udržať v tajnosti.

Súčasne s etablovaním lekárnického stavu pred vyše 750 rokmi vznikol pre lekárnika až do dnešných čias pretrvávajúci konflikt. Na jednej strane ho zaväzuje jeho najušľachtilejšia úloha, slúžiť zdraviu človeka, teda všeobecnému dobru. Toto mu prinieslo privilégia, ku ktorým patrí právo byť jediným, ktorý smie vydávať liečivá. Na druhej strane podlieha aj súkromnému snaženiu po finančnom úspechu. Tento konflikt, zdá sa, pretrváva až dodnes.

Po druhej svetovej vojne sa v krajinách, v ktorých prišlo k zoštátneniu lekární, posunul tento konflikt do novej polohy. V Československu lekárník ako zamestnanec štátu, ktorý lekáreň nemohol vlastniť, sa samozrejme nesnažil o finančný úspech lekárne. Nedostatok vlastnej produkcie liečiv ako aj ich tzv. plánovaný dovoz z nesocialistických krajín obmedzoval dostupnosť liečiv. Lekárnik nemohol naplniť jednu zo svojich základných etických zásad, ktorou je zabezpečiť liekom každého chorého rovnakým spôsobom. To viedlo v konečnom dôsledku k uprednostňovaniu určitých pacientov a niekedy dokonca i ku korupcii v celej spoločnosti i zdravotníctve.

Princíp rajonizácie poskytovania lekárskej starostlivosti, ktorý určoval pacientovi lekáreň, v ktorej si mohol vyzdvihnúť vyčlenené druhy liekov, bol v protiklade s právom každého človeka na slobodný výber lekárne.

Ak porovnáme etický kódex lekárnika súčasnosti s deontológiami minulosti možno konštatovať, že napriek veľkému časovému odstupu sa jeho etická podstata, vo svojej formulácii prispôbená tejto dobe, nelíši od etickej podstaty svojich predchodcov.

Na porovnanie uvediem niekoľko najdôležitejších princípov lekárnického kódexu platného v súčasnosti a uznávaného Medzinárodnou farmaceutickou federáciou. Lekárnik má vykonávať svoje povolanie s vedomím zodpovednosti, v rámci právnych predpisov, v súlade s najnovšími poznatkami vedy, svojím chovaním musí i v súkromnom živote vzbudzovať dôveru v povolanie lekárnika a musí jednať tak, aby nepoškodil odbornú vážnosť svojho povolania. Nesmie uzatvárať také právne vzťahy a nesmie vykonávať také činnosti, ktoré sú v protiklade s jeho povolaním, prípadne sa krížia s jeho záujmami, ktoré ohrozujú jeho nezávislosť, alebo bránia jeho slobodnému rozhodovaniu. Vo vzťahu k pacientovi musí zachovávať korektný a pozorný prístup a rešpektovať dôstojnosť chorého, nesmie pred pacientom posudzovať činnosť lekára a nesmie sa vyjadriť tak, aby sa narušila dôvera v terapiu a je povinný zachovávať mlčanlivosť o všetkých úda-

joch, ktoré sa dozvedel pri výkone povolania. Kódex reguluje aj vzťahy k spolupracovníkom. Farmaceut nesmie spôsobiť kolegom odbornú, morálnu alebo finančnú škodu a má podporovať odborný a existenčný postup hlavne mladých kolegov. Lekárnik ako občan a ako reprezentant svojho povolania sa má zúčastňovať na živote spoločnosti a má byť činným v národných a medzinárodných stavovských a odborných spoločnostiach. Má chrániť vecné pamiatky ako aj duchovné tradície lekárstva.

V Slovenskej republike je približne 500 lekární, v ktorých pracuje do 2000 lekárníkov a 1500 farmaceutických laborantov. V blízkej budúcnosti prebehne proces privatizácie týchto lekární. Obnoví sa tak postavenie lekárnik ako majiteľa lekárne a tým aj prastarý konflikt medzi jeho poslaním slúžiť chorým na jednej strane a úspešne ekonomicky viesť lekáreň na strane druhej.

V súčasnom procese privatizácie lekární je dodržiavanie etického kódexu lekárníka vážnou výzvou. Záleží na nás lekárníkoch, aby sme nášmu povolaniu a stavu nezostali v tomto smere ničो dlžní a konali tak, aby sa budúce generácie farmaceutov a lekárníkov mohli na našu súčasnosť pozerat s takou úctou a vážnosťou, s akou sa my pozeráme na našu 750 ročnú minulosť.

Adresa: PharmDr. J. Sýkora, CSc., Katedra lekárstva IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovakia (t. č. NOÚ - Ústavná lekáreň, Klenová 1, 833 01 Bratislava)

## BIOETHICS AND CHRISTIAN MORAL CONSCIENCE

*George J. Woodall*

The object of this paper is to examine the relationship between Christian moral conscience and bioethics. Those involved in medicine and surgery daily face critical moral decisions about human life, even in its first emergence and at its cescience, all so highly prized in our time, are engaged in giving responses which powerfully affect our society, our culture and our self-understanding.

