

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
ÚSTAVU
MEDICÍNSKEJ ETIKY
A BIOETIKY

JOURNAL
OF THE INSTITUTE
OF MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Júl - December 1997 Vol. 4 No. 3 - 4

OBSAH / CONTENTS

■ Pôvodné práce/Original Articles	1
- Discriminating Against Children with Handicapping Conditions (3). /Diskriminácia handicapovaných detí (3) S. M. Pueschel	1
- Ethics Committees in the Slovak Republic (1990 - 1997). /Etické komisie v Slovenskej republike (1990 - 1997). J. Glasa	4
- Základné princípy etiky v geriatrickej starostlivosti. /Basic Ethical Principles in the Geriatric Care. J. Ďáčok	7
- Niektoré etické problémy psychologickéj diagnostiky a psychoterapie v detskom veku. / Some Ethical Problems of Psychodiagnostics and Psychotherapy in Children. M. Glasová, J. Stempelová.....	8
■ Prehľady/Reviews	10
- Informovaný súhlas. / Informed Consent. J. Klepanec, M. Mojzešová.....	10
■ Listy redakcii/Letters	14
- Etická problematika rodinnej terapie. /Ethical Problems of Family Therapy. M. Glasová	14
■ Dokumenty/Documents	15
- Opinion of The CDBI on Human Cloning. /Stanovisko CDBI ku klonovaniu človeka. <i>Steering Committee on Bioethics (CDBI)</i> <i>of the Council of Europe</i>	15
- Reflections on Cloning. /Úvahy o klonovaní. <i>Pontificia Academia pro Vita</i>	16
■ Materiály z kurzov/Course Materials	18
International Course & Conference on Bioethics "Health Care under Stress", Bratislava, IMEB, August 26 - 31, 1996	
- Etická dimenzia domácej ošetrovateľskej starostlivosti. /Ethical Dimension of Home Nursing Care. S. Kyčinová-Brodňanová	18
■ Recenzie/Book Reviews	20
- Bioethics: A History (R. Dell'Oro & C. Viafora - eds.). J. Glasa	20
- Biologie im Horizont der Philosophie (R. Rössler - ed.). J. Glasa	20
■ Pokyny pre autorov/Instructions for Authors	22
■ Súhrnný obsah IV. ročníka/Cummulative Contens of Volume IV. (1997)	23

PÔVODNÉ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLES

DISCRIMINATING AGAINST CHILDREN WITH HANDICAPPING CONDITIONS (3)*

Siegfried M. Pueschel

*Child Development Center, Department of Pediatrics, Rhode Island Hospital,
Brown University School of Medicine, Providence, Rhode Island, USA*

Involvement in decision making

The question often arises, who should determine and who should decide whether a child with a significant developmental disability should be treated and what should the therapeutic approach encompass.

The Physician's Role

Most often, only the attending or consulting well-trained physician can make a reasonable, sometimes only tentative diagnosis, taking into consideration the variability within each of the handicapping categories. The physician often may need to utilize biochemical tests, order chromosomal analyses, and/or pursue genetic investigations in order to drive at a definite diagnosis of a specific handicapping condition in an infant. Even newborns with Down syndrome who usually can be clinically diagnosed, may occasionally only present with a few signs and symptoms making the diagnosis less obvious [29].

In the attempt to provide appropriate treatment to infants with handicapping conditions, physicians are often caught between the competing interest of the child, the parents, and their own professional and legal responsibilities. Foremost, physicians must provide parents with unbiased and truthful

*Continued from ME&B, Vol. 4, No. 2.

Reklama

Advertisement

information about an infant's condition. In addition, physicians have the responsibility of acting in the child's best interest once they assume the duty of caring for the infant [30].

In counseling parents, it is difficult to avoid that the physician's own value preferences affect or even determine the parents' responses. Even if physicians avoid expressing their opinion, the manner and the tone in which facts are presented often influence the parents who are looking for guidance and help. This may result in the decision by the physician rather than the parents [31].

The State's Involvement

The state has conflicting interests in the treatment of infants who have handicaps. The doctrine of *parens patriae* in conjunction with the Child Abuse and Neglect Statutes form the basis of judicial involvement in nontreatment decisions. The state also has an interest in maintaining parental autonomy and family privacy, defending the physician's right to use his/her judgment in administering medical treatment, preserving the sanctity of life, and enforcing various laws against manslaughter and others [32].

The parents' interests

Naturally, the parents of the handicapped infant have a genuine interest in treatment decisions. However, during this time period of emotional turmoil, parents may have difficulties making rational decisions because of the prevailing cognitive dysfunction present in stressful situations [31]. Usually during the initial time period, after they have been told that their child has a significant developmental disability, parents are overwhelmed by fear, guilt, shock, and despair. Then, it is not only unfair to ask parents whether they want their child to live or to die, it is also dishonest because in the vast majority of cases, the parents are consciously or unconsciously influenced by their physician's opinion and judgment. Parents are more able to come to a decision if they are given access to a range of resources beyond the expertise and bounds of a single physician and are afforded sufficient time to search for alternatives. Some professionals argue that parents should not be given complete decision making authority, because they are so overwhelmed by the emotional trauma.

Although legally, parents have the constitutional right to privacy without state interference, they also must contend with possible criminal liability for withholding treatment if they decide to do so or they may be liable for failing to provide support, or endangering the life of the infant if appropriate medical care is not carried out [32].

Whereas parents are best qualified to make emotional decisions and physicians are usually in the best position to make medical decisions with regard to treatment, neither physicians nor parents necessarily have a special claim to ethical expertise. Therefore, to insure proper ethical judgment by precluding government intervention into an area in which it cannot claim proficiency, it would be advisable to establish an ethical review board that may be involved in the decision making process.

The Infant's Rights

Among the various competing rights and interests of the involved parties, what are the rights of the infant with a significant handicapping condition? Legally, infants are entitled to all rights which are accorded to other human beings from the moment of birth. Infants also have a right to personal privacy and bodily integrity. Since infants cannot express their interests such as interests in receiving medical care or to prolong their lives, usually adults must decide for them. Often, the courts are asked for assistance and they will attempt to evaluate treatment decisions according to the best interest of the child's standards.

James J. Walters discussed four identifiable issues [33]:

Value of Life

The Judeo-Christian heritage teaches us that every human being is created in the divine image. Consequently, there is a high valuation of the individual life. In the United States, the high-valuation-of-life position is part of the larger culture. This is also emphasized in the statement made by the American Academy of Pediatrics and the National Association of the Disabled which says "Discrimination of any type against any individual with a disability regardless of the nature or severity of the disability, is morally and legally indefensible." To possess a minimal degree of life is superior to no human life. According to this position, there is no nondiscriminatory basis on which a majority view of human life can deny existence to others. All disabled human beings have a rightful claim to human existence [33].

Parental Authority

In addition to value-of-life issues, parents should play a pivotal role in the decision making process because an infant cannot decide regarding his/her own treatment or nontreatment. The history of parent-child relationship and the continuing practice in our culture of parental responsibility for their offspring are strong arguments for parental decision making involvement. Although children do possess an important separate existence, parents invariably make decisions for their children that significantly determine their children's life. The President's Commission for Bioethics states that there is a presumption that parents are the appropriate decision makers for the infants in regard to medical treatment. Although this parental autonomy is strong but it is not unlimited; for example, parents do not have the right to refuse routine life saving surgery for their infant with Down syndrome [33].

Best Interest

The best interest of the infant has always been favored as the main criteria for decision making. Thus, treatment decision should be based on a reasonable assessment of the burdens and benefits that will accompany the child's life. The best interest position is both substantive and a common sense position. It assumes the high value of the life of the infant and basic human qualities as given. There are situations, however, when the best interest of the infant is difficult to assess both medically and conceptually. In addition, the best interest criteria does not specify any uniquely human qualifications for assessing a moral claim to life. This best interest concept also lacks definite criteria for decision making; it may be helpful but is incomplete [33].

Personhood

The personhood approach to life encompasses a coherent philosophy claiming that possession of specific capabilities constitutes personhood. The central contention is that all newborns whose lives approximate personhood should receive at least ordinary treatment [33]. In Walters' view, the newborn's potential to develop into an individual with the capacity for personhood is important for treatment decisions. According to this view, infants who have a reasonable potential for at least minimal personal life should receive appropriate therapy if their projected life would be a net benefit to themselves [33]. Thus, if a newborn is expected to attain such minimal capacity for personal life, including the capacity for awareness of oneself as a rational being, then reasonable treatment is morally mandatory. Many children who are mildly or moderately mentally retarded are self-aware and able to enter in significant personal relationships including those with Down syndrome and spina bifida. The latter approach, however, has inherent dangers, in particular if Fletcher's viewpoint of personhood is taken into consideration [8].

Non-discrimination principle

Discrimination against any individual with a disability regardless of the nature or severity of the disability is morally and legally indefensible. A person with mental retardation or other developmental disabilities has the same inherent rights as other human beings with those rights being protected to the maximum degree [34]. The person has the right to professional services for assessment, diagnosis, medical treatment, advocacy, training, habitation, and education [34].

The withdrawing of medical treatment from infants because they are handicapped is an important civil rights issue. Moreover, the discriminating withholding of treatment on the basis of the best interest of society and the family ignores the accumulating knowledge about child development and the nature and meaning of human relationships [35].

The assertion that a child with a handicap imposes a burden on the infant's family ignores the capacity of family members to grow and love. In general, society's passion for life must be judged as compassion for the living. Children with handicapping conditions can have a significant humanizing influence on society [31].

Whereas in previous times, blatant discrimination towards handicapped people was prevalent, today there has been a profound surge of the dignity and human rights of people with disabilities [33]. Today we can appreciate a child's own individual beauty whatever it is, no matter how seriously handicapped the child may be. If one believes that human life is infinite in value, then one must believe that the sanctity of life is bound to be unaffected by either mental or physical defects.

Conclusion

As mentioned above, many ancient cultures practiced infanticide and even up to recent times handicapped infants were discriminated against and often died. However, during the past decade we have witnessed significant changes because of Baby Doe and its aftermath. There has been a search for a just solution to appropriate treatment of handicapped newborns involving professionals, government, special interest groups, and society by and large. Hence, we are now approaching a new era, where handicapped children's lives are valued and where they are appreciated as human beings with equal rights.

References

- [8] Fletcher, J.: Ethics and euthanasia. *American Journal of Nursing*. 73, 1973, p. 670-675.
- [29] Pueschel, S.M.: Phenotypic characteristics. In Pueschel, S.M., Pueschel, J.K. (Eds.) *Biomedical Concerns in Persons with Down Syndrome*. Baltimore, Brookes Publishing Co., 1992, p. 1-2.
- [30] Robertson, J.A.: Legal aspects of withholding treatment from handicapped newborns: Substantive issues. *Health and Society*. 63, 1986, p. 18-51.
- [31] Pueschel, S.M.: Ethical considerations in the life of a child with Down syndrome. *Issues in Law and Medicine*. 5, 1989, p. 87-99.
- [32] Cuenin, F.: Life-prolonging treatment decisions for defective newborns: Who should make the choice? *Suffolk University Law Review*. 28, 1984, p. 675-700.
- [33] Walters, J.J.: Approaches to ethical decision-making in the neonatal intensive care unit. *American Journal of Diseases of Children*. 142, 1988, p. 825-830.
- [34] Rhoden, N.K., Arras, J.D.: Withholding treatment from Baby Doe: From discrimination to child abuse. *Health and Society*. 63, 1985, p. 18-36.
- [35] U.S. Commission on Civil Rights. *Medical discrimination against children with disabilities*. 1989, p. 21-22.

(Other references included in previous two parts of the paper, see *ME&B*, 1996, Vol. 3, No. 4, p. 1-4; 1997, Vol. 4, No. 2, p. 1-4.)

Address/Adresa: Prof. S. M. Pueschel MD, PhD, JD, MPH, Child Development Center, Department of Pediatrics, Rhode Island Hospital Brown University School of Medicine, 593 Eddy Street, Providence, Rhode Island (RI), 02903 USA.

Received: February 2, 1996, accepted: December 1996.

RESEARCH ETHICS COMMITTEES IN SLOVAKIA 1990 - 1997

J. Glasa^{1,2}, J. Klepanec², L. Šoltés², T. R. Niederland¹

¹Department of Clinical Pharmacology, Postgraduate Medical School, ²Institute of Medical Ethics and Bioethics, Bratislava, Slovak Republic

Abstract

Research ethics committees were established in research institutions and major university hospitals in Slovakia (SR) since the year 1990 within the reform of a more centralized system of the scientific and ethical review, that existed and was backed by specific regulations for decades before. This process reflected the reform of health care and biomedical research system, as well as the integration efforts of SR towards the various European political, economical, cultural, and biomedical research structures. Recommendations and regulations of European Union (EU) and Council of Europe (CE) served as models for developing national guidelines and regulations. This process was strongly enhanced by publishing of the MH SR guidelines for the establishment and work of ethics committees (June 1992). In parallel, the requirements and principles of Good Clinical Practice were broadly implemented in practice of clinical research.

Key words: biomedical research, ethics committees, Slovak Republic guidelines and legislation.

Introduction

Research Ethics Committees were established in the Research Institutions and Major Teaching Hospitals in Slovakia (SR) since the year 1990 [3, 6, 11, 13], within the reform or a more centralized system of the scientific and ethical review of clinical and non-clinical research, that had existed and was backed by specific state regulations for decades before.

This process reflected the overall reform tendencies of the health care and biomedical and clinical research systems [13], as well as the integration efforts of SR in respect to various European political, economical, cultural, and bio-medical research structures. Therefore various documents of the European Commission (EC), or the recommendations of the Council of Europe (CE), or the World Health Organization (WHO), or even those of the United States' (US) Food and Drug Administration (FDA) or the US President's Commission (US), served as models for developing national guidelines and regulations.

The practical implementation of the principles and requirements of the Good Clinical and Laboratory Practices within the review process and conduct of clinical trials, however, went a good deal ahead before an adoption of relevant national legislation [1, 2]. Clinical pharmacologists and the workers in medical ethics (bioethics) in SR played a leading role in these efforts.

At the same time, the development of bioethics - including the ethics of bio-medical research - took place in SR [6, 13] within the interdisciplinary academic space between the medicine, biology and other life sciences; and the philosophy, theology and other humanities.

It embodied in its protagonists different traditions of the medical ethical thought inherited from the past. From the very beginning it has been enriched by the intellectual input of the western traditional and modern (even s.c. post-modern) philosophical thought, mutual exchange, growing collaboration, and, with some delay, followed by gradual developments in the field of systemic legal harmonization (EU).

Soon on, the original input of the research and study efforts in the field, as well as the work of national research institutions and various professional and scientific organizations became visible.

Legal prerequisites

Figure 1 [11] shows the most important legal developments since the last centralistic regulation approved by the Ministry of Health SSR (S - Socialist) in the year 1985. It must be said, however, that so far no specific legal backing for the establishment and work of research ethics committees exist in Slovakia: the 1992 year's Guidelines [14] issued by the Ministry of Health, bear only a weak legal status of a ministerial recommendation.

The 1994 year's new health law devotes several important paragraphs to the problems of medical and biomedical research. The research ethics committees, however, are not yet specifically mentioned in the law.

The full legal backing of the research ethics committees should be provided by the new Law of Drugs within its provisions devoted to the Good Clinical, Laboratory and Manufacturing Practices. The law should be approved by the Slovak Parliament in the year 1998.

Establishment of ethics committees

Despite the yet unsatisfactory legal situation the establishment and work of research ethics committees have developed quite successfully. This was due not only to the interest and enthusiasm of the bioethicists, clinical pharmacologists and other clinical scientists, but also to the requirements of the pharmaceutical industry, both national and international, including newer possibilities of participation and collaboration in the international drug research [1, 2, 4, 12].

At the beginning of the story [6] the idea of ethics committees was strongly supported by the Ministry of Health SR: ethical review was deemed necessary for an optimization and supervision of the ongoing health care reform processes. Therefore the **Central Ethics Committee (CEC)** was founded at the Ministry of Health SR in Autumn 1990. At the same time, in the reform atmosphere that followed the so-called Velvet Revolution of November 1989, several **informal working groups** on medical ethical issues were formed at the Faculties of Medicine, as well as in the Teaching Hospitals, research institutes, and also within several scientific member societies of the Slovak Medical Association, and within the Slovak Medical Chamber. Those groups were later on, at many instances, transformed into the hospital, institutional, or mixed-type **ethics committees**. The "know-how" support for these ethics review bodies was provided mostly by the CEC by means of consultations, informal recommendations and professional guidance. No reporting or hierarchical relationships were introduced.

Finally, in June 1992, the *Guidelines on Establishment and Work of Ethics Committees in Health Care Facilities and Biomedical Research Institutions* were elaborated by the CEC and published as the recommendation of the Ministry of Health. The Guidelines asked and gave a specific guidance for the establishment and work of the **local ethics committees**, both of an hospital, institutional or a mixed type.

Before going to a more detailed description of the work and problems of local research ethics committees, let us say a few words about the CEC of the Slovak Ministry of Health.

Central Ethics Committee

As indicated before, the CEC played an important role in the promotion, supervision and professional guidance of the local ethics committees in the country. In the very beginning it also provided the ethics review service for the major biomedical and health research projects funded by the state agency for research and development (s.c. "Grant Commission"). The committee, however, served in the first place as the consulting body on the medical ethical or bioethical issues for the Ministry of Health, and for other top state institutions or agencies. Its main task was an ethical review of the new legislative proposals with some impact on health sector.

The **membership** of the CEC was interdisciplinary; a specific attention has been paid to have as a fair representation as possible on the committee of the people of different professional, religious and philosophical (ethical) background. The committee worked mostly through the regular meetings. The **agenda** for the CEC was set by the concrete requirements of the Ministry of Health, other state institutions and/or agencies, and also by the activity and initiatives of CEC itself.