### 1. Toleration in Pluralist Societies and Moral Relativism

The elimination of diseases like smallpox, the control of previously fatal illnesses like tuberculosis, the life-saving inovatory procedures of transplanting red blood cells from an embryonic boy in France to save his sister from imminent death from acute leukemia, the prospect of destroying cancer cells by genetic therapy, all demonstrate how reason and skill, operating in good conscience, continue to foster freedom and hope for countless numbers of people in our world. Yet, it is regrettably the case that many conscientious people use their reason and skill to justify and to practise abortion, euthanasia, non-therapeutic experimentation on the human embryo, etc. In such a critical as that involving human life, a sincere conscience requires that "objective criteria, drawn from the nature of the human person and his acts" be employed.<sup>1</sup>

The need for such criteria, for the Christian and for others of good will is all the more urgent when an American philosopher of bioethics, H. T. Engelhardt, argues that a pluralist, secular society can only function on the basis of the social virtue of toleration, that is on the basis of the toleration of principles and practices with which we profoundly disagree. He admits that there probably would not be grounds for prohibiting certain sexual activities or the active euthanasia of severely defective newborns.<sup>2</sup> The only absolute obligation is to allow every person to make his or her own choice and to put it into operation. As long as no other person's rights were denied, anything decided would be morally right. Whatever most people agreed upon would be morally right. Of course, this includes deciding upon who is to be considered, and therefore treated as, a person. Sincerity of conscience and reason acting in freedom in this scheme of things entail moral relativism and afford no protection whatever to the unborn, handicapped, and the helpless.

### 2. The Will of God and Personal Responsibility

Christian moral theology, and especially Catholic moral doctrine are often still seen as providing an essentially negative and restrictive response to this problem. They seem to overcome relativism by issuing decrees about how we ought to behave. Many people might summarise the Church's reaction like this:

do not murder, do not take innocent human life directly, do not procure abortions, do not commit euthanasia, do not experiment upon the human embryo, etc. Where might such rules come from? Since current bioethical questions were unknown to the Bible, it cannot provide a direct answer to them, although for the Christian such questions ought always to be examined in the light of the full mystery of Jesus Christ, to which the Scriptures give a particular and irreplaceable witness. However, not only does

Scripture not deal with modern bioethics as such, but most prohibitions of this sort often appear to be the arbitrary decrees of God or of the Pope. They seem to denigrate human reason and conscience by making morality a matter of blind obedience. A radically voluntaristic understanding of moral responsibility would mean that whatever God wanted would be right. Thus, even if he commanded genocide, it would be obligatory, and if he changed his mind by making compulsory today what he had forbidden yesterday, what was morally right would now be wrong and vice versa. This approach would make morality irrational and belief in such a God irresponsible. A view of Magisterial teaching as dictating to and replacing conscience, as opposed to enlightening it, can compound this perception of arbitrariness and reinforce the conviction that morality is a matter of sheer obedience to decrees.<sup>3</sup> On the other hand, a certain theological reaction against this voluntaristic danger so stresses our God-given reason and freedom, that only their full, autonomous exercise, as opposed to following imposed norms, is truly glorifying God. Thus argued the Canadian theologian of sexual morality, A. Guindon, in a recent book. What would this mean? According to him, it means that we have the responsibility to "invent the undedicated truth of our humanity" and to react to the varied circumstances of our world by freely inventing moral values.<sup>4</sup> Such a response to the dangers of a voluntaristic morality effectively removes God from the scene as did the 18th century Deists, precludes objectivity in morals and leaves those who would act in sincerity of conscience with the very same problem of moral relativism already rejected.

### 3. The Moral Content of a Basic Christian Conscience

Although the Bible does not examine the bioethical problems of our age, revelation, which is the fulness of the mystery of Jesus Christ, can furnish us with insights into the values of life and of the person and with criteria indispensable to the Christian moral conscience, with which bioethical issues ought to be confronted.<sup>5</sup>

a) The Christian doctrine of creation recognises that all existing reality, notwithstanding the momentous processes studied and proclaimed by science, owes its life radically to God. To refuse to recognise this truth of our limited condition is to seek to conceal from ourselves a fundamental aspect of reality. We did not decide upon our own coming into this world. The suffering and death which are the common lot of all mankind remind us of this truth of creation. To try to live as if we had unlimited freedom, as if life could or should go on at will, is to seek to live on the basis of self-deception, a futile venture. Such ought not to be a foundation for bioethics.<sup>6</sup>

Created "in the image and likeness of God" (Gen 1: 26-27), the human person stands at the pinnacle of creation, as "the only creature on Earth that God has wanted for its own sake".<sup>7</sup> Created, that is to say, given life out of love, every human person is called to love God in return. No one is, therefore, unloved, all are loved equally, without reservation, eternally - by God.

b) Jesus Christ, the perfect gift of God's Love, loves all of us equally. We all share the same fundamental dignity and the same basic vocation. Fidelity to Christ, therefore, precludes discrimination on any grounds, including those of the stages of life or of ability.<sup>8</sup> Irrespective of whether we are dealing with a human embryo, an infant, an adolescent or an old person, we are still dealing with those created in God's image and likeness and called in Christ to the eternal life. As to our impaired capacities, no one exists who is endowed with unlimited strength or with perfect intellect. We know that Christ went out of his way not only to speak of God's love to the outcasts, but to manifest that love concretely to the sick, the sinners, the mentally disturbed, the handicapped. There was no discrimination against them, but a preferential option in their favour, that they first of all might benefit from his love, which was an effective, healing and life-giving love.

c) In his love for us Christ took on our suffering and death.



In his resurrection from the dead he for ever destroyed their power and opened up for all people the gift of a love which is perfect, and of a life which is full and enduring. His resurrection from the dead is in no sense a restoration to earthly life, after the fashion of his raising of Lazarus or a resuscitation to earthly existence, such as modern medical technology makes possible. He truly died and was truly buried. The resurrection of Jesus Christ was a raising up of his dead human body by a Divine power and a Divine life which transfigured it and rendered it capable of living eternally in God.<sup>9</sup> It was a victory over death, not an escape from it or an evasion of it. By that supreme triumph all human life gains real meaning.

Death is not an annihilation. Even suffering can be lived meaningfully in Christ, in the hope of a liberation into the fullness of life. To die is not futile. To die in Christ is to die surrounded by and sustained by a love which is already and irreversibly victorious. To die in Christ is not to die alone, but it is to be embraced by and to be brought into the most vibrant community of love, that of the Godhead itself. To die in Christ is to participate in his resurrection and become capable of living for ever.<sup>10</sup>

In such a perspective compassion cannot mean the suppression of useless life. That is only possible where death is seen as the absolute end of everything, when the human existence is perceived as ultimately pointless, where life and person have no lasting value or intrinsic worth. From a Christian standpoint, compassion means to suffer with in the sense of to care for those who suffer. Never can it imply their elimination.<sup>11</sup> As the practical expression of love, compassion implies the bestowal of the intensive care of respect, of truth, and of the companionship of love to which every suffering and every dying person is entitled.

d) Bodily life, however, is not an absolute value. It is a "fundamental good", here below it is the condition for all other goods.<sup>12</sup> Christ himself shows us the supreme value of life in God, when he freely gave himself up to death out of love for the Father and out of love for us. "I am the Good Shepherd... and I lay down my life for my sheep... The Father loves me because I lay down my life... No-one takes it from me. I lay it down of my own free will." (Jn 10: 14-17)

We, his disciples, are to do likewise. In response to the request of the sons of Zebedee for special places in Heaven Jesus responded: "Can you drink the cup that I must drink, or be baptised with the baptism which I must be baptised... The cup that I must drink you shall drink, and with the baptism with which I must be baptised you shall be baptised..." (Mk 10: 35-40).

Clearly, earthly life is not an absolute good. It follows that, when that life only be preserved by denying our God, it ought to be sacrificed. It follows that, when our life here draws to an end, we ought to accept the implications of our limited, creaturely status that we cannot go on for ever. We should also give our final response to the call of God to share His love and life in its fullness. We ought not then to cling to this life as if it were our absolute fulfilment.

e) The human person is a creature with a bodily and a spiritual dimension. A Christian understanding of this relationship is that it is not one of an incidental connection between the two, nor is one absorbed by the other. There is a substantial unity of body and spirit or, as Vatican II puts it, man is "corpore et anima unus": one in body and soul.<sup>13</sup>

The body is not a thing the human person has, but it is part of who he or she is; it shares in the subjectivity of the person. Through the body we relate to the outside world; through the body we relate with one another. Our bodies are the exteriority of the persons we are.

Therefore, we can have no rights over our bodies, which would be to treat them as if they were reified possessions; the most we can say is that we have rights in respect of our bodies.<sup>14</sup> Any medical or surgical intervention must, then, respect the person who is the subject of treatment.

#### 4. Application of Christian Conscience to Bioethical Questions

These basic commitments of a Christian moral conscience in no way violate our reason. Indeed, many non-believers share a number of these convictions. For Christians, however, these values are not optional possibilities, they seem to be central to the understanding of the human person and of human existence, which is revealed to us in the mystery of Jesus Christ and which is freely accepted in adhering to Him in faith. These commitments, freely made and sustained, are, then, essential for the

Christian. To reject them would imply the rejection of, or a partial selectivity in regard to, the meaning of the Christ-event. Thus, they are the content of the moral conscience of Christians and they form the basis upon which the bioethical questions of our day are to be faced.

Compatible with these features of a basic Christian conscience are:

- research in laboratories and on animals to discover and eliminate genetically transmitted diseases,

- directly therapeutic experimentation to save a particular person's life, improve his health or prevent major deterioration, when no other means will suffice,

- the use of powerful analgesics for the relief of a great pain, but only in the dosages needed to control such pain; ever if death may be advanced. This is provided no other less drastic means can be found and provided the intention is only the relief of pain.

- when motivated by charity and strictly avoiding the manipulation of persons by unscrupulous traders and/or by incompetent surgeons, the transplantation of organs from living donors who give their free and informed consent, provided their functional integrity is not impaired or seriously endangered.<sup>15</sup> Pius XII's legitimate, personalist concern in limiting the principle of totality to one individual, that no-one can be considered a part at the disposition of the whole (society), alters the abuses of the donor far better than a vague principle of charity and a 'wholistic' view of totality. At the same time, a person, out of charity, may sacrifice an organ, where this impairs only his anatomical integrity.<sup>16</sup>