The negative **power** of the committee, i.e. the possibility to reject or stop the research that had not met the scientific and/or ethical standards required, was a strong one. The positive power, i.e. the possibility to bring about any change, or legal initiative, was considerably weaker.

The **problems** encountered were multiple; among those the lack of a specific expertise in the field, communication problems, procedural uncertainty, and also changing intensity of the concrete support and use of the committee's work by different subsequent ministers - were among the most prominent ones.

Local ethics committees

Since the year 1991-1992 the ethical review of the research projects, and especially of the clinical trial protocols - in addition to the scientific and procedural review done by the responsible state drug authorities (The Committee on Drugs at the Ministry of Health, The State Institute for Drug Control) - has been done also by the local ethics committees established in the research or health care institutions according to the Guidelines mentioned before. They should have, as the **advisory bodies** to the directors of the institutions in question, to review all research projects and clinical trial protocols considered to be admitted for realization in the institution (a hospital or research institute).

Final decision, an approval or a rejection, had to be done by the director himself/herself, while the opinion of the ethics committee served as a background for that decision.

The **membership** of the committee was interdisciplinary, members were honorary - receiving no honorarium for their work on ethics committee. As gradually more fully qualified specialists in clinical pharmacology had become available, they usually were asked to become either chairpersons, or at least the secretaries of the committees.

The research projects, or clinical trial protocols usually came to the committee through the director of the institution, or through the (principal) investigator (on behalf of the director). Then it usually had been allocated by the chairman (or secretary) to one or two members of the committee, that should have reported their opinion at the next regular committee meeting.

An original **questionnaire** [15] has been developed by Prof. T. R. Niederland of the Institute of Preventive and Clinical Medicine in Bratislava (Prof. Niederland was one of the "fathers" of the discipline of clinical pharmacology in SR). The questionnaire had to be filled-in both by the investigator (or sponsor) and by the reviewer of the protocol or project. This should have been done in a simple "yes or no" manner. The questions covered the most important ethical standards and principles according to the requirements of the Good Clinical Practice and relevant international ethical standards. It became popular in the work of the research ethics committees in the country as a useful tool for ensuring a better quality of the review process and providing also some educational and practical guidance for all the parties involved in meeting both the scientific and ethical criteria/standards required [5].

The problems and aids

By the results of a survey undertaken in the year 1993 by the Institute of Medical Ethics and Bioethics (IMEB) in Bratislava, about 70 local ethics committees (of different types) existed in SR at that time (IMEB unpublished data),

this was about 1 in 5 of the state-owned health or research institutions. Because of a decrease of the support of the Ministry of Health, the lack of an appropriate legislative backing, and the lack of funding - only about one third of those committees survived working during the subsequent period. Usually, these were the committees of those institutions, that were engaged in the international clinical or non-clinical research. By their concrete review work and the local educational activities they contributed a lot towards the promotion and safeguarding of the principles of GCP [1, 2, 9, 10] and other relevant international scientific and ethical standards in biomedical research [5] in the country. However, the re-establishment or revival of the local ethics committees at many places is awaited after the necessary legislation is passed as expected.

The **problems** local ethics committees encountered at starting of their work were, of course, numerous. We cannot go into details here. The most prominent, perhaps, were: the lack of experienced, adequately educated and trained membership; underdeveloped procedural, competence, responsibility and communication issues; considerable work overload, insufficient funding and a limited administrative support, etc. The way to overcome these difficulties was usually the one of an unexhaustible enthusiasm, self education and an individual personal devotion and responsibility.

Since the beginning - till nowadays several **practical tools** have been developed to help the ethics committees to comply with their tasks and responsibility. The Guidelines and the questionnaire have already been mentioned. The first (text)books [16, 17] on the matter in Slovak language have appeared since the year 1993, being written by the leading personalities of clinical pharmacology and of bioethics in the country. The bilingual scientific journal *MEDICAL ETHICS & BIOETHICS* (Bratislava) was started by IMEB in the year 1994.

Education and training

The education of the members of ethics committees [7, 8] on questions of medical ethics (bioethics) is provided on an **institutional** basis by the *Institute of Medical Ethics and Bioethics* of the Postgraduate Medical School (PMS) and of the Faculty of Medicine of the Comenius University in Bratislava (joint institution - provides undergraduate and postgraduate teaching). Postgraduate courses on Good Clinical Practice are provided on a regular basis by the *Department of Clinical Pharmacology* of the same institution (PMS).

The **non-institutional** education is also very important. It is organized mostly by the *Slovak Society of Clinical Pharmacology*, but also by, or with a considerable support of the pharmaceutical *industry* (conferences, symposia, congresses).

In conclusion, it might be stated, that the establishment and work of the local research ethics committees in Slovakia did contribute to the process of harmonising of the national scientific, procedural and ethical requirements in the area of clinical and non-clinical biomedical research, including the clinical trials of new drugs, with those the Good Clinical Practices and other relevant scientific and ethical standards. These developments are to be fixed soon on a national legislative basis by an approval of the new *Law on Drugs*, that is expected to take place in the near future (the year 1998).

References

(1) Džurík R., Fedelešová V.: GCP in Central and East European Countries. In: Holomán J., Glasa J., Bechtel P. R., Tiribelli C. (Eds.): *Liver and Drugs '94*, Progress in Hepato-Pharmacology, 1, 1995; 64 - 66.
 (2) Holomán J.: Good Clinical Practice and Hepatology. In: Holomán J., Glasa J., Bechtel P. R., Tiribelli C. (Eds.): *Liver and Drugs '94*, Progress in Hepato-Pharmacology, 1, 1995; 62 - 63.
 (3) Glasa, J.: Zriadenie etických komisií v rezorte MZ SR. /Establishment of ethics committees within the Department of Health SR. In: Glasa, J. (Ed.): *Contemporary Problems of Medical Ethics in Central Europe*. Charis, Bratislava (Slovakia), 1992, pb, 128 pages, p. 80 - 82 (in Slovak, one of the first Slovak texts on the problem).

(4) Haderka J.: Why cooperation in medical ethics in Central Europe - an area is advisable and how to achieve it. In: Glasa J. (Ed.): *Contemporary...*, 1992, p. 31 - 37.
 (5) Glasa, J.: *Správna vedecká prax./Good Scientific Practice*. (In Slovak, abstract in English and German) *Bioch. Clin. Bohemoslov.*, 21, 1992, p. 323 - 331 (appeared in 1994).
 (6) Glasa J.: Medical ethics and bioethics in the Slovak Republic (1990 - 1992). *Int. J. Bioethics*, 4, 1993, p. 228 - 230.
 (7) Council of Europe Conference on Teaching of Bioethics in Europe, Bratislava (Slovakia), Nov. 23 - 25, 1993, *Med. Ethics & Bioethics* (Bratislava), 1, 1994, No. 1, p. 3 - 5.
 (8) Glasa J., Klepanec J., Šoltés L.: Teaching of medical ethics within pregraduate and postgraduate medical education. *Med. Ethics & Bioethics* (Bratislava), 1, 1994, No. 1, p. 6 - 8.
 (9) Glasa, J.: The ethical considerations in GCP, informed consent and ethics committees. In: Holomán, J., Glasa, J. (eds.) *"Liver and Drugs '94"*, Proceedings in Hepato-Pharmacology (Bratislava), Vol. 1, 1995, 333 pp., *Liver and Drug Fdn.*, Bratislava (Slovakia), p. 67 - 73.
 (10) Glasa, J., Holomán, J., Klepanec, J., Šoltés, L.: Ethics committees and achievement of good clinical practice, *Thérapie*, 51, 1996, s. 369 - 372.
 (11) Glasa, J., Klepanec, J., Šoltés, L., Niederland, T. R.: Research Ethics Committees in Slovakia 1990 - 1997 (353). *Eur. J. Clin. Pharmacol., Suppl.*, Vol. 52, 1997, A120.
 (12) Glasa, J., Holomán, J., Klepanec, J., Porubský, J.: Ethical Review of Clinical Drug Research in Slovakia, *Bratisl. Lek. Listy*, 1998 (in press).
 (13) Glasa, J., Klepanec, J., Mikolášik, M., Mojžešová, M., Porubský, J., Šoltés, L.: Development of bioethics in Slovakia in the period of transition. In: Glasa, J., Klepanec, J. (Eds.): *Health Care under Stress*, Charis - IMEB, Bratislava, 1998 (in press).
 (14) Slovak Ministry of Health (Bratislava): Guidelines for Ethics committees in Health Care Facilities and Biomedical Research Institutions (*English translation*). *Med. Ethics & Bioethics* (Bratislava), 1, 1994, p. No. 2, 6 - 8.
 (15) Niederland T. R.: Úlohy klinických biochemikov v rámci práce etických komisií pre biomedicínsky výskum. *Bioch. Clin. Bohemoslov.*, 21, 1992, No. 2 - 3, p. 229 - 235 (contains the "Questionnaire for Reviewers and Investigators", reviewed since then repeatedly).
 (16) Niederland, T. R., Džurík, R. (Eds.): *Clinical Aspects of Evaluation of New Drugs*. Osveta, Martin, 1993, 123 pages (one of the first books in Slovak language on the subject).
 (17) Šoltés, L. et al.: *Selected Chapters of Medical Ethics* (texts for medical students). Medical Faculty of the Comenius University, Bratislava, 1994, 106 pages (the first novel textbook on medical ethics in Slovak language, contains chapters on biomedical research and on ethics committees).

(Other literature by the author. The paper based on the manuscript of the lecture cf. ref. 11, held at the 2nd Congress of the European Association for Clinical Pharmacology and Therapy (EACPT), September 1997, Berlin.)

Fig. 1: Legal developments in the area of biomedical research in the Slovak Republic

- 1976** - Clinical Investigation of Drugs (binding regulation No. 18, Ministry of Health, *Vestník MZ SSR*, No. 5-6, 14. 5. 1976)
- 1985** - Guidelines on Assessment of New Medical Knowledge and Methods (Regulation No. 6/1985, Ministry of Health SSR to the Law No. 20/1960 on People's Health)
- 1991** - novelization of the Health Law (Law No. 419/1991)
- 1992** - Statutes of the Slovak Republic
 - new laws on professional organizations of the health care workers (Laws No. 13, 14, 27/1992)
 - Deontological Code of the Slovak Medical Chamber
 - Guidelines on Ethics Committees in Health Care Facilities and Biomedical Research Institutions (guidelines of the Ministry of Health SR)
- 1994** - new health law (Law No. 277/1994 on Health Care) - several paragraphs devoted to the problems of biomedical research (therapeutic and non-therapeutic)
- 1998** - new Law on Drugs (to be accepted), it should contain provisions for the full implementation of the Good Clinical Practice (incl. ethics committees)

Address for correspondence/Adresa: Dr. J. Glasa, M.D., PhD., Department of Clinical Pharmacology, Postgraduate Medical School, *Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovak Republic*
 Received: 20. 11. 1997. Accepted: 12. 12. 1997.

ZÁKLADNÉ PRINCÍPY ETIKY V GERIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI

Ján Ďačok

Inštitút "Aloisianum" Trnavskej univerzity, Trnava;
Ústav medicínskej etiky a bioetiky LFUK a IVZ, Bratislava

Abstrakt

Autor na pozadí súčasných demografických trendov v rozvinutých i v rozvojových krajinách poukazuje na potrebu plánovania a primeraného rozšírenia geriatrickej starostlivosti. Vysvetľuje z pohľadu personalistickej etiky podstatu základných etických princípov uplatňovaných v modernej geriatrickej starostlivosti a na príkladoch úpornej terapie a na probléme eutanázie vymedzuje jej "negatívne" etické hranice.

Kľúčové slová: geriatrická starostlivosť, etické princípy, eutanázia, úporná terapia

Úvod

Jednou z charakteristík terajšej rozvinutej spoločnosti je, že sa predlžuje priemerný ľudský vek. Konštatuje sa, že staroba a starnutie populácie sú všeobecné fenomény. Zmeny, ktoré viedli k prechodu od vysokej fertility k nízkej, od vysokej mortality k nízkej a následné starnutie, prípadne úbytok populácie v priemyselných krajinách počas 20. storočia, to sú navzájom súvisiace demografické javy, ktoré sú už viac-menej všeobecne známe. Menej známe však je, že tieto tendencie sa rýchlo šíria aj vo väčšine rozvojových krajín.

Iný významný aspekt, ktorý vystupuje do popredia v súvislosti s populáciou prestárlych je, že ona sama ďalej starne. Nie je to jav, ktorý sa dotýka iba niektorých národov, ale je to celosvetový fenomén. V roku 1950 sa odhadovalo, že najstarších ľudí (the oldest-old: vek 80 rokov a viac) bolo na celom svete asi 13 miliónov. Dnes je ich počet štvornásobne vyšší: prepokladá sa, že ich je asi 53 miliónov. Očakáva sa, že okolo roku 2025 budú predstavovať jednu šestinú populácie vo vekovej kategórii 65 a viac rokov (1).

Táto skutočnosť nie je zanedbateľná ani v podmienkach Slovenska (SR). V roku 1996 u nás do poproduktívneho veku patrilo 948.189 ľudí, čo je 17,63% z celkovej populácie SR (Tab. 1). Z toho mužov bolo 328.317 (t.j. 12,54%) a žien 619.872 (22,46%) (2). Podľa doterajších tendencií demografického vývoja u nás sa očakáva, že po roku 2000 sa toto percento bude postupne zvyšovať.

Uvedené demografické trendy poukazujú na to, že je nutné predvídať a programovať zdravotnícku starostlivosť o starých ľudí. S vekom narastá aj výskyt ochorení, z ktorých väčšina má chronický charakter. Z toho vyplýva, že na začiatku nového storočia a tisícročia, jedným z najväčších problémov bude starostlivosť o starého človeka.

Základné princípy etiky a geriatrickej starostlivosti

Geriatrická starostlivosť by mala vychádzať z rešpektovania týchto etických princípov:

1. Princíp autonómie (svojbytnosti) a **dôstojnosti osoby**. Jeho obsahom je rešpektovanie človeka ako ľudskej bytosti vo všetkých jej dimenziách (telesná, duševná, duchovná a sociálna) a rozhodovanie človeka o sebe a o svojich záležitostiach.

V kontexte geriatrickej starostlivosti to znamená, že starý človek a jeho rodinní príslušníci by mali mať slobodu výberu a možnosť realizácie svojich rozhodnutí. To však prepokladá možnosť alebo schopnosť rozhodnúť sa. Ako príklad možno uviesť rozhodnutie opustiť vlastný dom a ísť bývať k synovi, či dcére, alebo ísť do nejakého sociálneho zariadenia.

2. Princíp prospešnosti (*lat. beneficentia*). Zdôrazňuje také konanie, ktorého cieľom je čo najväčšie dobro pre jednotlivca, a to nielen počas jeho zdravia, ale aj v choro-

be. V našej súvislosti znamená povinnosť konať dobro pre starého človeka: je dôležité odpovedať nielen na telesné nároky, ale aj na sociálne, emotívne a duševné požiadavky.

3. Princíp neškodnosti (*lat. non-maleficentia*). Snaží sa predísť akémukoľvek poškodeniu alebo ublíženiu podľa zásady: *Nihil nocere*. Je úzko spojený s princípom beneficencie. Je potrebné poukázať na to, že porušenie tohto princípu voči starým ľuďom má, žiaľ, stúpajúcu tendenciu. To je tiež príčinou najčastejších protestov zo strany mnohých rodinných príslušníkov.

4. Princíp spravodlivosti (*lat. iustitia*). Zdôrazňuje rovnosť všetkých ľudí a nezáujatosť voči všetkým. Z toho vyplýva, že každý má nárok na zdravotnícku starostlivosť a nie sú oprávnené diskriminačné rozdiely v prístupe k ľuďom (3). To predpokladá podporovanie rovnomerného rozdeľovania nákladov a príjmov medzi všetkých členov spoločnosti. Nie je to len etické, ale aj právne pravidlo.

5. Princíp pravdy. Starým ľuďom, ktorí sú schopní rozhodovania, a ich blízkym, sa majú poskytnúť pravdivé informácie. Tak sa im má umožniť, aby si osvojili kritériá a terapeutické postupy na podklade výslovného súhlasu.

6. Princíp obozretnosti (zdržanlivosti). Zdravotnícki pracovníci majú zachovávať tajomstvo o dôverných informáciách, ktoré sa dozvedeli od starých ľudí. Pochybnosti sa môžu vynoriť vtedy, keď ide o ich dobro alebo o ich život. Niekedy sú nevyhnutné aj paternalistické prístupy, čo v tomto prípade znamená rozhodnúť v prospech osoby, ktorá toho pre svoj zdravotný alebo duševný stav nie je neschopná. V takom prípade sa musí vždy postupovať v najlepšom záujme tejto osoby. Príkladom môže byť človek s Alzheimerovou chorobou, ktorý je úplne odkázaný na iných a pre ktorého "druhí" budú musieť rozhodnúť o jeho liečbe i bez jeho súhlasu.

7. Princíp sociability. Tento princíp zaväzuje spoločnosť a do istej miery i zdravotníckych pracovníkov (najmä pokiaľ ide o efektivitu použitia zverených materiálnych zdrojov), aby zaistili všetky prostriedky, ktoré sú potrebné pre zabezpečenie nevyhnutných liečebných postupov a ošetrovateľskej starostlivosti.

8. Princíp subsidiarity. Na jednej strane má spoločnosť pomáhať tam, kde je naliehavejšia potreba (intenzívnejšie liečiť toho, kto to viac potrebuje a vynaložiť viac na toho, kto je závažnejšie chorý). Na druhej strane nemá potláčať alebo nahrádzať dobrovoľné iniciatívy jednotlivcov alebo skupín, ale napomáhať ich fungovanie (4).