#### 5. Christian moral Conscience and Personal Human Life

So far, some important, objective criteria for bioethics have been indicated, as implied by a basic Christian conscience. What is to happen, though, when life itself is in doubt or where personal life is in doubt? For Engelhardt human beings are persons, when they are self-conscious, rational and in possession of a minimal moral sense<sup>17</sup>. The moral theological tradition that, if a doubt could not be resolved by gaining accurate information, it was licit to follow a probable opinion (an opinion well-argued by approved theologians<sup>18</sup>) did not apply when life was at stake. This was because the only way someone who was truly concerned to discover and do what was right could take was to exclude the possibility of directly destroying an innocent human life. Prudence, as the moral virtue by which a person pursues what is good consistently and with determination, here requires, that the tutiorist or safer course be followed (tutior: safer).<sup>19</sup> Recent suggestions in the sphere of bioethics by Carol Tauer appear to be unacceptable criteria for Christian conscience. Her view is that a doubt of fact, specifically whether or not the human embryo's life is personal or sub-personal, ought to be resolved by the empirical evidence, and that, when failing this, the moral agent be free to treat it as the non-personal (in dubio libertas)<sup>20</sup>. Yet, risk to human life in its growth ought to be reduced as far as possible and, therefore, it ought not to be deliberately provoked, as it would be with experiments upon the human embryo; the protection of the weak being presupposed as a Christian and human responsibility.<sup>21</sup> The problem is that, according to Tauer's concept if the personality of the human embryo is not proven, then we are free to proceed as if it is not a person. Quite apart from powerful genetic and other scientific indications of the individual, self-propelling, highly programmed development of the human embryo from the conception, the philosophical question of whether or not the conceptus is ensouled and so a fully personal being cannot be empirically verified.<sup>22</sup> Given the immense dignity of the human person, no morally responsible person in good conscience could surely go ahead and engage in destructive experimentation upon a human being whose unique characteristics are already present and proceeding to realisation, and who may already be ensouled. The only prudent and morally upright stance to take is to treat the human embryo from the moment of conception as a person, whose rights as a person should always be respected.<sup>23</sup>

#### 6. Christian Moral Conscience and Compassion

The essentially positive truths and criteria so far outlined for bioethics in the light of a Christian moral conscience are, however, not enough. They do entail the exclusion of abortion, non-therapeutic experimentation upon the embryo, euthanasia, the removal of a vital organ until clinical death has been established

in the donor with a diagnosis, and not merely a prognosis, etc.<sup>24</sup> These truths are inadequate, because truth, both in its theoretical presentation and in its practical implementation, can seem heartless. Christian moral conscience demands, in bioethics as elsewhere, that the immense compassion of Christ for the needy be made manifest to those who are faced with making critical moral decisions and whose predicament is often such that they see only one way out, a path involving the perpetration of an intrinsic moral disorder such as abortion or euthanasia.

Practical ways of helping a pregnant teenage girl to resist pressure from parents, friends and doctors to undergo an abortion are more than mere practicalities, although as such they are very important. Not only does assistance with accommodation, finance, perhaps adoption, as well as medical advice, deal with seemingly insuperable practical difficulties, but they expand the girl's horizon of freedom. By pointing out other practical avenues, what appears to be a situation of severe constraint, what sounds like the distant negative condemnation by the Church of the only way out hitherto thought practicable, are challenged by positive alternatives to what is immoral. This constitutes at the same time positive assistance with the formation of conscience on a major moral issue at a critical point in her development. It assists her to make a decision with which she will have to live for the rest of her life.

At the other end of the scale, it is not enough to denounce the rejection of life in euthanasia on the one hand, and the refusal of death by the misuse of technology in therapeutic stubbornness (*accanimento terapeutico*) on the other. The hospice movement is one example of a practical, positive care of the seriously ill. To provide such persons in hospices, in hospitals, at home with real care, human companionship, especially of family and friends, comfort and understanding, based on truthfulness and trust, is to combat the fear and anxiety, as well as sentiments of uselessness, of being burdensome, etc.<sup>25</sup> In this way the patient continues to be treated as a subject with a compassion which does not 'remove the problem', but which is positive and loving, sincere and practical.

In many cases Christian moral conscience will meet those who, through obduracy or weakness, think and act differently. A sustained effort through the media, education and political activity to present the essentially positive and liberating Christian dimension of these moral questions is necessary. Nevertheless, in order that the consciences of other people be formed, care should be taken to avoid aggression in presentation and in behaviour, since this may well alienate the very people whose support is needed. Those who do serious wrong, those who sin, do so for a variety of reasons, which God alone is able properly to judge. They must still hear and see in the Church what the woman caught in adultery experienced from Jesus (Jn.8: 1-11): not bitterness, recrimination and rejection, but a compassion, which, without denying or concealing truth about wrong-doing, nevertheless receives, heals and transforms by love.