Uvedené princípy súvisia s personalistickým chápaním človeka, presnejšie s **personalistickou etikou** a osobitne s **ontologickým personalizmom**. Je to filozofický smer, ktorý chápe každú ľudskú bytosť ako jedinečnú a hodnú života od prvých okamihov počatia až po jej prirodzený koniec. Ontologický personalizmus považuje osobu za stredobod medicínskej etiky. Takýto personalizmus obohacuje medicínsku etiku a bioetiku o mimoriadne dôležitý príspevok: o ontologické ponímanie osoby, čo umožňuje lepšie chápať morálne a právne postoje, ktoré rešpektujú všetky ľudské bytosti bez diskriminácie (5).

Negatívne vymedzenia geriatrickej starostlivosti

Širokú a zložitú problematiku geriatrickej starostlivosti sa pokúsime pre potreby tohto príspevku zjednodušiť tak, že na tomto mieste iba vymedzíme tie smery, ktorými by sa rozhodne nemala uberať. Naše úvahy v podstate možno zhrnúť do dvoch bodov (postojov):

1. Odmietanie akejkoľvek formy eutanázie. Personalistická etika v mene rešpektovania dôstojnosti každého človeka vždy odmietala a odmieta eutanáziu ako zabitie nevinné ľudskej bytosti, a to aj vtedy, keď by to niekto požadoval pre seba samého alebo pre iných (najčastejšie pre príbuzného, alebo pre osobu, zverenú do jeho starostlivosti). Pod eutanáziou sa rozumie taký čin lekára (či iného zdravotníckeho pracovníka) - alebo jeho zanedbanie, ktorý zo svojej povahy, alebo svojím úmyslom, vedie k smrti pacienta, najčastejšie s cieľom takto "odstrániť" alebo skrátiť jeho utrpenie.

2. Odmietanie tzv. úpornej alebo medicínsky zbytočnej terapie (*angl. futile treatment*). O úpornú terapiu ide

vtedy, keď sa použije medicínsky neúčinný alebo pochybne účinný náročný postup, ktorý je spojený s vysokým rizikom alebo s následným prehĺbením utrpenia a znížením kvality života pacienta, pričom by bolo možné predpokladať zreteľne nepriaznivý pomer vo vzťahu: riziko + fyzická a psychická záťaž/očakávaný prospech pre pacienta. Úpornou terapiou však nie je medicínsky indikovaná obvyklá 'základná terapia', vrátane zabezpečenia primeranej výživy a potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti.

O úpornú terapiu ide najčastejšie v dvoch prípadoch:

a) keď sa začnú alebo sa pokračuje v "heroických" liečebných postupoch u terminálne chorej osoby v ťažkom stave, u ktorej už bola diagnostikovaná klinická smrť;

b) keď sa pristúpi k lekárskeму alebo chirurgickému zákroku v prípade jeho pochybnej alebo zrejmej neúčinnosti alebo v prípade zreteľného výrazného nepomeru medzi jeho rizikami a s ním spojeným utrpením pacienta na jednej strane a očakávanými pozitívnymi účinkami na strane druhej (6).

Záver

Každý človek dostáva život ako dar a súčasne aj ako poslanie. Má život, prežíva ho, ale nie je pre seba jeho skutočným prameňom; je skôr správcom, užívateľom, ale nie absolútnym pánom života. Život každého človeka je veľký a krásny už tým, že existuje; bez ohľadu na to, v akom období svojho vývoja sa práve nachádza. Každá ľudská bytosť si vždy zaslúži úctu a plný rešpekt; už aj tá začínajúca, ešte nenarodená - práve preto, lebo je skutočnou ľudskou bytosťou. O to viac si zaslúži úctu, rešpekt, lásku a porozumenie človek v pokročilom veku, ktorý pre spoločnosť prispel mnohými hodnotami svojho života i práce. Každý človek má prirodzené a neodňateľné právo na život, na primeranú zdravotnícku starostlivosť, dôstojnú starobu, ako aj právo na dôstojnú a prirodzenú smrť. S týmito právami je v príkrom rozpore akýkoľvek druh eutanázie a úpornej terapie. Tieto závažné mravné aspekty má v plnej miere zohľadňovať moderná geriatrická starostlivosť, ktorá ponúka široký priestor pre aplikáciu princípov a noriem kresťanskej personalistickej etiky. Zostáva si len úprimne želať, aby takáto geriatrická starostlivosť nachádzala širší priestor a potrebnú organizačnú, materiálnu i morálnu podporu pre svoju plnšiu realizáciu aj v našich podmienkach.

Tab. 1: Rozdelenie obyvateľstva Slovenskej republiky podľa veku (stav k 31. decembru 1996)

	SPOLU	MUŽI	ŽENY
POČET OBYVATEĽOV	5.378.932 (100%)	2.618.434	2.760.498
Predproduktívny vek	1.164.906 (21,66%)	595.839 (22,76%)	569.067 (20,61%)
Produktívny vek	3.265.837 (60,72%)	1.692.278 (64,71%)	1.577.559 (56,93%)
Poproduktívny vek	948.189 (17,63%)	328.317 (12,54%)	619.872 (22,46%)

Prameň: Štatistický úrad Slovenskej republiky: Štatistické údaje SR za rok 1996.

Literatúra

1. Petrini, M., Caretta, F., Antico, L., Bernabei, R.: *Etica e Geriatria*, Roma, CEPSAG Università Cattolica del Sacro Cuore, 1993, s. 1 - 2. 2. Štatistický úrad SR: Štatistické údaje za rok 1996. 3. Šoltés, L. a kol.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*, Bratislava, Univerzita Komenského 1994, s. 7 - 8. 4. Petrini, M., et al.: op. cit., s. 3 - 5. 5. Palazzani, L.: *The Ethical Debate in Bioethics: Contribution of Personalism*. In: *Medicínska etika a bioetika - Medical Ethics & Bioethics*, 2 (1995) 2, s. 1 - 4. 6. Petrini, M., Caretta, F., Antico, L., Bernabei, R. (a cura): *L'assistenza alla persona anziana: aspetti teologici, etici, clinici, assistenziali, pastorali III*. Roma, CEPSAG Università Cattolica del Sacro Cuore 1994, s. 22 - 24; Ján Pavol II.: *Encyklika Evangelium vitae*, SSV Trnava, 1995, 198 strán, čl. 64, s. 116 - 117.

Đačok, J.: *Basic Ethical Principles in the Geriatric Care. ME&B (Bratislava)*, 4(3 - 4)1997, p. 7 - 8. Author, according to the contemporary demographic trends present in the developed as well as in the under-developed countries, points out the need of planning and appropriate development of the geriatric care. He explains, from the point of view of the personalistic ethics, the basic ethical principles of the modern geriatric care. He uses the example of a futile treatment and the problem of euthanasia to show the "negative" ethical borders in the medical and nursing care of the elderly. *Key words*: geriatric care, ethical principles, euthanasia, futile treatment.

Adresa/Address: Doc. MUDr. ThLic. J. Đačok, "Aloisianum", Kostolná 1, 811 04 Bratislava, Slovenská republika.
Do redakcie prišlo: 28. 12. 1997, prijaté na publikáciu: 29. 12. 1997.

NIEKTORÉ ETICKÉ PROBLÉMY PSYCHOLOGICKEJ DIAGNOSTIKY A PSYCHOTERAPIE V DETSKOM VEKU

Mária Glasová^{1,2} a Judita Stempelová²

¹Katedra psychológie a patopsychológie PdF UK, ²Klinika detskej psychiatrie LFUK a DFNSP, Bratislava

Abstrakt

Autorky poukazujú na niektoré vybrané etické problémy psychologickej diagnostiky a psychoterapie v detskom veku. Niektoré vyplývajú z vývinových špecifik detského pacienta, iné zo skutočnosti, že dieťa zvyčajne na vyšetrenie i na terapiu neprichádza izolovane, ale predstavuje individuálnu osobnosť, existujúcu vo viac alebo menej narušenom systéme vzťahov so svojim okolím, najmä s rodinou (rodičmi). Psychológ musí brať do úvahy požiadavky profesionálnej etiky, ktoré smerujú jeho úsilie v zmysle rešpektovania osobnosti a najlepšieho záujmu dieťaťa. Autorky venujú zvláštnu pozornosť problému informovaného súhlasu v detskom veku, ako aj otázke dôvernosti informácií v diagnostickom a terapeutickom procese.

Kľúčové slová: psychologická diagnostika, psychoterapia, dieťa, etické aspekty, informovaný súhlas, profesionálna mlčanlivosť, súkromie

Úvod

Psychologickú diagnostiku a psychoterapiu v detskom veku charakterizujú z profesionálneho hľadiska oproti situácii u dospelého pacienta (klienta) viaceré konceptuálne i metodické odlišnosti. Dieťa i dospievajúci je z psychologického hľadiska v mnohom iný ako dospelý človek - vo svojom úsudku, v zrelosti, ne/závislosti, či sebadôvere; prejavuje zvyčajne väčšiu mieru sugestibility, dôverčivosti, ovplyvniteľnosti psychologickými prostriedkami (2). Nevyplýva to len z jeho reálnych fyzických a psychických možností daných stupňom individuálneho vývinu, ale aj z konkrétnych spoločenských očakávaní (status dieťaťa, dospievajúceho, plnoletého - plynúci z danej sociálnej role) a z existencie systému medziľudských vzťahov v rámci jeho sociálneho prostredia, neraz rôznym spôsobom narušeného alebo deformovaného, v ktorých sa zvyčajne prejavuje silná alebo úplná závislosť maloletého od dospelých osôb, najčastejšie od rodičov (rodiča) (7). S tým súvisí zvýšená psychická zraniteľnosť detského pacienta. Klinický psychológ, psychoterapeut, viazaný pri svojom odbornom postupe princípmi a normami profesionálnej etiky, stretáva sa vo svojej práci neraz so závažnými etickými problémami. V tomto príspevku by sme chceli poukázať len na niektoré z tých, ktoré sa týkajú samotnej práce klinického psychológa s detským pacientom.

Informovaný súhlas detského pacienta

Rozhodnutie o psychologickom vyšetrení (liečbe)

Rodičia sa obvyčajne sami rozhodujú o návšteve psychológa a neradia sa s dieťaťom, keď ho privádzajú na vyšetrenie. Niekedy sú pritom zainteresovaní aj iní ľudia (keď napríklad škola naznačí rodičom, že ťažkosti dieťaťa vyžadujú odbornú pomoc). Problémy, ktoré znepokojujú rodičov alebo okolie, však zvyčajne nesúvisia s tým, že by sa dieťa samé cítilo nepríjemne, alebo bolo nešťastné. Skôr sú nepríjemné rodičom, ktorí sú z dieťaťa alebo jeho správania nešťastní. Znepokojuje ich neslušné správanie, neposlušnosť, prehnaná hanblivosť, a.i. Ide tu teda často o také prejavy, ktoré si dieťa neuvedomuje ako "problémy". Niekedy si dokonca možno položiť i otázku: *Kto je tu vlastne pacientom/klientom: dieťa alebo jeho rodičia?* Koho teda, akým spôsobom a do akej miery informovať?

Príprava na konzultáciu

Rodičia často zanedbávajú a podceňujú prípravu detí na psychologickú konzultáciu a vyšetrenie. Stáva sa, že dieťaťu sa dokonca vôbec nič nepovie (do poslednej chvíle). O dôvode návštevy u psychológa tým menej. Rodičia síce niekedy oznámia dieťaťu, že sú "objednaní k doktorovi". Môžu však tým uňho vyvolať negatívne očakávania, založené na minulej negatívnej skúsenosti.

Strach a neistota sťažuje, ba znemožňuje nadviazať s dieťaťom rozhovor v príjemnej, priateľskej atmosfére a priviesť ho ku spolupráci. Osobitne to platí pre dospievajúcich adolescentov, pre ktorých je nedôvera, alebo aj otvorený odpor k dospelým prirodzeným prejavom tohto vývinového obdobia (6).

Dospelí sa niekedy priznávajú, že majú ťažkosti vysvetliť pôvod svojich obáv práve deťom. Dôvodom môže byť ich vlastná neistota, či predsudky voči psychologickým problémom a ich následkom. Preto je potrebné vopred rodičov upozorniť (už pri vybavovaní termínu konzultácie), aké je *dôležité citlivo pripraviť dieťa na prvú návštevu u psychológa.*

Dieťa si neuvedomuje alebo popiera ťažkosti

Samotné dieťa si svoje správanie zriedka uvedomuje ako problém. Popiera akékoľvek nešťastie alebo konflikt vo svojom živote - "Všetko je v poriadku. Je to O.K.!" Ono nemá problém, má ho však rodič, či škola. Je etické naliehať na dieťa a presvedčať ho, alebo ho nútiť, aby sa podrobilo psychologickému intervencii? Či sa stretnúť samostatne s rodičom? Väčšinou sa spolu dohodnú dospelí (psychológ alebo terapeut s rodičmi) o vyšetrení, a po jeho vyhodnotení i o liečbe a jej cieľoch. Dieťa je príliš často vylúčené z tohto procesu: absolvuje vyšetrenie, rozhovor, potom je "odstavené" - a až rodič mu oznámi čas ďalšieho stretnutia.

Aktívna účasť dieťaťa

Terapia však spravidla zlyháva, ak sa dieťa aktívne nezúčastní aspoň určenia jej cieľov. Preto *dieťa má byť integrovanou súčasťou celého procesu, od zrozumiteľného vysvetlenia dôvodov návštevy, až po informovanie o výsledkoch a ďalších odporúčaníach, cieľoch liečby* (8).

Dieťa má byť primerane svojim rozumovým schopnostiam informované o všetkých podstatných aspektoch budúceho terapeutického vzťahu, t.j. o tých, ktoré by mohli ovplyvniť jeho rozhodnutie o tom, či chce do neho vstúpiť alebo nie. Dodržanie tejto zásady *predpokladá, že dieťa si je podľa možnosti plne vedomé účelu interview, testovania alebo hodnotenia a spôsobu ďalšieho použitia takto získanej informácie* (5). Ak chceme dôsledne rešpektovať práva dieťaťa (1), nestačí informovať len rodičov - primerane informované musí byť aj dieťa. Táto rovnocennosť prináša potrebné posilnenie vzťahu dôvery medzi dieťaťom a terapeutom.

Ukázalo sa veľmi vhodným informovať dieťa najprv individuálne - a potom znovu v prítomnosti rodičov (6). Takýto prístup robí dieťa prístupným a kooperujúcim, možno aj preto, že sa podstatne líši od jeho skúseností v bežnom živote - kde ho obvyčajne celkom nerešpektujú,

neberú vážne, málokedy o niečom rozhoduje a nie vždy sa mu hovorí pravda.

Odporúčajú sa tieto **princípy praxe detskej terapie**:

- 1) Dieťa má právo, aby sa mu povedala pravda.
- 2) Dieťa má právo na také zaobchádzanie, ktoré rešpektuje jeho osobu.
- 3) Dieťa má právo, aby ho brali vážne.
- 4) Dieťa má právo na zmysluplnú účasť v rozhodovaní o svojom živote (8).

Odmietanie spolupráce zo strany dieťaťa

Napriek dodržaniu spomínaných princípov sa však môže stať, že **dieťa nechce spolupracovať**, odmieta navrhovanú terapiu. Čo teda rešpektovať? Má právo dieťa odmietnuť pomoc, hoci to môže znamenať, že bude mať ťažkosti? Možno porušiť právo rodičov na vyhľadanie pomoci pre svoje dieťa? Napriek odporúčaniu profesionála o nevyhnutnosti liečby - možno dať prednosť odmietnutiu zo strany dieťaťa? V týchto prípadoch platí, že *dospelí musia konať v zmysle najlepších záujmov dieťaťa.*

Najlepší záujem dieťaťa

Psychológ je eticky viazaný pravidlom vždy hľadať a rešpektovať najlepší záujem dieťaťa. Zároveň však jeho činnosť viac alebo menej predstavuje aj záujem rodiča, ktorý má legálnu zodpovednosť za dobro svojho dieťaťa. V niektorých prípadoch sa tieto záujmy nemusia celkom zhodovať, ba môžu byť aj v prikom rozpore (narušené rodinné vzťahy, psychopatológia u rodiča, ai.). Situácia teda niekedy nie je vôbec jednoduchá a pred konečným rozhodnutím je potrebné zvážiť všetky okolnosti. V krajných prípadoch sa odporúča zaangažovať nezávislého zástupcu dieťaťa (osvedčuje sa spolupráca so starými rodičmi, alebo inými blízkymi príbuznými), ktorý prehodnotí všetky okolnosti a terapeutický plán v zmysle najlepších záujmov dieťaťa (3).

Pri voľbe konkrétnych psychologických diagnostických alebo terapeutických techník je potrebné zvážiť nevyhnutnosť ich použitia, emočnú záťaž, náročnosť voči aktuálnym možnostiam dieťaťa (handicapované dieťa, jeho klinický stav, vek) (4, 7). Okrem známych etických princípov psychodiagnostickej a psychoterapeutickej praxe by mal každý detský psychológ dôkladne poznať a aplikovať aj princípy *Deklarácie práv dieťaťa* (vyhlásenej Organizáciou spojených národov 20. novembra 1959 (1)), ako aj všetky legislatívne úpravy dotýkajúce sa starostlivosti o dieťa, mládež a rodinu.

Zásada profesionálnej mlčanlivosti

Uplatnenie tejto zásady v psychodiagnostike a psychoterapii detí a mládeže do istej miery komplikuje už spomínaná závislosť dieťaťa na rodičoch, ktorí sú za neho právne i finančne zodpovední. Informácie získané od dieťaťa v priebehu liečby sa teda často dostanú priamo k rodičom. V mnohých prípadoch sa "ospravedlnenie" tohto postupu odvoláva na rešpektovanie najlepšieho záujmu dieťaťa. Strata dôvery detského pacienta však môže vážne narušiť alebo aj celkom znemožniť ďalšiu spoluprácu a úspech plánovaného terapeutického postupu.