#### References

1 Gaudium et Spes, 51. 2 H. T. Engelhardt: *The Foundations of Bioethics*, (O.U.P., New York, Oxford, 1986), p. 12. 3 G. J. Hughes: *Authority in Morals: An Essay in Christian Ethics*, (Sheed and Ward, London, 1978), pp. 4-6, 10. E. Hamel, "Conferentiae Episcopales et Encyclica Humanae Vitae", *Periodica De Re Morali, Canonica, Liturgica*, 58 (1969), pp. 243-349 et 345-48. 4 A. Guindon: *The Sexual Creators: An Ethical Proposal for Concerned Christians*, (Univ. Press of America, Lanham, New York, London, 1986), pp. 12, 76. 5 For the concept of basic Christian conscience and some elements of its content, see K. Demmer: "Elementi Base di un'Antropologia Cristiana" in: T. Goffi (Ed.): *Problemi e Prospettive di Teologia Morale*, (Queriniana, Brescia, 1976), pp. 31-74. 6 J. Endres: "Joseph Fletcher's Theorie von der Liebe als dem Einzigsten Mastab Sittlich Guten Handelns", *Studia Moralia*, 1987, pp. 137-56 et p. 144. R. Spaemann: *Moralische Grundbegriffe*, (Beck, München, 1986), pp. 104-6. 7 *Gaudium et Spes*, 24. 8 Sacred Congregation for the Doctrine of Faith, *De Abortu Procurato*, 1974, 12. 9 R. H. Fuller: *The Formation of the Resurrection Narratives*, (S.P.C.K., London, 1972), pp. 169-71, C.K. Barrett, 10 F. Bourassa: *L'Onction des Malades*, (Gregorian Press, Rome, 1970), pp. 48-57. 11 P. Riga: "Euthanasia", *The Linacre Quarterly*, 1974, pp. 55-65, J. Galot: "La Révélation de la Souffrance de Dieu", *Esprit et Vie*, 31 (1979), pp. 159-71 et 168-71, ID., *Il Problema della Sofferenza di Dio*, (Cittadella, Assisi, 1975), pp. 174-76, 189-95. 12 Sacred Congregation for the Doctrine of Faith, *De Abortu Procurato*, 1974, 9, *Donum Vitae*, (1987), Intro., 4. 13 Gaudium et Spes, 14. 14 J. F. Malherbe: *Medizinische Ethik* (Echter, Würzburg, 1990), pp. 51-53; M. Rhonheimer: *Natur als Grundlage der Moral: Die Personale Struktur des Naturgesetzes bei Thomas von Aquin: Eine Auseinandersetzung mit Autonomer und Teleologischer Ethik*, (Tyrolia, Innsbruck, Wien, 1987), pp. 99-107. 15 Pius XII: Allocation to the First International Congress of Histopathology of the Nervous System, 13th September, 1952 *Acta Apostolicae Sedis*, 19 (1952), pp. 779-89 et pp. 784-86; Allocation to Italian Eye Specialists, 14th May, 1956, *Acta Apostolicae Sedis*, 23 (1956), pp. 459-67 et pp. 459-61; B. Häring: *Medical Ethics*, (St. Paul's, Slough, revised edition, 1974), pp. 60-64, 137-38. 17 Engelhardt, *op.cit.*, p. 109. 18 J. Mahoney: *Bioethics and Belief: Religion and Medicine in Dialogue*, (Sheed and Ward, London, 1984), p. 79; ID., *The Laking of Moral Theology: A Study of the*

*Roman Catholic Tradition*, (Clarendon, Oxford, 1987), 136. 19 R. Cessario: *The Moral Virtues and Theological Ethics*, (University of Notre Dame Press, Notre Dame, London, 1991), pp. 76-82. AAVV.: "Identita e Statuto dell'Embrione Umano", *Medicina e Morale*, Supplement to no.4, 1989, pp. 3-13. 20 C. Tauer: "The Tradition of Probabilism and the Moral Status of the Early Embryo", *Theological Studies*, 45(1984), pp. 3-33 et 24-29. 21 K. Demmer: *Leben in Menschenhand: Grundlagen des Bioethischen Gesprächs*, (Herder, Freiburg-im-Breisgau, Wien, Universitätsverlag, Freiburg in der Schweiz, 1987), pp. 96-102. 22 Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, *De Abortu Procurato*, (1974), 13 and footnote 19; *Donum Vitae* (1987), I.1. 23 *Ibid.*, 24 D. H. Ingvar: "Severe Brain Lesions related to the Concept of Consciousness: Neuro-Scientific Aspects", and as yet unpublished lecture at the International Congress, *Care for the Dying Person*, Rome, 15-18th March, 1992. 25 P. Vespieren: *Eutanasia: Dall'Accanimento Terapeutico all'Accompagnamento dei Morenti*, (Paoline, Milano, 1985), pp. 130-32, 163-99; M. Pietrine: *Accanto al Morente: Prospettive Etiche e Pastorali*, (Vita e Pensiero, Milano, 1990), pp. 139-53. On the misuse of technology see D. Tettamanzi: *Bioetica: Nuove Sfide per L'Uomo*, (Piemme, Milano, 1987), pp. 236-39.

Present address for correspondence: P. Dr. George Woodall; 2, Mickledon Close, The Meadows, Nottingham, NG2 1LE, England.

## NIEKTORÉ ETICKO-PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY INTERPERSONÁLNYCH VZŤAHOV V ZDRAVOTNÍCTVE

Eva Heftyová

Oblasť interpersonálnych vzťahov v zdravotníctve zaberá v medicínskej etike významnú časť. Je to prirodzené, lebo vzťahy "lekár - pacient", resp. "zdravotník - pacient" už od začiatku histórie medicíny predstavovali jadro uplatnenia etiky v zdravotnickej spoločenskej praxi (Řičan, 1983). Rovnako v súčasnosti, gro aktivít zdravotníctva, aj keď v rôznych podobách, možno nazvať medziľudským interagovaním, kde na jednej strane je chorý človek - pacient obracajúci sa na zdravotníctvo s očakávaním, že mu bude poskytnutá pomoc v jeho zdravotných problémoch, a na strane druhej je lekár, zdravotník, reprezentant zdravotníctva, poskytovateľ zdravotníckych služieb.

Zdravotníctvo, inými slovami, je hustá sieť navzájom sa prelínajúcich rôznych foriem a rovín interpersonálnej komunikácie a vzťahov, smerujúca k odstráneniu zdravotných problémov, chorôb, k znovuzískaniu a posilneniu zdravia ľudí. Cieľ zdravotníctva je a bol vždy humánny, vysoko etický, smerujúci k dobru človeka.

V posledných rokoch sa začalo objavovať čoraz viac otáznikov a rozpačitostí v súvislosti so zdravotníctvom, signalizujúcich, že etická úroveň zdravotníctva nie je úplne uspokojivá. Vo verejnosti sa čoraz hlasnejšie a častejšie začali ozývať hlasy nespokojnosti so zdravotníckymi službami. Človek - pacient sa v hustej sieti zdravotnickej starostlivosti akosi zamotal a stratil. Takmer doslova sa naplnil často proklamovaný slogan "Človek (až) na konci našich snažení". Najprv potichu a neskôr aj otvorene sa začalo zdravotníctvo premenúvať na dehumanizovanú inštitúciu.

Pred tromi rokmi sme v Kabinete klinickej psychológie ILF v Bratislave ukončili výskumnú úlohu "O niektorých eticko-psychologických aspektoch práce lekára". V rámci úlohy sme zozbierali názory od troch skupín zdravotníckych pracovníkov (lekárov, psychológov, SZP) na niektoré vybrané eticko-psychologické otázky zdravotníctva. Výsledky vyústili do eticko-psychologických charakteristík zdravotníctva, ktoré sa dali vyjadriť triádou "zlé medziľudské vzťahy - protekcia - úplatkárstvo", pričom najmä oblasť medziľudských vzťahov sa javila ako najproblematickejšia. Negatívnym znamenkom boli označené vzťahy kolegiálne, t.j. medzi vedúcim lekárom a sekundárnym lekárom, medzi lekárom a psychológom, medzi lekárom a SZP, kde provokácnym momentom vzniku problémov sa zdali byť generačné nezhody, nevyjasnené kompetencie, nízka odbornosť a slabý zmysel pre zodpovednosť, ale aj osobnostné kvality, resp. nedostatky zúčastnených jednotlivcov. V tejto súvislosti najviac sťažnosti bolo vyslovených na zvýšený direktívno-autoritatívny postoj vedúceho k podriadeným až po formu "diktátorstva", nedostatočný až nulový záujem o podriadených, podceňujúci alebo nedoceňujúci postoj lekárov k iným profesiám, k psychológom i k SZP, a niekedy až vulgárne správanie.

Vzťahy lekárov k pacientom tvorili druhú časť "zlých medziľudských vzťahov v zdravotníctve". Na prvé miesto v negatívnom význame bol postavený necitlivý, netaktný, direktívny a podceňujúci postoj k pacientovi a tiež aj vyhýbavý, povrchný, odmeraný prístup signalizujúci nezáujem o pacientov a ich problémy mimo konkrétnej diagnózy, ďalej porušovanie mlčanlivosti, trstenie nedisciplinovaného pacienta, neujasnenosti okolo informovanosti pacienta o jeho chorobe, a pod..

Neboli to nové zistenia, išlo iba o potvrdenie pre pacientov známych faktorov, tentoraz ale z úst samotných zdravotníkov. Je našou prirodzenou snahou, že ak zistíme, že je niečo zlé, nevyhovujúce, hľadáme nápravu, zlepšenie.

V spomínanom výskume sme preto našich respondentov požiadali o návrhy - ako nepriaznivú situáciu riešiť. Po kvalitatívnej a kvantitatívnej analýze sme návrhy rozdelili do 2 skupín. Početnejšiu skupinu tvorili tzv. "návrhy celospoločenského rázu" - kde sa požadovali vyššie finančné dotácie do zdravotníctva, zmeny mzdovej politiky, zavedenie voľby lekára, a pod.. Prevažná väčšina, najmä lekárov, očakávala zlepšenie etickej úroveň zdravotníctva hlavne prostredníctvom zvýšenia materiálneho zabezpečenia, v zmysle výroku jedného z respondentov: "Kde niet materiálneho nedostatku, niet ani dôvodu k neetickejmu správaniu".

Dnes už vieme, že dehumanizačný proces zdravotníctva neobišiel ani hospodársky vyspelé krajiny, ba naopak, v týchto krajinách sa práve vysoká vedecko-technická vybavenosť zdravotníctva pokladá za jednu z najvýznamnejších príčin dehumanizácie, lebo vyspelá technika oddialila pacien-

ta od lekára a urobila zo subjektu zdravotníckej starostlivosti objekt na aplikáciu vedeckých poznatkov.

Kde teda hľadať príčinu nízkej etickej úrovne vzťahov v zdravotníctve a ako postupovať v smere jej zlepšenia? Opäť sa vrátim k nášmu výskumu. Druhú skupinu návrhov sme nazvali "návrhy na opatrenia v rámci rezortu a pracovísk zdravotníctva" - kde sa zdôrazňovala väčšia kontrola činnosti vedúcich pracovníkov, zdôrazňovala sa výchova a štúdium zdravotníkov, ale aj výchova obyvateľstva a objavili sa aj požiadavky na intenzívnejšie vnášanie psychologických poznatkov do výchovy a vzdelávania zdravotníkov, ale aj pacientov, aby viac poznali človeka z hľadiska jeho psychologických dimenzií, lebo ako viacerí lekári sami uviedli, psychológia je a priori zameraná viac na človeka, jeho prežívanie, jeho osobnosť. Lepším poznaním človeka, nielen jeho choroby, jeho diagnózy, jeho chorého tela, ale poznaním toho, ako svoje ochorenie prežíva, ako sa s chorobou vyrovnáva, ako je schopný s lekárom spolupracovať pri svojom lečení, vytvára predpoklady pre zlepšenie vzájomného vzťahu lekár - pacient, a tým zakladá aj možnosť pozitívneho ovplyvnenia etickej úrovne zdravotníctva.