Terapeut by však mal dieťa, zvlášť adolescenta, uistiť o profesionálnom zachovávaní dôvernosti informácií, aby mohla nastať otvorená komunikácia. Starostlivý dohovor s detským pacientom o dôvernosti informácií zabezpečuje dôveryhodný a otvorený vzťah s dieťaťom (4, 5). Je dôležité vysvetliť zásadu mlčanlivosti v takom zmysle, že *len tie informácie je možné odhaliť alebo konfrontovať s rodičom, ktoré dieťa odhaliť alebo konfrontovať chce. Vo všetkých ostatných oblastiach sa má zachovávať mlčanlivosť* (8).

Výnimkou je, samozrejme, prípad, ak sa odhalí informácia o jasne hroziacom nebezpečenstve pre určitú osobu alebo spoločnosť. Túto terapeut môže, ba musí prezradiť. V menej rizikových prípadoch, kde však ide o fakty, o ktorých je dôležité, aby vedeli rodičia, terapeut musí dieťaťu vysvetliť, že informácia ja natoľko dôležitá, aby sa odovzdala rodičom. V tomto prípade terapeut žiada dieťa o dovolenie informáciu oznámiť. Ak dieťa dovolenie od-

mietne, terapeut musí riskovať - v závažnom prípade - aj ohrozenie terapeutického vzťahu; informuje dieťa, že potrebuje "o tom" povedať rodičom. Takéto situácie sa však našťastie vyskytujú pomerne zriedkavo.

Rodičia žiadajú dôverné informácie o dieťati

Rodičia bývajú často zvedaví na výsledky psychologických testov a obsah terapeutických stretnutí. Domáhajú sa podrobných informácií. Psychológ však musí v primeranej miere chrániť súkromie dieťaťa. Preto je potrebné vysvetliť rodičom, ako sa bude zaobchádzať s informáciami získanými v spojitosti s vyšetrovaním alebo s liečbou dieťaťa. Mnohí rodičia si do istej miery uvedomujú nevyhnutnosť zachovania určitého súkromia dieťaťa, alebo akceptujú vysvetlenie, že deti si môžu a nemusia želať odkryť niektoré informácie a že v záujme úspešnosti psychologické intervencie rodičia musia rešpektovať toto ich rozhodnutie (v praxi je asi len polovica detí ochotná odhaliť tieto informácie rodičom). Závažným faktorom je tu získanie potrebnej dôvery rodičov voči konkrétnemu psychológovi, prípadne voči inštitúcii, v ktorej psychológ pôsobí (poradňa, klinika).

Niekedy sa situácia komplikuje paralelným poradenstvom alebo terapiou pre rodičov (3). Terapeut musí chrániť súkromie detského klienta, a pritom hovorí o tých istých problémoch v sedeniach s rodičmi. Vyžaduje si to schopnosť vidieť a riešiť problém z oboch strán - k obom rodičom pristupovať z perspektívy ich pohľadu na situáciu - "ako to vidia, cítia oni" - a neprenášať do tohto procesu nekontrolovane dôverné informácie získané v sedeniach s dieťaťom.

Záverom by sme chceli zdôrazniť, že etická problematika psychologickéj diagnostiky a terapie v detskom veku predstavuje otvorenú a veľmi zaujímavú oblasť, ktorej praktická dôležitosť si bude vyžadovať v blízkej budúcnosti venovať týmto otázkam zvýšenú profesionálnu pozornosť.

Literatúra

(1) Práva dieťaťa. OSN, 1959. Mladé letá, Bratislava, 1990. (2) Glasová, M.: Vybrané kapitoly z vývinovej psychológie. In: Kol. autorov: Vybrané kapitoly z psychológie. Metodické centrum Tomášikova, Bratislava, 1995. (3) Glasová, M.: The Care of the Families under Risk in Great Britain. ME+B, 2, 1995, No. 4, p. 17 - 18. (4) Kondáš, O. a kol.: Psychoterapia a edukácia. 2. vyd. Osveta, Martin, 1989. (5) Lakin, M.: Ethical issues in the psychotherapies. Oxford University Press, New York, Oxford, 1988. (6) Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie. Avicenum, Praha 1989. (7) Řičan P. a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha, 1995. (8) Tuma, J. M.: Child mental health in perspective. In: Pfeiffer, S. I. (Ed.): Clinical child psychology. An introduction to theory, research, and practice. Grune and Stratton, Orlando, London, 1985, s. 1 - 56.

(Ďalšia literatúra u autorov.)

Glasová, M., Stempelová, J.: Some Ethical Problems of Psychodiagnosics and Psychotherapy in Children. ME&B (Bratislava), 4(3-4)1997, p. 8 - 10. Authors deal with some of the ethical problems of psychological diagnostics and psychotherapy in children. A lot of those questions come out of developmental specificities of the child patient, the others from the fact, that the child seldom comes to see the psychologist just alone, rather he or she is an individual personality, who exists in a more or less impaired system of interpersonal relationships with his or her social milieu, first of all with the family (parents). The psychologist should take into account the principal requirements of professional ethics, that guide his or her efforts towards the full respect of the child as a person, and of his or her best interests. Authors pay a special attention to the problem of informed consent in children, as well as to the question of confidentiality of information in the psychodiagnostic and therapeutic processes. *Key words:* psychodiagnosics, psychotherapy, child, ethical aspects, informed consent, confidentiality, privacy.

Adresa /Address: PhDr. M. Glasová, Katedra psychológie a patopsychológie PdFUK, Moskovská 2, 81108 Bratislava, Slovenská republika.

Do redakcie prišlo: 22. 9. 1997, prijaté na publikáciu: 12. 12. 1997.

INFORMOVANÝ SÚHLAS

Jozef Klepanec a Mária Mojzešová

Ústav medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK, Bratislava

Abstrakt

Autori podávajú prehľad najvýznamnejších aspektov problematiky informovaného súhlasu v súčasnej medicíne a zdravotníckej starostlivosti. Vychádzajú z definície a základných systémových vzťahov problému všímajú si aplikáciu všeobecných etických princípov a noriem vo vybraných klinických situáciách, ktoré si vyžadujú zaújatie konkrétneho etického postoja lekára (mentálna kompetencia a kapacita pacienta, odmietnutie súhlasu, biomedicínsky výskum, odber orgánov na transplantáciu, psychiatrický pacient, informovaný súhlas v pediatrii, ai.). Autori si všímajú aj význam komunikácie a partnerského vzťahu medzi lekárom a pacientom.

Kľúčové slová: informovaný súhlas, etické princípy a normy, transplantácia, biomedicínsky výskum, komunikácia, vzťah lekár-pacient

1. Vymedzenie pojmu

Jednou z najdôležitejších ľudských potrieb je zdravie. Každý človek nesie osobnú zodpovednosť za svoje zdravie a taktiež má právo na rozhodovanie v otázkach svojho zdravia. Zdravotnú starostlivosť potrebujú nielen chorí ľudia, prípadne anomálni jedinci, ale aj zdraví, najmä tí, ktorí majú zvýšené riziko vzniku určitého ochorenia a ktorých je potrebné príslušnými preventívnymi metódami chrániť [17].

Akýkoľvek medicínsky diagnostický alebo terapeutický úkon na chorom alebo zdravom človeku možno vykonať zásadne len so slobodným súhlasom dotyčného po predchádzajúcej primeranej informácii [19]. Takýto súhlas sa nazýva **informovaný súhlas**, ktorý je ako kategória jedným z základných pojmov medicínskej etiky.

V minulosti bol častý tzv. *paternalistický prístup* lekára pri rozhodovaní v otázkach diagnostického a liečebného postupu - bez dôsledného rešpektovania konkrétnych postojov a prání pacienta. Takýto prístup je oprávnený len v prípadoch náhleho, závažného ohrozenia života, keď sa lekár musí rozhodovať urgentne, ako aj vtedy, ak v danej situácii pacient nie je schopný súhlas udeliť (ale ho možno predpokladať).

2. Mentálna kapacita

Medzinárodné výskumy dokázali [14], že až 60% pacientov odchádzajúcich z ordinácie lekára zabudlo podrobnosti lekárskeho odporúčania a informácií, alebo ich zle interpretujú, akonáhle opustia ordináciu. Pacientova mentálna kapacita k vysloveniu súhlasu vyžaduje schopnosť porozumieť podanej relevantnej informácii, t.j. medicínskej situácii a jej možným následkom.

Aby bol informovaný súhlas platný, musí sa vyžadovať bez nátlaku a byť založený na adekvátnej informácii o rizikách, očakávanom prospechu, ako aj o prípadných iných alternatívach uvažovanej diagnostiky alebo liečby [3].

Informovaný súhlas môže lekár vyžadovať len **od dospelej, mentálne kompetentnej osoby**, ktorá má **dostatočnú mentálnu kapacitu**. V prípade detí, ktoré ešte nie sú legálne kompetentné, vyjadruje súhlas kompetentný rodič alebo určený zákonný zástupca. Medzi mentálne nekompetentné osoby, t.j. **osoby s nedostatočnou mentálnou kapacitou** zaraďujeme okrem detí aj starých ľudí, pacientov s mentálnym postihnutím alebo pacientov s poruchou duševného stavu. Títo majú buď obmedzenú alebo úplnú stratu schopnosti porozumieť poskytovanej informácii.

U osôb s **neurčitou mentálnou kapacitou** môže ošetrojúci lekár indikovať formálne alebo neformálne testovanie kognitívnych funkcií, vyšetrenie na objektivizáciu psychickej poruchy, alebo organického poškodenia, postihujúceho mentálnu kapacitu pacienta. Ak prítomná zvýšená anxióza alebo depresia, býva potrebná aj psychiatrická terapeutická intervencia [12]. Lekár vo svojej každodennej praxi často ošetrojuje mentálne inkompetentných pacientov (napr. osoby v bezvedomí, novorodencov a malé deti, dementných starých ľudí, atď.). Aj v týchto prípadoch musí plne rešpektovať osobnú dôstojnosť, integritu a ľudské práva osoby, ktorá bola zverená do jeho starostlivosti [6].

3. Veková hranica pre udelenie informovaného súhlasu

Niektoré štáty v posledných rokoch výslovne znižujú **vekovú hranicu pre uznanie spôsobilosti na udelenie informovaného súhlasu** s medicínskymi úkonmi. Napríklad podľa holandského práva sa uznáva, že u detí do 12 rokov sa na lekárskeho výkon vyžaduje súhlas rodičov [5]. Viaceré štáty v USA prijali ešte v 60-tych rokoch tzv. "minor treatment status", ktorým sa priznala spôsobilosť maloletých udeliť súhlas bez prejavu vôle rodičov od 16-teho, ale niekedy už od 14-teho roku života.

V našom práve sa v paragrafe 13 ods. 4 Zákona č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti uvádza: "Ak maloletý pacient, starší ako 16 rokov, alebo pacient s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je podľa posúdenia lekára natoľko rozumovo a vôľovo vyspelý, aby vyšetrovací alebo liečebný výkon posúdil a rozhodol o jeho vykonaní, môže dať súhlas na tento výkon sám."

Psychiatri aj iní odborní lekári niekedy namietajú, že okruh subjektov, ktorým sa dovoľuje rozhodovať o medicínskych výkonoch, sa v súčasnosti neprimerane, až riskantne zvyšuje. Táto okolnosť nabáda k zvýšenej opatrnosti pri vytyčovaní hraníc medicínskych situácií, v ktorých zákon dovoľuje nahradiť súhlas chorého prejavom vôle inej osoby.

Z paragrafu č. 15 citovaného Zákona č. 277/1994 Z. z. uvádzame: "...Lekár je povinný vhodným a preukázateľným spôsobom poučiť pacienta, prípadne osoby blízke pacientovi o povahe ochorenia a o potrebných zdravotných výkonoch tak, aby mohli aktívne spolupracovať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Obsah vhodného poučenia určuje lekár v každom prípade individuálne tak, aby bolo urobené ohľaduplne a eticky a aby u pacienta nenarúšalo liečebný proces..." [5].

4. Autonómia pacienta

Princíp slobodného informovaného súhlasu zohráva významnú úlohu vo viacerých bioetických diskusiách súčasnosti [1]. Pacient má na informovaný súhlas právo, ale toto právo nie je bez obmedzenia [4]. Princíp **autonómie pacienta**, rešpektujúci jeho čo najplnšiu slobodu a možnosť sebaurčenia, ktorý v súčasnosti dominuje najmä v štátoch Západnej Európy a USA, je limitovaný ďalšími základnými medicínsko - etickými princípmi: *beneficiencie* (t.j. konania lekára v prospech pacienta), *non-maleficiencie* (neškodnosti) a *spravodlivosti*.

5. Vzťah lekár-pacient

Je optimálne, ak je vzťah lekár-pacient založený na vzájomnej dôvere, úprimnosti, pravde a empatii zo strany lekára. Takýto vzťah poskytuje pacientovi oporu v jeho situácii strachu, neistoty alebo úzkosti v situácii ochorenia. Lekár svojím taktným a humánnym, etickým prístupom denne denne dodáva pacientovi odvalu a nádej na závažné rozhodnutia a na nesenie bremena choroby.

Stáva sa, že niektorí lekári sa akoby boja informovaného súhlasu. Zdá sa, že nie sú na túto, niekedy pomerne ťažkú úlohu, dostatočne pripravení. Považujú informovaný súhlas za jeden z mnohých bezvýznamných byrokratických rituálov [12]. Nie je to správne. Vyžiadanie informovaného súhlasu nemá, pravdaže, nikdy význam ako nátlak,

direktívny monológ lekára. Primerane a hodnoverne informovaný pacient sa v otázkach svojej choroby stáva pre lekára do istej miery rovnocenným partnerom. To je jedným zo základných princípov fungovania optimálneho dialogického vzťahu, v ktorom obaja partneri uznávajú aj svoje odlišnosti a obmedzenia [12].

Je veľmi dôležité, aby si každý zdravotník - lekár, či zdravotná sestra - v rámci svojej kompetencie našiel dostatočný čas na pokojné informovanie pacienta a vysvetlenie prípadných nejasností. To sa môže týkať niekedy aj takej naoko banálnej situácie, akou je jednoduchý odber venóznej krvi. Pacient-laik temer vždy prežíva väčší-menší strach a úzkosť pred množstvom kapielár, skúmaviek, či zvláštnou atmosférou na ambulancii, či na nemocničnej izbe.

O závažnom ochorení, ako aj o plánovaných závažných medicínskych výkonoch musí byť pacient informovaný šetrne, ale vecne a pravdivo [15]. Ak sa táto zložka starostlivosti o pacienta zanedbá, môže to mať niekedy katastrofálne následky pre jeho ďalší osud. Odmietnutie potrebnej liečby, nespolupráca, prípadne niekedy až slepá dôvera v "odborníkov", ktorí si budujú svoju hmotnú existenciu na nešťastí druhého, a rôzne scestné nádeje v obsolentných alebo neučinných terapiách, sú potom tragickým lemom mnohých závažných ochorení [15].

6. Odmietnutie súhlasu

V praxi sa vyskytujú aj prípady, kedy pacient z rôznych dôvodov nedá súhlas na vykonanie určitého medicínskeho výkonu, a to ani po dôkladnom poučení o prípadných závažných následkoch jeho odmietnutia. Ak ide o závažný výkon, potrebný pre prinavrátene alebo zachovanie zdravia pacienta, prípadne pre záchranu jeho života, musí pacient odmietnutie vyjadriť v písomnej forme (ide tu o tzv. *negatívny reverz*). Lekár musí slobodné, informované rozhodnutie mentálne kompetentného pacienta rešpektovať (napríklad odmietnutie operácie).

Iným príkladom je situácia, keď rodičia dieťaťa - príslušníci náboženskej spoločnosti Svedkov Jehovových - striktno odmietajú dovoliť podanie transfúzie krvi ich vlastnému dieťaťu. Podľa našej legislatívy je však lekár povinný, ak ide o pacienta do 18 rokov, transfúziu krvi podať, a to nielen za účelom záchranu života, ale aj kvôli zlepšeniu zdravotného stavu dieťaťa. Ak však ide o plnoletého pacienta, lekár je oprávnený a povinný uskutočniť transfúziu len v záujme záchranu jeho života.

Bez súhlasu pacienta, prípadne jeho zákonného zástupcu, je lekár oprávnený a povinný vykonať nevyhnutný, medicínsky indikovaný zákrok

a) u dieťaťa, ak je to nevyhnutné na záchranu jeho života a zdravia, aj keď rodičia súhlas udeliť odmietajú (napr. pri odmietaní potrebnej transfúzie krvi),

b) pri ochoreniach, u ktorých môže štát nariadiť povinnú liečbu (alkoholizmus, kožné a pohlavné choroby, psychózy),

c) u osoby, ktorá pod vplyvom duševnej poruchy či intoxikácie ohrozuje seba alebo svoje okolie,

d) ak nie je možné súhlas v danej situácii vyžiadať (napr. stav bezvedomia, ťažká duševná porucha, a podobne).

V posledných dvoch prípadoch je lekár oprávnený rozhodnúť bez súhlasu pacienta i o jeho hospitalizácii s tým, že toto rozhodnutie, dotýkajúce sa osobnej slobody pacienta, je povinný do 24 hodín oznámiť príslušnému súdu alebo sudcovi [18].

7. Profesionálna mlčanlivosť

S problémom informovaného súhlasu úzko súvisí aj zachovávanie tzv. **povinnnej mlčanlivosti**, ktorú zdravotníckym pracovníkom ukladá nielen zákon, ale aj ich profesijná etika. Je jednou zo základných podmienok vzťahu dôvery medzi lekárom a pacientom a často aj predpokladom úspešnej liečby. Nie je porušením tejto povinnosti, ak lekár odovzdáva informácie o zdravotnom stave so súhlasom pacienta alebo na základe zákonom stanovenej oznamovacej povinnosti, ako aj inému zdravotníckemu pracovníkovi pre účely ďalšej zdravotnej starostlivosti [18].

Stále platí, že poučiť pacienta o jeho zdravotnom stave je oprávnený iba lekár (nie iný zdravotník), a to iba v takom rozsahu, aby získal pacienta (prípadne jeho príbuzných) pre aktívnu spoluprácu pri diagnostike a liečbe daného ochorenia. Poučenie nad takto stanovený rámec nielenže nie je povinnosťou lekára, ale vzhľadom k verejnoprávnej povahe uvedeného predpisu je nutné jeho úpravu chápať tak, že nie je ani povolené [18]. Pacient preto nemá žiaden právny nárok na úplnú pravdu o svojom zdravotnom stave, ak poučenie v tomto rozsahu nie je nevyhnutné na získanie jeho aktívnej spolupráce. Táto úprava vychádza zo stredoeurópskej tradície, ktorá sa v zmysle už citovaných princípov beneficiencie a non-maleficiencie snaží chrániť pacienta pred poškodením.

8. Informovaný súhlas v psychiatrii

Závažným problémom je otázka informovaný súhlasu pacienta v psychiatrii. Jedinečnosť pacienta, vývoj jeho choroby, sociálne zázemie, to všetko situáciu ďalej komplikuje. Odmietnutie nevyhnutnej hospitalizácie a liečby zo strany psychiatrického pacienta možno chápať v rámci jeho nedostatočnej kompetencie pochopiť a doceniť význam zdravia a potrebnej liečby pre ďalší život [15]. Neraz veľmi záleží aj na spôsobe komunikácie lekára s takýmto pacientom [15, 16]. Otázka informovaného súhlasu sa dotýka najmä týchto konkrétnych problémov:

a) Informovanosť psychiatrického pacienta, ktorý by mal byť primerane oboznámený so situáciou a dôvodom vyšetrenia.

b) Nedobrovoľná liečba - je najzreteľnejším prípadom potlačenia výslovného priania pacienta nebyť hospitalizovaný a liečený.

c) Liečba drogovej závislosti.

d) Liečba sexuálnych deviácií.

e) Nepovedanie alebo redukcia celej pravdy (*pie fraus*).

f) Výskum v psychiatrii.

g) Problém antikoncepcie, sterilizácie, prípadne umelého ukončenia gravidity u psychicky chorých a nedostatočne kompetentných pacientov.

Cestou, akou je možné poznať skutočnosť i psychiatrického pacienta, je komunikácia - nie formálna "pravda", vyrieknutá do prázdna. Zdá sa, že na komunikácii medzi lekárom a pacientom do istej miery závisí, či bude pacient kompetentný alebo nie [15].

Informovaný súhlas v psychiatrii nie je jednoduchým problémom. Nové technické a civilizáčne faktory, psychiatrizácia sociálnych oblastí, nároky na slobodu jednotlivca na jednej strane a stále väčšia politická i prirodzená limitácia slobody ako všadeprítomný kontrapunkt našich prianí a túžob na druhej strane, ukazujú, že bude stále obtiažnejšie nájsť ucelený systém, ktorý by ponúkol unifikujúcu odpoveď na toľko odlišných problémov. Najšť správne slová na informovanie pacienta, to je len časť problému. Aplikácia požiadavky informovaného súhlasu do každodennej psychiatrickej praxe je stále v začiatkoch. Jeho pravidlá bude potrebné používať a rešpektovať, hoci bude treba brať ohľad na niektoré odlišnosti z hľadiska rozdielov medzi psychiatriou a inými medicínskymi odborníkmi [15].

9. Informovaný súhlas a odber orgánov a tkanív na transplantáciu

Odber orgánov a tkanív z tiel živých (*ex vivo*) alebo zomrelých (*ex mortuo*) darcov sa vykonáva kvôli rôznym liečebným účelom, najčastejšie za účelom ich transplantácie vhodnému príjemcovi.

Odoberanie orgánov *ex vivo* je možné iba na základe slobodného, dobrovoľného informovaného súhlasu mentálne a legálne kompetentného darcu, pričom sa vyžaduje súhlas udelený písomnou formou. Za osobu, ktorá pre svoj nízky vek či mentálnu dispozíciu nie je spôsobilá na právne úkony, nemôže dať takýto súhlas nikto iný (ani rodič, ani zákonný zástupca). Súhlas darcu možno akceptovať s podmienkou, že takéto odňatie jedného párového orgánu alebo regenerujúceho tkaniva:

- a) neohrozí zdravotný stav darcu,
- b) prospech príjemcu výrazne prevažuje nad stratou darcu,
- c) možno predpokladať úspešné uskutočnenie transplantácie.

Odoberanie orgánov *ex mortuo* je podľa našej právnej úpravy (Zákon č. 277/1994 Z. z.) založené na predpoklade, že súhlas darcu bol daný (*predpokladaný súhlas*) - pokiaľ tento nebol počas jeho života výslovne vylúčený. Z toho vyplýva, že prejavy vôle dedičov, či príbuzných nemôžu mať na prípadné rozhodnutie o odbere orgánov alebo tkanív z tela zomrelého žiaden právny vplyv. Ide o veľmi liberálnu úpravu, založenú na prezumpcii (predpoklade) súhlasu a bezúplatnosti darovania. V iných krajinách platia konzervatívnejšie právne úpravy, na základe ktorých sa môže disponovať s telom zomrelého iba s výslovným súhlasom, ktorý tento vyslovil počas svojho života.

Odber orgánov je zakázaný, ak:

- a) neuplynula doba aspoň 2 hodín od smrti darcu,
- b) nemožno zistiť príčinu smrti mozgu,
- c) ide o podozrenie na infekčnú chorobu,
- d) ide o väzňa.

(Pozn. Zo svetových médií je známy otriasajúci prípad "transplantačných kliník" v súčasnej Číne, operujúcich v nadväznosti na vybrané väzenské zariadenia, kde v pravidelných intervaloch zbavujú života politických väzňov, aby im potom mohli byť odoberaté orgány na transplantácie solventným pacientom.)

S odoberaním orgánov *ex mortuo* čiastočne súvisí aj problematika odoberania rôznych umelých náhrad z cenných kovov z tiel zomrelých osôb (zubné náhrady, náhrady bedrových kĺbov, atď.). Naš právny poriadok hovorí, že predmetom dedenia môžu byť iba tie náhrady, ktoré nie sú pevne spojené s telom a ktoré možno odobrať bez zásahu do telesnej integrity zomrelého [18].

10. Informovaný súhlas a choré dieťa

Z etického pohľadu je veľmi náročné vyžiadanie informovaného súhlasu v pediatrickej, prípadne neonatologickej praxi. Mentálne kompetentní rodičia, ako osoby schopné vysloviť informovaný súhlas, majú o svojom chorom dieťati vedieť čo najviac. Mnohé informácie od laikov - známych, príbuzných, resp. laických "informátorov" môžu byť nepresné, ba až škodlivé [20]. Veľmi ťažké situácie prežívajú rodičia fyzicky, mentálne či zmyslovo postihnutých detí. Ak pociťujú postihnutie svojho dieťaťa ako nešťastie, vedie to k ich pasivite, k uzavretiu sa do seba. To nepomáha ani dieťatu, ani rodičom. Keď im lekár dokáže taktne a zrozumiteľne vysvetliť situáciu dieťaťa ako ich životnú skúšku so všetkými negatívami i pozitívami, rodičia zväčša zmobilizujú svoje sily (na skúšku sa treba predsa pripraviť) a vzniká atmosféra spolupráce medzi lekárom a rodičmi. Lekár je povinný s veľkou mierou empatie podať rodičom vyčerpávajúce, ale zrozumiteľné informácie o možnostiach ďalšej diagnostiky a liečby ich chorého dieťaťa (chirurgickej, ortopedickej, kúpeľnej, prípadne ústavnej starostlivosti). Pritom zohráva nezastupiteľnú úlohu práve informovaný súhlas s potrebnými vyšetreniami, liečbou a liečebnou rehabilitáciou dieťaťa.

Informácie lekára rodičom o chorom dieťati musia byť zrozumiteľné, pravdivé, zhodujúce sa so stavom súčasného medicínskeho poznania. Lekár by mal všetky informácie, aj tie negatívne, podávať s plnou angažovanosťou v prospech malého pacienta a nie takým spôsobom, ako dokumentuje autorka jednej publikácie [21]:

- "Pán doktor, ako sa má môj syn?"
- "Bilirubín má vysoký, ale cukor nízky."
- "Pán doktor, a je to dobré alebo zlé?"
- "Keď to zistíme, potom Vám poviem..."

Rodičia chorého dieťaťa, ako spolu-liečiteľia, by mali byť lekárom poučení a správne vedení nielen vo výslovné medicínske otázkach, ale aj pri výchove dieťaťa, v jeho stravovaní, obliekaní, hygiene, používaní rôznych kompenzačných pomôcok a podobne [2].

11. Informovaný súhlas a biomedicínsky výskum

Slobodný a informovaný súhlas musí lekár vyžadovať od každého pacienta, ktorý sa podrobí klinickému experimentu. Norimberský kódex z roku 1947 zreteľne hovorí, že na ľuďoch nie je možné vykonávať lekárske výskumy, pokiaľ nie je k dispozícii ich slobodný súhlas. Aj v Helsinskej deklarácii Svetovej lekárskej asociácie sa zdôrazňuje, že v rámci biomedicínskeho výskumu sú lekári povinní chrániť dôstojnosť a integritu človeka. Každý potenciálny subjekt biomedicínskeho výskumu musí byť teda dostatočne informovaný o jeho cieľoch, metódach a anticipovanom prospechu výskumu, či už pre daný subjekt alebo v širších súvislostiach.

Požiadavka slobodného informovaného súhlasu je zakotvená aj v smerniciach *Správnej klinickej praxe*, prijatých v roku 1996 (s platnosťou od januára 1997) tromi rozhodujúcimi svetovými oblasťami biomedicínskeho výskumu (Spojené štáty americké, Európska únia, Japonsko) v rámci medzinárodného harmonizačného procesu. Uplatnenie týchto požiadaviek je podmienkou realizácie výskumu náležitej vedeckej a etickej kvality [8]. I keď primárne sa tento pracovný postup uplatnil v klinických sledovaniach nových liečiv, v súčasnosti nie je mimo neho prakticky mysliteľné uskutočnenie žiadneho seriózneho klinického alebo neklinického výskumu. To platí aj pre krajiny strednej a východnej Európy [7], ktoré sa usilujú o integráciu do európskych a globálnych vedecko-výskumných, ekonomických, politických a kultúrnych štruktúr. Pre zabezpečenie uplatnenia spomínaných etických noriem má dôležitý význam práca **etickej komisie** [9, 10, 11]. Medzi inými úlohami je etická komisia vždy povinná posúdiť aj obsah a formu *pisomnej informácie pre subjekt výskumu*, ako aj predkladaný *formulár informovaného súhlasu*. Prvotnou úlohou etickej komisie, a to aj vo vzťahu k problematike informovaného súhlasu, je zaistiť dostatočnú ochranu rešpektovania dôstojnosti, integrity a ľudských práv subjektov výskumu.

Pracovníci v oblasti biomedicínskeho výskumu si aj v dnešnej dobe musia vedieť vybrať z dvoch niekedy protikladných alternatív, kde jedna sa zakladá na uprednostňovaní správneho etického postoja k subjektu (pacientovi alebo zdravému dobrovoľníkovi), kým druhá sa týka uprednostňovania vedeckého alebo komerčného záujmu samotného výskumníka, pracoviska, sponzora výskumu alebo "spoločnosti". Druhý spomínaný postoj však predstavuje úplne neprípustné porušenie základných etických predpokladov realizácie akéhokoľvek výskumu s účasťou ľudských subjektov. Niektorí "vedci" sa napriek tomu (neraz s podporou masmédií) dožadujú určitej zmeny dosiaľ platných etických zásad tak, aby sa viac zohľadnili "trhové záujmy" a "sloboda vedeckého bádania", čím by sa oslabila platnosť mnohých, doteraz nespochybnovaných deontologických princípov [16].

Záver

V modernej medicíne sa čoraz častejšie vyskytujú zložité, eticky náročné situácie, v ktorých správne rozhodnutie vyžaduje dobre informované a rozvážne svedomie tak na strane lekára, ako aj na strane pacienta. V ich partnerskej spolupráci a vzájomnom dialógu možno nájsť jeden z kľúčov k realizácii závažnej etickej požiadavky rešpektovania informovaného súhlasu i nesúhlasu pacienta s navrhovaným vyšetrením a liečbou [12]. Bude prejavom etického výkonu lekárskeho povolania, ktorého základom je hlboká úcta k ľudskému životu, najmä bezbrannému, ohrozenému a trpiacemu, k jeho nezmernej hodnote a nenarušiteľnej dôstojnosti a celistvosti.

Literatúra

[1] Ashley B., M. and O'Rourke K., D.: Health care ethics. The Catholic Health Assoc. of U.S. St. Louis, 1989, 497 p.

[2] Benko J.: Tréning rodičov pri realizácii vývinovej rehabilitácie. Informácie ZPMP v SR, máj-jún 1995, č. 9, s. 11.

[3] Brenneis J., M. at al.: Hospice Code of Ethics. The Hospice Journal, 11, 1996, 2, p. 75-81

[4] Drane J., F.: Clinical Bioethics. Sheed and Ward Kansas City, 1994, 232 p.

[5] Drgonec J.: Ústavné práva a zdravotníctvo. Archa, 1996, 338 s.

[6] Fitzpatrick F., J.: Ethics in nursing practice. The Linacre Centre London, 1988, 290 p.

[7] Džurík R., Fedelešová V.: GCP in Central and East European Countries. In: Holomáň J., Glasa J., Bechtel P. R., Tiribelli C. (Eds.): Liver and Drugs '94, Progress in Hepato-Pharmacology (Bratislava), 1, 1995; 64 - 66.

[8] Glasa, J.: Správna vedecká prax./Good Scientific Practice. (In Slovak, abstract in English and German) Bioch. Clin. Bohemoslov., 21, 1992, p. 323 - 331 (appeared in 1994).

[9] Glasa, J.: The ethical considerations in GCP, informed consent and ethics committees. In: Holomáň, J., Glasa, J. (eds.) "Liver and Drugs '94", Proceedings in Hepato-Pharmacology (Bratislava), Vol. 1, 1995, 333 pp., Liver and Drug Fdn., Bratislava, p. 67 - 73.

[10] Glasa, J., Holomáň, J., Klepanec, J., Šoltés, L.: Ethics committees and achievement of good clinical practice, *Thérapie*, 51, 1996, s. 369 - 372.

[11] Glasa, J., Klepanec, J., Šoltés, L., Niederland, T. R.: Research Ethics Committees in Slovakia 1990 - 1997 (353), *Eur. J. Clin. Pharmacol., Suppl.*, Vol. 52, 1997, A120.

[12] Jonsen A., R. at al.: Clinical ethics. McGraw-Hill, Inc. New York, 1992, 197 p.

[13] Kukumberg P.: Pár aktualizovaných slov neurologa. V materiáli pre Vládny výbor pre otázky zdravotne postihnutých občanov v SR, 1993.

[14] Künzel D.: Lidský organismus ve zdraví a nemoci. Avicenum Praha 1990, 375 s.

[15] Lajkep T.: Zamyšlení nad některými problémy informovaného souhlasu v psychiatrii. *Medicínska etika a bioetika*, 3, 1996 (január-marec), 1, s. 6-8

[16] Sámel M.: Sponzorovaný biomedicínsky výskum prináša niektoré nové etické problémy. *Medicínska etika a bioetika*, 3, 1996 (január-marec), 1, s. 3-5

[17] Slabý A.: Pastorační medicína a zdravotní etika. UK Praha, 1991, 186 s.

[18] Smejkal P.: Lékař a právo. *Scripta bioethica*, 1994, č. 11, s. 16-25.

[19] Šoltés L. a kol.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. UK Bratislava, 1996, 104 s.

[20] Záhorcová V.: Rodičovská identita. Informácie ZPMP v SR, 1995, máj-jún, č. 9., s. 8

[21] Zdziarska-Kosch Z.: Niektoré morálne aspekty práce pediatra. In: Osińska K.: Úvahy o etike. Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej Warszawa, 1992, 301 s.

Klepanec, J., Mojzešová, M.: Informovaný súhlas/Informed Consent. Medical Ethics & Bioethics (Bratislava), Vol. 4, No. 3 - 4, p. 10 - 13. Authors give an overview of the most important aspects of the informed consent problem in contemporary medicine and health care. Starting from the definition and basic systemic relationships of the issue they pay a special attention to the application of general ethical principles and norms to the various clinical situations, that require an expression of the concrete ethical standing of the physician, as well as the ethically sound clinical decision (e.g. mental competence and capacity of the patient, refusal of the consent, biomedical research, psychiatric patient, informed consent in paediatrics, etc.). Authors underline also the importance of the communication and a fair partnership in the relationship between the physician and the patient. *Key words:* informed consent, ethical principles and norms, transplantation, biomedical research, communication, relationship physician-patient.

Address/Adresa: MUDr. J. Klepanec, Ústav medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK, Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovenská republika.
Prišlo do redakcie: 10. 11. 1997, akceptované na publikáciu: 12. 12. 1997.