Tieto úvahy idú v súlade s celosvetovým vývojom medicínskej etiky, či bioetiky, ktorá prešla niekoľkými fázami vývoja od deontológie cez utilitarizmus až do súčasného obdobia, kde je pozornosť zameraná na uplatňovanie ľudských práv v zdravotníctve, a to najmä zdôrazňovaním práv pacientov, ktoré neboli v tradičnom biologicko-medicínskom modeli s prevládajúcim paternalistickým prístupom k pacientovi vždy náležite rešpektované.

Deontológia ako náuka o plnení povinností a o princípoch, ktoré sa majú zachovávať popri rešpektovaní úcty a blaha pacienta, ani utilitarizmus, ktorý predpokladá, že základom individuálnej a spoločenskej morálky je osobný prospech alebo spoločenský úžitok, nepriniesli očakávané uspokojenie v celej šírke etických problémov zdravotníctva. Deklarovanie pravidiel a povinností síce ochraňuje pacienta pred poškodením a tiež aj zdravotníkov - lekárovi vytyčujú do určitej miery hranice jeho pôsobenia, ale nezábezpečuje a nezaručuje priaznivé vzťahy lekár - pacient.

Etickosť a morálnosť je totiž viac než pravidlá a jasné princípy. Naša etickosť, naša morálnosť je determinovaná a sytená našimi osobnými dispozíciami, našimi potrebami a túžbami, našimi hodnotami, citmi a skúsenosťami. To znamená, ak chceme pochopiť morálne dimenzie vzťahov a následne sa pokúsiť ich zmeniť k lepšiemu, musíme sa viac zamerať na človeka, na pochopenie individua, na poznanie jeho všetkých ľudských dimenzií, na poznanie jeho mechanizmov správania, reagovania, komunikácie, nadväzovania vzťahov tak, aby sme vo svojom vedomí dokázali obnoviť úctu k človeku, k jeho životu a tým sa aj sami stali morálnejšími a etickejšími.

Vstup koncepcie ľudských práv do bioetiky, resp. medicínskej etiky, otvára cestu takémuto prístupu. V súčasnosti máme možnosť sledovať aktivizovanie sa pacientov rôznych diagnostických skupín v smere formulovania listín svojich práv a ich deklarovania. Známe sú napríklad listiny práv pacientov chorých na rakovinu, listina práv tehotných žien, a pod. Pri ich tvorbe vychádzajú všetci z premisy, že: "Pacient je predovšetkým človek a až potom (ak sa to vôbec dá takto povedať) diagnóza". Pacienti takouto formou chcú vzbudiť záujem zdravotníckych pracovníkov, zaujať ich pozornosť a iniciovať diskusiu k týmto problémom. Nepriaznivá a neuspokojivá situácia práve v oblasti medziľudských vzťahov v zdravotníctve v celosvetovom ponímaní ich viedla k oprávnenému dožadovaniu sa zlepšenia vzťahu a prístupov k nim, zachovávanía rešpektu, úcty a dôstojnosti bez ohľadu na ich zdravotný stav, ekonomické a spoločenské postavenie.

Myslím si, že táto situácia je priaznivá pre aktivizovanie sa aj klinických psychológov. Ved' práve psychológovia svojou profesionálnou zameranosťou na človeka, jeho psychický a duchovný rozmer, by sa mali postaviť na stranu pacienta ako človeka, chrániť a presadzovať jeho ľudské práva, ale zároveň byť nápomocní aj zdravotníkov ako človekovi - pomáhať mu meniť jeho postoje k pacientovi, učiť ho novému spôsobu komunikácie s pacientom tak, aby to prinášalo úžitok a uspokojenie obidvom zúčastneným, pomáhať mu poznávať seba a tým aj pacienta, pomáhať mu zbaviť sa strachu z kontaktu s ťažko chorým, znižovať vzájomné napätia a konflikty. Takto psychológia, podľa môjho názoru, môže priamo a konkrétne napomáhať zvyšovaniu morálnej kvality zdravotníckej starostlivosti.

Adresa: PhDr. E. Heftýová, CSc., Kabinet klinickej psychológie IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava.

**Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics** je časopisom Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave, spoločného pracoviska Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Bratislave. Je určený pracovníkom etických komisií v Slovenskej republike, ako aj najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti. Má tiež za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prináša správy o činnosti ústavu, informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, reprinty legislatívnych materiálov a smerníc pre oblasť bioetiky, listy redakcii a recenzie. Príspevky a materiály uverejňuje v slovenskom alebo anglickom jazyku. Vybrané materiály vychádzajú dvojazyčne. Vedecké práce publikované v časopise musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám (pozri Pokyny prispievateľom - ME&B 2/94, s. 10).