LETTERS TO THE EDITOR

ETICKÁ PROBLEMATIKA RODINNEJ TERAPIE

Vážený pán vedúci redaktor,

rodinná terapia je jednou z najnáročnejších foriem psychoterapie a v praxi často stavia terapeuta pred závažné etické problémy (4, 5). Je to najmä preto, že tu ide o psychologickú liečbu skupiny jednotlivcov spojených trvalými životnými väzbami, vzťahmi jedného k druhému.

Rodinnú terapiu (resp. psychoterapiu) možno definovať najmenej trojakým spôsobom:

1. ako oblasť špeciálnej psychoterapie, v ktorej ide o aplikáciu psychoterapie na problémy v rodine,

2. ako psychoterapeutickú metódu alebo súbor metód, ktoré systematicky pracujú s celou rodinou pacienta súčasne,

3. ako psychoterapeutický prístup, ktorý hodnotí problematiku každého pacienta z hľadiska jeho príslušnosti k rodinnému systému (1, 3, 4, 5, 6).

Od rodinnej terapie sa zvykne odlišovať *manželská (párová) terapia*, ktorá sa zameriava primárne na konfliktový vzťah medzi manželmi, pracuje s manželskou dvojicou bez začleňovania detí do terapie a jej cieľom je konštruktívne riešenie manželských konfliktov.

Konkrétne postupy rodinných terapeutov sú neraz dosť rozdielne: líšia sa v samotnom poňatí rodinnej terapie, v teoretických východiskách i v použití špeciálnych psychologických techník. Napriek mnohým rozdielom však majú všetky smery a techniky rodinnej terapie jedno spoločné: centrom pozornosti nie je samotný jednotlivec (či už v kontexte individuálnej alebo skupinovej terapie), ale vždy celá rodina (9). Skutočným "pacientom" je teda celá rodinná skupina, so všetkými narušeniami, ale i s jej zdravými členmi (2). Predpokladá sa totiž, a v tom je základný princíp rodinnej terapie, že individuálne psychické poruchy dieťaťa (alebo iného rodinného príslušníka) úzko súvisia so skupinovú dynamikou celej rodiny (výskumné práce študujúce činitele rodinného prostredia u schizofrénie, ai.).

Podľa niektorých extrémnejších koncepcií individuálna symptomatológia u pacienta nie je ničím iným, než výrazom narušených interpersonálnych vzťahov v rodine. Chorobné príznaky jednotlivých členov rodiny nevznikajú výlučne na individuálnom podklade, ale objavujú sa, nadobúdajú svoju špecifickú podobu, udržuujú sa a v priaznivom prípade aj miznú v rámci určitých sociálnych vzťahov v danej rodine (4, 5, 8).

Psychoterapeutické úsilie rodinnej terapie sa teda spravidla zameriava na zmenu interakcií medzi členmi rodiny, aby sa zlepšila funkcia rodiny ako celku a popri tom i fungovanie jej individuálnych členov. Vychádza sa z Lewinovho modelu sociálnej zmeny, podľa ktorého sa zmena u jednotlivca najefektívnejšie dosahuje prostredníctvom zmeny súboru vzťahov, ktorých je daný jednotlivec súčasťou (10).

Rodinní terapeuti sú tak isto ako všetci ostatní profesionálni psychológovia viazaní princípmi a normami profesionálnej etiky (sú vyjadrené napríklad v príslušných etických kódexoch). Tieto ich zaväzujú napríklad k tomu, aby nerobili morálne sudy o životnom štýle, sexuálnych preferenciách, sociálnych hodnotách, náboženských alebo politických presvedčeniach svojich klientov (1, 8, 9). Etická tematika, stelesnená v rodinnom konflikte, sa však spravidla objavuje temer na každom terapeutickom sedení (problémy rolových vzťahov, zlé zaobchádzanie jedného člena rodiny s druhým, rozdielne postoje k intímnemu životu, a podobne).

Podmienky rodinnej terapie kladú na terapeuta osobitné **požiadavky**, a to nielen vo vzťahu k zodpovedajúcim inter-

venčným zručnostiam (výcvik, supervízia, prax), ale aj vo vzťahu k **zvláštnej etickej citlivosti** voči: a) potrebám rodiny ako celku, ale v rovnakej miere i potrebám jej individuálnych členov, b) spoločenskému (postaveniu) a kultúrnemu charakteru rodiny, c) analytickosti terapeuta bez toho, aby bol deštruktívny, d) podpore takých vhládov do problematiky, ktoré sú členovia rodiny schopní prijať a prakticky použiť, e) rešpektovaniu nielen (zdravého) potenciálu, schopnosti konkrétnej rodiny, ale aj jej obmedzení (6).

Tieto **nároky na terapeuta** sa považujú za najextrémnejšie zo všetkých druhov psychologickej liečby. Známym problémom spravodlivého rozdelenia pozornosti, "času na nadýchnutie", je zvlášť náročné zvládnuť v typickej atmosfére sedenia rodinnej terapie, v atmosfére obviňovania, útokov a protiútokov účastníkov terapie (tým viac, keď sa jej zúčastňujú maloleté deti).

Ďalším závažným etickým problémom je **konflikt záujmov** medzi jednotlivcami, účastníkmi terapie (3, 6). Daná psychologická intervencia môže byť napríklad pre jedného člena rodiny výsostne terapeutická, kým u druhého môže mať celkom opačný účinok. Stáva sa tiež, že jeden z manželov si môže želať absolútnej otvorenosti, druhý nie je schopný takéto vzťahy tolerovať. Inokedy zas môže jeden z rodičov podmieňovať svoju účasť v terapii výlučne zmenou správania partnera. Rovnako sa vyskytujú i situácie, kedy nemôže terapeut z etických príčin zotrvať v roli obhajcu celého systému rodiny (prípady abúzu, týrania, zneužívania a neúnosného postavenia členov rodiny).

V psychoterapii rodiny je tiež náročné zabezpečiť tzv. **"informovaný súhlas"** (informed consent). Znamená totiž vedomé a slobodné rozhodnutie pacienta o jeho účasti v terapeutickom procese, pričom sa predpokladá, že si uvedomuje a chápe celú dôležitú informáciu o povahe a podstate terapeutických postupov, rizík v nich obsiahnutých a do istej miery aj ich pravdepodobných výsledkov (1, 6, 10).

Uvádzajú sa nasledovné kritériá eticky zodpovednej informácie klientov pred získaním ich súhlasu s terapiou (7):

1. Celá informácia o postupoch terapie a jej účeloch.

2. Rozhovor o kvalifikácii terapeuta a jeho roli v terapeutických sedeniach.

3. Oboznámenie s predpokladanými nepríjemnými stránkami a rizikami, ako i očakávaným úžitkom terapie.

4. Zisťovanie alternatívnych liečebných postupov a zdrojoch pomoci, ktoré by boli dostupné a prípadne by lepšie vyhovovali potrebám rodiny.

5. Informácia o tom, že jednotlivec a členovia celej rodiny môžu kedykoľvek terapiu prerušiť.

Terapeutické postupy používané v súčasnosti zatiaľ nie sú štandardné, konkrétne riziká závisia napríklad od typu intervencie použitej konkrétnym terapeutom (paradoxné intervencie a interpretácie) a samozrejme tiež od závažnosti poruchy rodiny.

V rodinnej terapii s deťmi majú byť terapeuti zvlášť citliví na zraniteľné postavenie detí zoči-voči ostatným členom rodiny. V takýchto prípadoch je potrebné zrozumiteľne popísať (aj opakovane), čo sa bude odohrávať v rámci sedení (2, 5, 7).

Ďalším problémom môže byť obava niektorého člena rodiny z pre neho nepriaznivých výsledkov a z toho vyplývajúci **odpor, odmietanie terapie**. Takéto pocity je vždy potrebné vziať do úvahy. Jednou z možností je napríklad navrhnúť mu rolu "pozorovateľa" aspoň na niektorých terapeutických sedeniach, prípadne alternatívny typ terapie (1, 2, 10).

Zachovanie úplnej dôveryhodnosti informácií (angl. *confidentiality*) odkrytých v procese rodinnej terapie je niekedy veľmi náročné zaručiť. V terapeutickom záujme často býva vedenie členov rodiny k tomu, aby sa podelili so svojimi "tajomstvami". Pre niektorých to môže byť vážnym emočným problémom, poskytnutie podporenej individuálnej psychoterapie s týmito členmi však môže narušiť existujúcu dôveru ostatných členov rodiny ("tajné informácie - tajné spojenectvo", odkrytie mimomanželského vzťahu a žiadosť o jeho utajenie, a pod.). Všeobecne sa tu odporúča zodpovednosť a presnosť pri formulovaní miery zachovania dôveryhodnosti, a potom jej dôsledné dodržiavanie.

Je tu tiež potrebné zdôrazniť, že dôvernosť je v prvom rade privilegiom pacienta. Jedine on môže rozhodnúť, v ktorých prípadoch sa jej chce vzdať. Práve fakt, že "pacientom je celok rodiny", však často v praxi navodzuje neľahké etické dilemy.

Záverom: Rodinná terapia sa často dotýka "osudových" problémov životnej existencie jednotlivca v rodine i existencie celej rodiny - problémov vernosti, dôvery, dominance a submisie, autonómie a kontroly, záväzkov lásky a starostlivosti medzi generáciami a podobne. Rodiny prichádzajú v ťažkostiach (a s ťažkosťami) a "expert" - psychológ má ohromný potenciál pozitívneho (ale aj možného negatívneho!) vplyvu v ich úpornom hľadaní "záchranných", kompromisných, no niekedy i optimálnych a progresívnych riešení. Etická zodpovednosť rodinného terapeuta je závažná. Preto je potrebné venovať etickým aspektom rodinnej terapie, jej jednotlivých metód a systémov trvalú a kritickú pozornosť.

PhDr. Mária Glasová

Literatúra

[1] Bross, A.: Family therapy. A recursive model of strategic practice. Methuen, Toronto, 1982. [2] Glasová, M.: The Care of the Families under Risk in Great Britain. ME + B, 2, 1995, No. 4, p. 17 - 18. [3] Holmes, J., Lindley, R.: The values of psychotherapy. Oxford University Press, New York, Oxford, 1991. [4] Kondáš, O. a kol.: Psychoterapia a reedukácia. 2. vyd. Osveta, Martin, 1989. [5] Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie. Avicenum, Praha, 1989. [6] Lakin, M.: Ethical issues in the psychotherapies. Oxford University Press, New York, Oxford, 1988. [7] Řičan, P. a kol.: Dětská klinická psychologie. Grada, Praha, 1995. [8] Skála, J. a kol.: Psychoterapie v medicínské praxi. Avicenum Praha, 1989. [9] Syříšřtřová, E. a kol.: Skupinová terapie psychotikřů a osob s třěžším somatickým postižením. Avicenum, Praha, 1989. [10] Walsh, F.: Normal family processes. Guilford Press, New York, 1993.

Adresa/Address: PhDr. M. Glasová, Katedra psychologie a patopsychologie PdFUK, Moskovská 2, 81108 Bratislava, Slovenská republika.
Do redakcie prišlo: 2. 10. 1997.

DOKUMENTY / DOCUMENTS

OPINION OF THE CDBI ON HUMAN CLONING

Council of Europe - Steering Committee on Bioethics (CDBI)

Strasbourg, 24 June 1997

*We bring here a part of the **Opinion of CDBI on human cloning**, as adopted on June 19, 1997, and issued by the Directorate for Legal Affairs of the Council of Europe on June 24, 1997 (Appendices are not included).*

"This document contains the opinion of the Steering Committee on Bioethics (CDBI) on human cloning, adopted by the CDBI on 19 June 1997 in execution of the *ad hoc* terms of reference given by the Committee of Ministers (Decision No CM/663/140597).

The present opinion on human cloning includes two Appendices:

- Appendix I: Draft additional Protocol to the Convention on human rights and biomedicine on the prohibition of cloning human beings, which was adopted by the CDBI unanimously with two abstentions.

- Appendix II: Draft Declaration on cloning human beings.

The CDBI invites the Committee of Ministers to adopt the text of the draft additional Protocol to the Convention on human rights and biomedicine on the prohibition of cloning human beings, to decide on the date and place of the opening to signature of this Protocol and to authorise the publication of its explanatory report.

Draft opinion of the CDBI on the prohibition of cloning human beings

In executing the *ad hoc* terms of reference given by the Committee of Ministers (No. CM/663/140597), the

Steering Committee on Bioethics (CDBI) submits the following opinion on the cloning of humans:

1. The CDBI notes that scientific developments have taken place in the field of mammal cloning, particularly through embryo splitting and nuclear transfer.

Some cloning techniques themselves may bring progress to scientific knowledge and its medical applications.

The cloning of human beings may become a technical possibility.

Embryo splitting may occur naturally and sometimes result in the birth of genetically identical twins.

However the instrumentalisation of human beings through the deliberate creation of genetically identical human beings is contrary to human dignity and thus constitutes a misuse of medicine and biology.

One should also take into account the serious difficulties of a medical, psychological and social nature that such a deliberate biomedical practice might imply for all the individuals involved.

2. Considering the purpose of the Convention on human rights and biomedicine, in particular the principle mentioned in Article 1 aiming to protect the dignity and identity of all human beings, the CDBI is of the opinion that specific binding provisions should be adopted within the Council of Europe to prohibit any intervention seeking to create a human being genetically identical to another human being, whether living or dead.

3. The CDBI considered the following three modalities in order to adopt these provisions:

a. an additional protocol to the Convention on human rights and biomedicine on the prohibition of cloning of human beings;

b. an amendment to the Convention on human rights and biomedicine in the form of an additional article which would read as follows:

Article 13b

Any intervention seeking to create a human being genetically identical to another human being, whether living or dead, is prohibited.

For the purpose of this article, the term human being "genetically identical" to another human being means a human being sharing with another the same nuclear gene set.

c. an article to be included in an appropriate additional protocol of the Convention on human rights and biomedicine which would read as follows:

Any intervention seeking to create a human being genetically identical to another human being, whether living or dead, is prohibited.

For the purpose of this article, the term human being "genetically identical" to another human being means a human being sharing with another the same nuclear gene set.

4. The delegations within the CDBI unanimously favour the alternative (a) for the following reasons:

i. Alternative (a), like alternative (b), would permit provisions to forbid cloning to be adopted quickly. On the other hand, the alternative (c) would imply waiting, during an undetermined length of time, for the adoption of a protocol containing other provisions where one cannot foresee the duration of the negotiations.

ii. Alternative (b), consisting of an amendment to the Convention, might appear as a simple remedy to a deficiency in the text, whilst, on the contrary, the adoption of a protocol would be seen as the demonstration of the capacity of the Convention to respond very rapidly to a new scientific development.

5. Unanimously, with two abstentions, the CDBI adopted the draft additional Protocol on the prohibition of cloning human beings, which is found, with its additional explanatory report, in Appendix I of the present Opinion. The CDBI invites the Committee of Ministers to adopt the text of this draft additional Protocol, to decide on the date and place of the opening to signature and to authorise the publication of its explanatory report.

6. In addition, the CDBI submits the draft text which appears in Appendix II to this Opinion for a possible declaration for adoption by the Second Summit of Heads of State and Government."

REFLECTIONS ON CLONING

Pontificia Academia pro Vita

1. Historical background

Advances in knowledge and related developments in the procedures of molecular biology, genetics and artificial fertilization have long made it possible to experiment with and successfully achieve the cloning of plants and animals.

Since the '30s experiments have been made in producing identical individuals by artificial twin splitting, a procedure which can be improperly called cloning.

The practice of twin splitting in the zootechnical field has been spreading in experimental barns as an incentive to the multiple production of select exemplars.

In 1993 Jerry Hall and Robert Stilmann of George Washington University published data concerning the twin splitting they performed on human embryos of two, four and eight embryoblasts. These experiments were conducted without the prior consent of the appropriate Ethics Committee and were published, according to the authors, in order to stimulate the ethical debate.

The news published in the journal *Nature*, 27. February 1997, about the birth of the sheep Dolly through the efforts of the Scottish scientists Jan Vilmot and K. H. S. Campbell and their team at Edinburgh's Roslin Institute, however, had an unusual effect on public opinion and led to statements being issued by committees and national and international authorities: this happened because it was something new and was considered troubling.

There are two new aspects of this event. The first is that it is not a question of splitting but of a radical innovation defined as cloning, that is, an asexual and agamic reproduction meant to produce individuals biologically identical to the adult which provided the nuclear genetic inheritance. The second is that until now this type of true and proper cloning was considered impossible. It was thought that the DNA in the somatic cells of the higher forms of animal life, having already undergone the imprinting of differentiation, could no longer recover their original totipotentiality and, consequently, their ability to direct the development of a new individual.

With the overcoming of this supposed impossibility, the way now seems open to human cloning, understood as the replication of one or more individuals somatically identical to the donor.

The event has rightly caused concern and alarm. But after an initial phase of unanimous opposition, some have wished to call attention to the need for guaranteeing freedom of research, for not demonizing progress. The prediction has even been made that the Catholic Church herself will one day accept cloning.

Now that some time has passed, it would be useful in a more detached way to examine closely the fact that has been noted as a disturbing event.

2. The biological fact

In its biological aspects as a form of artificial reproduction, cloning is achieved without the contribution of two gametes; therefore it is an asexual and agamic reproduction. Fertilization properly so-called is replaced by the "fusion" of a nucleus taken

from a somatic cell of the individual one wishes to clone, or of the somatic cell itself, with an oocyte from which the nucleus has been removed, that is, an oocyte lacking the maternal genome. Since the nucleus of the somatic cell contains the whole genetic inheritance, the individual obtained possesses - except for possible alterations - the genetic identity of the nucleus' donor. It is this essential genetic correspondence with the donor that produces in the new individual the somatic replica or copy of the donor itself.

The Edinburgh event occurred after 277 oocyte-donor fusions: only eight were successful, that is, only eight of the 277 started to develop as embryos and only one of these eight embryos reached birth: the lamb called Dolly.

Many doubts and questions remain about quite a few aspects of the experiment: for example, the possibility that among the 277 donor cells used there were some "staminals", that is, cells endowed with a not totally differentiated genome; the role that could have been played by possibly residual mitochondrial DNA in the maternal ovum; and many other questions which the researchers, unfortunately, did not even attempt to address. However, it is still an event that goes beyond the forms of artificial fertilization known until now, which have always been performed by using two gametes.

It should be stressed that the development of individuals obtained by cloning, apart from eventual possible mutations - and there could be many - should produce a body structure very similar to that of the DNA donor: this is the most disturbing result, especially when the experiment is applied to the human species.

It should be noted however that, should the extension of cloning to the human species be desired, this duplication of body structure does not necessarily imply a perfectly identical person, understood in his ontological and psychological reality. The spiritual soul, which is the essential constituent of every subject belonging to the human species and is created directly by God, cannot be generated by the parents, produced by artificial fertilization or cloned. Furthermore, psychological development, culture and environment always lead to different personalities; this is a well-known fact even among twins, whose resemblance does not mean identity. The popular image or aura of omnipotence that accompanies cloning should at least be put into perspective.

Despite this impossibility of involving the spirit, which is the source of personality, the thought of human cloning has already led to the imagining of hypothetical cases inspired by the desire for omnipotence: duplicating individuals endowed with exceptional talent and beauty; reproducing the image of departed loved ones; selecting healthy individuals immune from genetic diseases; the possibility of choosing a person's sex; producing selected frozen embryos to be transferred *in utero* at a later time to provide spare organs, etc.

By regarding these hypothetical cases as science fiction, proposals can soon be advanced for cloning considered "reasonable" or "compassionate": the procreation of a child in a family whose father suffers from aspermia or to replace the dying child of a widowed mother; one could say that these cases have nothing to do with the fantasies of science fiction.

But what would be the anthropological signifi-

cance of this activity in the deplorable prospect of applying it to man?

3. Ethical problems connected with human cloning

Human cloning belongs to the eugenics project and is thus subject to all the ethical and juridical observations that have amply condemned it. As Hans Jonas has already written, it is "both in method the most despotic and in aim the most slavish form of genetic manipulation; its objective is not an arbitrary modification of the hereditary material but precisely its equally arbitrary *fixation* in contrast to the dominant strategy of nature" (cf. Hans Jonas, *Cloniamo un uomo: dall'eugenetica all'ingegneria genetica*, in *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Torino 1997, pp. 122-54, p. 136).

It represents a radical manipulation of the constitutive relationality and complementarity which is at the origin of human procreation in both its biological and strictly personal aspects. It tends to make bisexuality a purely functional left-over, given that an ovum must be used without its *nucleus in order to make room* for the clone-embryo and requires, for now, a female womb so that its development may be brought to term. This is how all the experimental procedures in zootechny are being conducted, thus changing the specific meaning of human reproduction.

In this vision we find the logic of industrial production: market research must be explored and promoted, experimentation refined, ever newer models produced.

Women are radically exploited and reduced to a few of their purely biological functions (providing ova and womb) and research looks to the possibility of constructing artificial wombs, the last step to fabricating human beings in the laboratory.

In the cloning process the basic relationships of the human person are perverted: filiation, consanguinity, kinship, parenthood. A woman can be the twin sister of her mother, lack a biological father and be the daughter of her grandfather. *In vitro* fertilization has already led to the confusion of parentage, but cloning will mean the radical rupture of these bonds.

As in every artificial activity, what occurs in nature is "mimicked" and "imitated", but only at the price of ignoring how man surpasses his biological component, which moreover is reduced to those forms of reproduction that have characterized only the biologically simplest and least evolved organisms.

The idea is fostered that some individuals can have total dominion over the existence of others, to the point of programming their biological identity - selected according to arbitrary or purely utilitarian criteria - which, although not exhausting man's personal identity, which is characterised by the spirit, is a constitutive part of it. This selective concept of man will have, among other things, a heavy cultural fallout beyond the - numerically limited - practice of cloning, since there will be a growing conviction that the value of man and woman does not depend on their personal identity but only on those biological qualities that can be appraised and therefore selected.

Human cloning must also be judged negative with regard to the dignity of the person cloned, who enters the world by virtue of being the "copy"

(even if only a biological copy) of another being: this practice paves the way to the clone's radical suffering, for his psychic identity is jeopardized by the real or even by the merely virtual presence of his "other". Nor can we suppose that a conspiracy of silence will prevail, a conspiracy which, as Jonas already noted, would be impossible and equally immoral: since the "clone" was produced because he resembles someone who was "worthwhile" cloning, he will be the object of no less fateful expectations and attention, which will constitute a true and proper attack on his personal subjectivity.

If the human cloning project intends to stop "before" implantation in the womb, trying to avoid at least some of the consequences we have just indicated, it appears equally unjust from the moral standpoint.

A prohibition of cloning which would be limited to preventing the birth of a cloned child, but which would still permit the cloning of an embryo-foetus, would involve experimentation on embryos and foetuses and would require their suppression before birth - a cruel, exploitative way of treating human beings.

In any case, such experimentation is immoral because it involves the arbitrary use of the human body (by now decidedly regarded as a machine composed of parts) as a mere research tool. The human body is an integral part of every individual's dignity and personal identity, and it is not permissible to use women as a source of ova for conducting cloning experiments.

It is immoral because even in the case of a clone, we are in the presence of a "man", although in the embryonic stage.

All the moral reasons which led to the condemnation of *in vitro* fertilization as such and to the radical censure of *in vitro* fertilization for merely experimental purposes must also be applied to human cloning.

The "human cloning" project represents the terrible aberration to which value-free science is driven and is a sign of the profound malaise of our civilization, which looks to science, technology and the "quality of life" as surrogates for the meaning of life and its salvation.

The proclamation of the "death of God", in the vain hope of a "superman", produces an unmistakable result: "death of man". It cannot be forgotten that the denial of man's creaturely status, far from exalting human freedom, in fact creates new forms of slavery, discrimination and profound suffering. Cloning risks being the tragic parody of God's omnipotence. Man, to whom God has entrusted the created world, giving him freedom and intelligence, finds no limits to his action dictated solely by practical impossibility: he himself must learn how to set these limits by discerning good and evil. Once again man is asked to choose: it is his responsibility to decide whether to transform technology into a tool of liberation or to become its slave by introducing new forms of violence and suffering.

The difference should again be pointed out between the conception of life as a gift of love and the view of the human being as an industrial product.

Halting the human cloning project is a moral duty which must also be translated into cultural, social and legislative terms. The progress of scientific research is not the same as the rise of scientific despotism, which today seems to be replacing the old ideologies. In a democratic, pluralistic system,

the first guarantee of each individual's freedom is established by unconditionally respecting human dignity at every phase of life, regardless of the intellectual or physical abilities one possesses or is deprived. In human cloning the necessary condition for any society begins to collapse: that of treating man always and everywhere as an end, as a value, and never as a mere means or simple object.

4. Human rights and freedom of research

At the level of human rights, the possibility of human cloning represents a violation of the two fundamental principles on which all human rights are based: the principle of equality among human beings and the principle of non-discrimination.

Contrary to what may appear at first sight, the principle of parity and equality among human beings is violated by this possible form of man's domination over man, and the discrimination comes about through the whole selective-eugenic dimension inherent in the logic of cloning. The Resolution of the European Parliament (12 March 1997) expressly states the violation of these two principles and forcefully appeals for the prohibition of human cloning and for the value of the dignity of the human person. Since 1983 the European Parliament and all the laws passed to legalize artificial procreation, even the most permissive, have always forbidden human cloning. It should be recalled that the Church's Magisterium has condemned the possibility of human cloning, twin fission and parthenogenesis in the 1987 Instruction *Donum vitae*. The basic reasons for the inhuman nature of possible human cloning are not because it is an extreme form of artificial procreation in comparison to other legally approved forms, such as *in vitro* fertilization, etc.

As we have said, the reason for its rejection is that it denies the dignity of the person subjected to cloning and the dignity of human procreation.

The most urgent need now seems to be that of re-establishing the harmony between the demands of scientific research and indispensable human values. The scientist cannot regard the moral rejection of human cloning as a humiliation; on the contrary, this prohibition eliminates the demiurgic degeneration of research by restoring its dignity. The dignity of scientific research consists in the fact that it is one of the richest resources for humanity's welfare.

Moreover, there is a place for research, including cloning, in the vegetable and animal kingdoms, wherever it answers a need or provides a significant benefit for man or for other living beings, provided that the rules for protecting the animal itself and the obligation to respect the biodiversity of species are observed.

When scientific research in man's interest aims to cure diseases, to relieve suffering, to solve problems due to malnutrition, to make better use of the earth's resources, it represents a hope for humanity, entrusted to the talent and efforts of scientists.

To enable biomedical science to maintain and strengthen its relationship with the true welfare of man and society, it is necessary to foster, as the Holy Father recalls in the Encyclical *Evangelium vitae*, a "contemplative outlook" on man himself and the world, with a vision of reality as God's creation and in a context of solidarity between science, the good of the person and of society.

"It is the outlook of those who see life in its dee-

per meaning, who grasp its utter gratuitousness, its beauty and its invitation to freedom and responsibility. It is the outlook of those who do not presume to take possession of reality but instead accept it as a gift, discovering in all things the reflection of the Creator and seeing in every person his living image" (*Evangelium vitae*, n. 83).

Mons. Elio Sgreccia **Prof. Juan de Dios Vial Correa**
Vice-President President

Note: The Italian text of this document on cloning, already published by L'Osservatore Romano on 25 June 1997 on page 7, is fundamental and official. All interpretations of the content in other languages should refer to it.

The English translation of the document was taken from the official publication of *Pontificia Academia pro Vita*, Libreria Editrice Vaticana, 1997, 00120 Città del Vaticano (19 pages).

MATERIÁL Y Z KURZOV ÚMEB

MATERIALS FROM COURSES OF IMEB

International Course & Conference on Bioethics "Health Care under Stress - Maintaining Integrity in Time of Scarcity", Bratislava, IMEB, August 26 - 31, 1996

ETICKÁ DIMENZIA DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Silvia Kyčinová-Brodňanová

Ústav ošetrovateľstva Jeseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine, Slovenská republika

V posledných rokoch sa starostlivosť o chorého človeka aj na Slovensku pomaly a čiastočne presúva z nemocníc do domácností. Hodnota domácej starostlivosti sa nedá vyčíslit iba ekonomickou úsporou. Jej prínos spočíva v zachovaní sociálnej integrácie pacienta v prirodzenom prostredí. Domáca starostlivosť umožňuje rodine starať sa o svojho chorého člena spoločne so sestrami agentúry domácej starostlivosti. V domácnosti sú pacienti odkázaní na sebaopateru, starostlivosť rodiny a odborným garantom tejto starostlivosti môže byť, v úzkej spolupráci s lekárom, sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Pri vstupe sestry do súkromia domova pacienta - klienta sa vyskytujú rozličné situácie, ktoré je potrebné riešiť nielen ošetrovateľsky ale aj z eticko-morálneho pohľadu: návšteva v domácnosti klienta, správanie sa sestry pri poskytovaní starostlivosti, právo na starostlivé a svedomitie ošetrovanie, zásah do súkromia domáceho prostredia (nutná úprava prostredia vyvolaná chorobou, nové pomôcky, prístroje...), ohrozenie sestry klientom a jeho rodinou, ohrozenie klienta sestrou, odmietnutie klienta zo strany sestry, odmietnutie konkrétnej sestry zo strany klienta, ai.

V prebiehajúcej transformácii zdravotníctva sa výrazne mení aj úloha a ponímanie ošetrovateľstva.

Mení sa i chápanie človeka z pohľadu sestry. Človek je ponímaný ako celistvá bytosť (holistický pohľad), so svojimi potrebami a cítením.

Ošetrovatelstvo ako profesia sa vo svojom prirodzenom vývoji do istej miery osamostatňuje. Sestra prestáva byť vo svojej práci mechanicky vedená lekárom a začína sa viac samostatne rozhodovať. Väčšia samostatnosť sestry však so sebou prináša aj väčšiu zodpovednosť. Vyžaduje si to veľké množstvo vedomostí a zručností, no v neposlednej miere i etický profesionálny prístup k pacientovi - klientovi. Sestra, ktorá pracuje v nemocnici, sa pri poskytovaní starostlivosti môže do istej miery spoľahnúť na pomoc starších, skúsenejších kolegýň. V istom ohľade oveľa zložitejšie podmienky pre svoju prácu má sestra agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá navštevuje klienta doma, v jeho prirodzenom prostredí.

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť v našich podmienkach poskytujú sestry agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti na základe písomnej ordinácie lekára. Pri vstupe do pacientovej domácnosti však sestra preberá plnú zodpovednosť za poskytnutú starostlivosť.

Sestra sa už pri vstupe do domácnosti klienta môže stretnúť s mnohými problémami. Vstupuje ako cudzia osoba do domáceho teritória klienta. Má sa správať ako na návšteve, alebo ako "opravár", ktorý prišiel "opraviť" pacientovo zdravie? Mnohé odporúčania hovoria, že sa má správať ako na návšteve. Ale ona predsa prišla pomôcť a naozaj niečo "opraviť"... Jej služba konkrétnemu človeku má vždy svoj profesionálny, ale aj svoj ľudský rozmer a rámec.

Dalšou otázkou môže byť správanie sestry pri ošetrovaní pacienta. To, aký postoj zaujme k samotnému ošetrovaniu, s akou profesionálnou presnosťou a istotou vykonáva svoju prácu, aký má prístup k pacientovi a k jeho rodine, môže ovplyvniť vzťah a obraz nielen o samotnej sestere a agentúre, ale aj o celom zdravotníctve. Sestra sa dostáva do zodpovednej úlohy reprezentanta zdravotníckeho povolania. Upozorňujeme na nutnosť profesionálneho prístupu nielen k chorému, ale aj k jeho rodine, ktorá sa v plnej miere zúčastňuje na starostlivosti o chorého a sama často potrebuje profesionálnu pomoc, radu a podporu.

Samotné ošetrovanie prináša so sebou rad nielen ošetrovateľských, psychologických, ale aj etických problémov. Ako sa správať pri ošetrovaní ťažkých zapáchajúcich rán, pri starostlivosti o dementného, agresívneho, alebo psychiatricky chorého klienta? Pri ošetrovaní je často nutné odhaľovať telo pacienta. Pri výkonoch, ktoré vyžadujú odhaľovanie alebo odkrývanie niektorých častí tela, mnohokrát intímnych, sa sestra stretáva so studom pacienta. Jej správanie pri poskytovaní starostlivosti musí byť vysoko profesionálne a taktné. Nemá napríklad zbytočne a necitlivo odhaľovať telo pacienta pred jeho príbuznými, i keď ide "iba" o intramuskulárnu injekciu do gluteálnej oblasti.

Dalšou otázkou etiky správania sa sestry v domácej starostlivosti je zásah do súkromia domáceho prostredia pacienta (klienta) a jeho rodiny. Často je v záujme klienta, i tých, ktorí ho ošetrojú, vhodná úprava bezprostredného i vzdialeného prostredia klienta. Úpravu vyžaduje lôžko, jeho výška, poloha v miestnosti, niekedy je nutné odstrániť koberce, ktoré prekážajú v chôdzi, vymeniť domácu obuv a mnoho iných zásahov. Ako vysvetliť klientovi a jeho rodine nutnosť takýchto úprav, najmä, keď sú

na predchádzajúce prostredie zvyknutí a sú s ním spokojní? Ak odmietajú, ako ich presvedčiť?

Iný okruh problémov predstavuje ohrozenie a odmietanie sestry. Sestra v agentúre pre domácu starostlivosť tým, že vstupuje do rôznych sociálnych prostredí, môže byť sama pri výkone svojho povolania ohrozená. Potencionálne ohrozenie sestry často býva najväčším demotivačným faktorom, pre ktorý sestry odmietajú prácu v teréne, alebo sa jej obávajú.

Opačným problémom môže byť ohrozenie klienta a jeho zdravia neodborným, neetickým ošetrovateľským alebo iným zásahom zdravotníckeho pracovníka. Pacient má právo na vysoko kvalifikované ošetrovanie a správanie sa pracovníkov podľa etických princípov ošetrovatelstva. Akým spôsobom sa môže klient proti neprofesionálnemu prístupu brániť?

Pacient má právo na odmietnutie. Nielen na odmietnutie lekárskeho, či ošetrovateľského zásahu, ale aj konkrétnej sestry. S odmietaním sa najčastejšie stretáme pri odbornej praxi študentov, ktorí ako "cudzí" osoba vstupujú do domácnosti klienta. Pacient a jeho rodina si často nepraje vstup ďalšieho cudzieho človeka do domácnosti a neželá si, aby o pacientovej chorobe vedela ďalšia osoba.

Odmietanie sa môže vyskytnúť i na opačnom póle - ak sestra odmieta poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť konkrétnemu klientovi. Je možné, aby sestra neposkytla starostlivosť? Ak áno, za akých podmienok?

Záverom

V našom príspevku sme chceli poukázať na niektoré etické problémy v činnosti sestier pracujúcich v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Ich výpočet nie je zďaleka úplný. Chcel by však byť príspevkom a povzbudením do diskusie. Ide tu o skvalitnenie a rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá má zaiste i v našich podmienkach dobré perspektívy a je veľmi potrebná. Záujmom pacientov, ako aj ich príbuzných je, aby túto starostlivosť poskytovali profesionálne aj osobnostne vyspelé, kvalifikované sestry.

Literatúra

Brodňanová, S.: Starostlivosť o sociálne odkázaného (diplomová práca). Ústav ošetrovatelstva Jeseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Martin, 1995.