Vedúci redaktor/Editor: J.Glasa ■ Redakčná rada/Editorial board: M.Babál, J.Klepanec, M.Košč, J.Labus, J.Matulník, M.Mikolášik, L.Šoltés (predseda/chairman), J. Palaščák, R.Pullmann, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A.Bajan, I.Đuriš, A.Kapellerová, E.Kolibáš, Š.Krajčík, V.Krčméry ml., R.Korec, M.Kriška, J.Longauer, M.Makai, E.Mathéová, T.R.Niederland, P.Mráz, M.Pavlovič, J.Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch.Byk (Paris), D.Callahan (Briarcliff Manor, N.Y.), T.Hope(Oxford), G.Hottois (Bruxelles), L.Gormally (London), H. Klaus (Washington), E.Morgan (London), M.Munzarová (Brno), R.H.Nicholson (London), J.Payne (Prague), A.Slabý (Prague), A.Spagnolo (Rome), T.Šimek (Prague), E.Topinková (Prague) ■ Adresa redakcie/Address: Ústav medicínskej etiky a bioetiky/Institute of Medical Ethics and Bioethics Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (07) 374560/kl.303 Fax: (07) 373739 ■ Podávanie novinových zásielok povolené Riaditeľstvom pošt v Bratislave, č. j. 1690-P zo dňa 15. 4. 1994 ■ Registrované MK SR číslo 964/94. ■ Published by Charis Publishing House, Ipeľská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics & Bioethics, Bratislava. ISSN 1335-0560

## Plánované podujatia/Forthcoming Events

### SLOVENSKO/SLOVAKIA

■ **PRVÝ BRATISLAVSKÝ DEŇ OŠETROVATELSKEJ ETIKY, 16. apríla 1996, Bratislava. Organizátori:** SZŠ MUDr. I. Hálka, Staromestská 6, 81478 Bratislava, Ústav medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK v Bratislave a Fakulta ošetrovateľstva a sociálnej práce Trnavskej univerzity. **Miesto konania:** SZŠ MUDr. I. Hálka, Staromestská 6, 81478 Bratislava.

■ **PANELOVÁ DISKUSIA: TERMINÁLNA STAROSTLIVOSŤ - ETICKÉ ASPEKTY**, Bratislava, Vedecká schôdza SSL, dňa: 29. 4. 1996, Malá poslucháreň NTÚ LFUK, Sasinkova 4. Vedúci panelu: Prof. MUDr. L. Šoltés, DrSc., Členovia panelu: M. Babál, J. Ďačok, A. Foltinová, E. Heftýová, Š. Korec, Š. Krajčík, M. Májek, I. Matéffyová, F. Šimko, I. Žucha, Organizátor: Ústav medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave.

■ **MEDZINÁRODNÝ KURZ BIOETIKY A MEDZINÁRODNÁ KONFERENCIA BIOETIKY/INTERNATIONAL COURSE IN BIOETHICS AND INTERNATIONAL BIOETHICS CONFERENCE "HEALTH CARE UNDER STRESS - MAINTAINING INTEGRITY IN TIME OF SCARCITY"**, Bratislava, August 26 - 29, 29 - 31, 1996 \* **Hlavný organizátor/Coordinating Organizer:** Institute of Medical Ethics and Bioethics of Postgraduate Medical School and Medical Faculty of Comenius University (Bratislava)\* **Zúčastnené organizácie/Participating Organisations:** Centre for Bioethics and Public Policy (London, UK), Centre for Bioethics and Human Dignity (Bannockburn, IL, USA), Prof. Dr. G. A. Lindeboom Instituut (Ede, Holland), Linacre Centre for Health Care Ethics (London, UK), Centro di Bioetica (Rome, Italy), Fondazio Lanza (Padova, Italy), School of Public Health (Bratislava), Information and Documentation Centre on the Council of Europe (Bratislava) \* **Miesto konania/Venue:** IVZ/Postgraduate Medical School, Limbová 12, 83303 Bratislava - Kramáre, Slovakia \* **Vedecký program/Scientific Programme:** invited lectures, free communications (oral & posters), workshops, discussion panels \* **Hlavné témy/Main Topics:** ♦ resource allocation and rationing, macro- and micro-allocation challenges ♦ the image of man in medicine, socio-cultural context of contemporary medicine ♦ moral integrity in medical practice ♦ ethical issues in general practice, care of prenatal diagnostics, assisted human reproduction, and others ♦ **Sekretariát/Secretariat:** Institute of Medical Ethics and Bioethics, Dr. J. Klepanec, Dr. J. Glasa, L. Cehuľová, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovak Republic, Tel: 0042-7-374560, or 374820/ext.246, or 222, Fax: 0042-7-373739.

**Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics** is the official journal of the Institute of Medical Ethics & Bioethics (Bratislava). The Institute is a joint facility of the Medical Faculty of the Comenius University and the Postgraduate Medical Institute in Bratislava (Slovak Republic). It aims to serve the informational and educational needs of the members of ethics committees in the Slovak Republic, and the broadest medical and health audience as well. It aims also to enhance the international exchange of information in the field of medical ethics and bioethics. The information published comprises the news from the Institute, original papers, review articles, reprints of national and international regulatory materials, letters, reviews. Contributions and materials are published in Slovak or English. Chosen materials are published in both languages. Scientific papers published in ME&B must respect the usual international standards (see Instructions for authors - ME&B 2/94, p. 10)

Reklama

Advertisement