Bullough, B., Bullough, V.: Nursing in the community, C.V. Mosby Company, USA, 1990.

Petrowski, D.: Handbook of community health nursing, Springer Publishing Company, USA, 1984.

Saucier, K.: Perspectives in family and community health, Mosby Year Book, USA, 1991.

Kyčinová-Brodňanová, S.: Ethical dimension of home nursing care. ME&B, 3(3)1996, p. 18 - 19. The patient's care is moving nowadays from the hospitals towards home care also in Slovakia. The positive aspects are not to be seen solely in an economical contribution (sparing), but also in the social integration of the patient/client in his/her home environment. Home care nurses can enter within the scope of their work into various difficult situations, that have to be solved both from the professional (nursing) as well as from the ethical point of view. The paper gives examples of the most important problems encountered. *Key words:* home nursing care, endangering, refusing.

Adresa/Address: Mgr. Silvia Kyčinová-Brodňanová, Ústav ošetrovatelstva Jeseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Martine (Vedúca: Mgr. Alžbeta Hanzlíková), Slabinská 26, 03601 Martin, Slovenská republika.

BIOETHICS: A HISTORY

R. Dell'Oro & C. Viafora (Editors)

International Scholar Publications, San Francisco - London - Bethesda, 1996, 313 strán.

Pozoruhodná publikácia o dvadsaťročnej histórii bioetiky predstavuje súbor prác popredných, renomovaných európskych a svetových osobností odboru. Je výsledkom medzinárodnej konferencie organizovanej talianskou inštitúciou *Fondazione Lanza*, ktorá sponzorovala aj preklad pôvodného titulu (*Vent'anni di bioetica*) do angličtiny. Cieľom publikácie, okrem iného, je poskytnúť v anglickom jazyku relatívne ucelený pohľad na vznik a približne dvadsaťročný vývoj bioetiky v rôznych jazykových a kultúrnych oblastiach sveta. Kniha chce takto prispieť k lepšej vzájomnej informovanosti pracovníkov v bioetike, ako aj podnietiť medzinárodný a interkulturálny dialóg v odbore. Ide o jednu z prvých publikácií svojho druhu vo svetovej literatúre.

Publikácia ponúka veľmi užitočný prehľad rôznych tém, prostredí a analýz. V úvodnej kapitole *Bioethics Today: An historic and systematic account (Bioetika dnes: historický a systémový prehľad)* Prof. C. Viafora (Padova, Taliansko), zostavovateľ knihy, objasňuje kultúrny kontext, morálnu metodológiu, body súhlasu a nesúhlasu v oblasti bioetiky, videné z medzinárodnej perspektívy. Prof. D. Roy (Montreal, Kanada) v kapitole *Orientations and tendencies in bioethics 1970 - 1990 (Orientácie a tendencie v bioetike 1970 - 1990)* analyzuje kontúry vývoja bioetiky v medzinárodnom pohľade: minulé a najnovšie sa objavujúce smery myslenia a problémy, a to vo svetle bohatého vedeckého myšlienkového základu medicíny, filozofie a praktickej etiky.

Prof. W. Reich (Washington, USA) podáva zasvätený pohľad na počiatky a rozvoj bioetiky v Spojených štátoch amerických (*Bioethics in the United States*) a na hlavné témy a tendencie odboru, ako sa rozvíjali v severoamerickom medicínskom a kultúrnom prostredí.

Kapitola o vývoji a zvláštnych črtách bioetiky v španielsky hovoriacich krajinách, vrátane krajín Južnej Ameriky (*Bioethics in the Spanish-speaking world*, autor Prof. Diego Gracia Guillen, Complutense, Španielsko), prináša, okrem iného, aj analýzu bioetiky ako civilnej (občianskej) etiky, ako pluralistickej etiky, ako autonómnej a racionálnej etiky.

Prof. J.-F. Malherbe (Louvain, Belgicko; Montreal, Kanada) v kapitole *Orientations and tendencies of bioethics in the French-speaking world* referuje a vychodiskách a vývoji bioetiky vo francúzsky hovoriacom kultúrnom priestore. Analyzuje aj vzťah bioetiky k filozofii medicíny, ako sa rozvíjala na európskom kontinente.

Prof. A. Bompiani (Rím, Taliansko) v kapitole *The outlines of Italian bioethics* podáva prehľad o vývoji medicínskej etiky a bioetiky v Taliansku. Venuje sa konkrétnej analýze kľúčových problémov, ktoré boli predmetom širšej debaty v národnom meradle a poukazuje na špecifické východiská a konkrétne prístupy k ich riešeniu (problém zdravotného systému v Taliansku, rozdeľovanie prostriedkov pre a v zdravotníctve, výskum a experimentovanie, génové manipulácie, metódy asistovanej reprodukcie človeka, eutanázia,

proporcionalita liečby, etika životného prostredia, "práva" zvierat, ai.). Kapitola obsahuje aj podrobné informácie o najvýznamnejších centrách bioetiky v Taliansku.

Prof. A. Bondolfi (Curych, Švajčiarsko) analyzuje vývoj a súčasný stav bioetiky v nemecky hovoriacich krajinách (*Orientations and tendencies of bioethics in German-speaking world*). Poukazuje na významné úsilie o "rehabilitáciu praktickej filozofie" (najvýznamnejšie prístupy: neo-aristotelovský, hermeneutický, analytický, (neo-)marxistický a teologický), na modelové prístupy morálnej argumentácie a aktuálne etické teórie prítomné v nemecky hovoriacom kultúrnom priestore. Podáva prehľad najvýznamnejších výskumných a výukových centier a vedúcich osobností bioetiky a uvádza prevažujúce etické postoje k niektorým kľúčovým problémom bioetiky (génové a prokreatívne technológie, prenatálna diagnostika, umelý potrat, sterilizácia, transplantácia orgánov, starostlivosť o terminálne chorého pacienta). Knihu dopĺňa kapitola Prof. M. A. M. de Wachtera (Holandsko) o problematike eutanázie v Holandsku (*Euthanasia in the Netherlands*).

Prednosťou tejto výnimočnej publikácie, okrem nepopierateľnej autority samotných autorov, predstavujúcich priekopníkov a vedúce osobnosti bioetiky v jednotlivých kultúrnych a rečovných oblastiach, je aj bohatá bibliografia, usporiadaná prehľadne na konci jednotlivých kapitol. Cenné biografické (a profesionálne) informácie o autoroch, spolu s výberom ich najvýznamnejších publikácií vhodne dopĺňajú vysokú informatívnu hodnotu knihy.

Publikáciu možno vrelo odporúčať ako základnú literatúru všetkým záujemcom o bližšie poznanie bioetiky ako moderného interdisciplinárneho odboru v jeho najvýznamnejších medzinárodných súvislostiach a predstaviteľoch - študentom medicíny, prírodných vied, práva, filozofie i ďalších humanitných disciplín, vedeckým pracovníkom, ale aj lekárom a iným zdravotníckym pracovníkom s hlbším záujmom o filozofické (etické) otázky medicíny a biologických vied.

MUDr. J. Glasa, CSc.

Adresa vydavateľa: International Scholar Publications, 7831 Woodmont Ave., #345, Bethesda, MD 20814, USA.

**BIOLOGIE IM HORIZONT DER PHILOSOPHIE
B. Rössler (Editor)**

Vlg. Peter Lang AG, Bern, 1997, 288 strán.

Príprava *Európskej konvencie o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka vo vzťahu k aplikácii biológie a medicíny - Konvencie o ľudských právach a biomedicíne* vyvolala mnohé debaty na odborných a vedeckých fórach, ako aj v širšej verejnosti. Publikácia zostavená B. Rösslerom zachytáva pozoruhodné príspevky a diskusiu, ktoré odozneli na pôde Európskeho parlamentu (EP) 21. júna 1996 v rámci sympózia venovaného Bioetickej konvencii, ktorého podtitul sa stal titulom celej knihy.

Sympóziu sa konalo krátko na to, ako Výbor *ad hoc* pre bioetiku (CDBI) pri Rade Európy (RE) schválil a predložil na rokovanie Rade ministrov RE záverečnú, prepracovanú verziu návrhu Konvencie (6. 6. '96). Podujatie nadviazovalo na už tradičné aktivity (konferencie) neformálneho štrasburského *Debatného kru-*

hu (*Conversation Circle*), ktoré sa na pôde EP konajú pod záštitou Dr. O. von Habsburga. Umožňujú interdisciplinárny a interkulturálny dialóg (na vysokej odbornej úrovni) o rôznych závažných problémoch, ktoré sa prerokovávajú EP. Obsahom publikácie sú najvýznamnejšie odborné príspevky pozvaných prednášateľov, protokol zachytávajúci v origináli priebeh samotnej konferencie (vrátane diskusných príspevkov), ako aj veľmi kvalitné doplnkové analytické prehľady (viď nižšie) a texty významných medzinárodných dokumentov, tvoriace prílohu knihy.

Úvodná štúdia B. Rösslera, organizátora sympózia a zostavovateľa publikácie, prináša analýzu celkovej situácie v biomedicínskych vedách a odrazu ich najvýznamnejších výsledkov v kultúre a politike v európskom i globálnom pohľade. Poukazuje na východiská a myšlienkové prúdy, ako aj rôzne záujmy, ktoré viedli k vypracovaniu a doterajším diskusiám okolo Konvencie.

Protokol sympózia začína pozdravnými a úvodnými prejavmi čestných hostí (Dr. L. Tindemans, Dr. P. Liese, Dr. O. von Habsburg, Dr. B. Posselt), ktoré pripomínajú širšie filozofické, kultúrne i politické súvislosti Sympózia. Nasledujú vyžiadané referáty pozvaných hostí.

V príspevku Dr. P. Lieseho, člena EP, sekretára EVP (Európska ľudová strana) pracovnej skupiny pre bioetiku a predsedu pracovnej skupiny pre bioetiku EP, autor podáva prehľad vývoja "bioetickej" debaty v EP (*Zur bioethischen Debatte im EP*). V úvode príspevku vysvetľuje postavenie a vzájomné vzťahy EP, RE a EU, z ktorých vyplývajú politické dôsledky prijatia Konvencie v európskom, ale aj v globálnom meradle. V ďalšom charakterizuje najvýznamnejšie problémové okruhy, ktoré sa stali predmetom odbornej i politickej debaty (zápasu) v prípravných fázach Konvencie. Koncentruje sa najmä na tri oblasti: 1) výskum u osôb neschopných dať informovaný súhlas, 2) výskum na ľudských zárodkoch, 3) génové manipulácie u človeka (najmä týkajúce sa zárodočných buniek, alebo buniek ľudského embrya).

Prof. Dr. M. Balkenohl (Osnabrück) analyzuje obsah Konvencie z vecného a najmä z etického hľadiska (*Reflexionen zu den Entwürfen einer Bioethik-Konvention: Ihre Inhalte und ihre Mängel*). Po úvode venovanom základným etickým princípom a východiskám, stojacim na strane rešpektovania a ochrany ľudského života od počatia po jeho prirodzenú smrť, nasledujú konkrétne príklady závažných etických problémov modernej medicíny z hľadiska ich odrazu v texte navrhovanej Konvencie (génové technológie, prenatálna diagnostika, klonovanie, kryokonzervácia ľudských zárodkov, výskum na ľudských zárodkoch, analýza ľudského genómu, ai.).

Príspevok Prof. Jozefa Seiferta (Lichtenstein) bol venovaný filozofickej analýze problému zneužívania tematiky a "jazyka" ľudských práv vo vedeckej a politickej debate (*The Alleged Fundamental Human Right to Abortion - Critical Notes on the Use and Abuse of Human Rights Talk in the Abortion Debate*), najmä vzhľadom na nekontrolovanú novotvorbu domnelých alebo antihumaných nových ľudských práv, nemajúcich základ v prirodzenosti a dôstojnosti ľudskej osoby, alebo prichádzajúcich do rozporu s už deklarovanými "základnými ľudskými právami" (*angl. fundamental human rights*). Zneužívanie sa zvyčajne uskutočňuje troma základnými spôsobmi: 1) falošné nároky nových "ľudských práv" neoprávneným rozširovaním platnosti autentických ľudských práv na oblasti,

ktorých sa tieto netýkajú, 2) popletenie autentických ľudských práv s domnelými právami, 3) vymýšľanie nových ľudských práv. Autor poukazuje na konkrétnych príkladoch na chybné vecné a filozofické uvažovanie (i na zámer, stojaci v jeho pozadí), ktoré sa pokúša zdôvodňovať a presadzovať takéto "práva".

Člen britského parlamentu - D. Alton, hovorí o konkrétnych vecných, ideových a politických aspektoch "bioetickej debaty" vo Veľkej Británii (VB) (*The Bioethics Debate in Great Britain. A Political perspective*). V príspevku sú konkrétne údaje o IVF programoch vo VB a o problematike ľudských embryí uchovávaných v zmrazenom stave. Autor pripomína klasické i novodobé eugenické postoje, ktoré sa premietajú do konkrétnych legislatívnych iniciatív a mediálnych kampaní.

Zaujímavou súčasťou knihy je doslovný záznam panelovej diskusie o kľúčových aspektoch Konvencie, ktorá miestami mala pomerne ostrý, až polemický charakter, najmä zásluhou panej W. Kobusch, predsedkyne európskej občianskej iniciatívy zameranej proti Konvencii a poukazujúcej na viaceré nedostatky textu a na dôsledky, ktoré prijatie Konvencie bude mať na mnohé aspekty medicíny, ochrany ľudských práv a verejného života. Panelovej diskusie sa ďalej zúčastnili Prof. Cüer, Prof. Herranz (ako členovia panelu), a Prof. Wuermeling, Dr. Norris, Prof. Balkenohl, pani Aitken a Ramm, Dr. Dinkel, Prof. Süssmuth a Dr. Gunning. (V nadväznosti na diskusiu prišlo aj výmene otvorených listov medzi Prof. Wuermelingom a pani Kobusch, ktoré sú prílohou zápisu diskusie.)

Súčasťou publikácie sú aj tri kvalitné prehľadové referáty, ktoré boli pripravené pre Sympóziu, ale nemohli odznieť z časových dôvodov (*Doc. Dr. R. Steindl (Praha): Todesproblem und Bioethik in Ost-Mittel-Europa, Prof. J. Schmucker von Koch (Regensburg): Das problem der Menschenwürde in der bioethischen Diskussion der Gegenwart, Prof. M. Balkenohl (Osnabrück): Exkurs... I. zur In-vitro-Fertilisation, II. ...zur Genomanalyse*). Texty niektorých príspevkov sú preložené do nemčiny, resp. do angličtiny. Texty medzinárodných dokumentov v prílohe knihy sú prevažne v nemčine (ináč sú v angličtine).

Možno zhrnúť, že kniha obsahuje informatívne materiály na vysokej odbornej úrovni, ktoré čitateľovi vhodne osvetlia pozadie diskusií spojených s prípravou Európskej bioetickej konvencie, predstavujúcej jeden z najdôležitejších dokumentov pre oblasť bioetiky vypracovaných v Európe v poslednom desaťročí. Vrelo odporúčame všetkým záujemcom o hlbšie poznanie filozofických, kultúrnych a spoločenských aspektov kľúčových bioetických problémov súčasnosti.

MUDr. J. Glasa, CSc.

Adresa vydavateľa: Vlg. Peter Lang AG, Jupiterstr. 15, CH-3000 Bern 15, Switzerland.

"... svoj život zasvätiť službe ľudskosti;
- svoje povolanie budem vykonávať svedomito a dôstojne;
- zdravie pacienta bude mojím prvoradým záujmom;
- budem rešpektovať zverené tajomstvo, a to aj po smrti pacienta;
- zachovám všetkými dostupnými prostriedkami vážnosť a vznešené tradície lekárskeho povolania; ..."

Ženevská deklarácia (WMA, Sydney, 1968)

Pokyny pre autorov

1. Rukopisy majú byť napísané v spisovnom slovenskom alebo anglickom jazyku na kvalitnom papieri formátu A4 (60 znakov, 30 riadkov na jednu stranu), najlepšie elektrickým písacím strojom alebo laserovou tlačiarňou počítača.

2. Pokiaľ možno prosíme dodať rukopisy napísané aj v niektorom z bežných textových editorov (napr. T602, Word Perfect, MS Word, atď.) na diskete s uvedením mena autora, názvu príslušného súboru a použitého textového programu.

3. Rozsah príspevkov: a) pôvodné práce a prehľady: do 10 strán textu (vrátane zoznamu literatúry) a najviac 5 príloh (obrázky, grafy, tabuľky, a pod.), b) listy redakcii, recenzie, správy z kongresov a konferencií, a pod.: do 4 strán textu a 2 príloh.

4. Titulná strana rukopisu má obsahovať názov práce, mená a priezviská všetkých autorov príspevku (vrátane ich akademických titulov), názov pracoviska (pracovísk) autora (autorov) s uvedením mena a priezviska vedúceho pracoviska (vrátane titulov). Pôvodná ako aj prehľadová práca má byť doplnená výstižným súhrnom, napísaným v rozsahu cca 10 – 20 riadkov, a zoznamom kľúčových slov (v slovenčine aj v angličtine). (Redakcia zabezpečí preklady súhrnov iba v osobitných prípadoch.)

5. Citovaná literatúra sa usporadúva abecedne podľa priezviska a skratky krstného mena (prvého) autora. V texte sa odvolanie na citovanú prácu označí uvedením poradového čísla citovaného literárneho prameňa [v zátvorkách].

Citácie prác z časopisov: (poradové číslo citácie), priezvisko autora, skratka jeho krstného mena (najviac 4 autori, ak je autorov 5 a viac, uvedú sa len prví traja a po čiarke "a spol." alebo "et al."), dvojbodka, plný názov citovanej práce (bodka), oficiálna skratka názvu časopisu, ročník, rok vydania, číslo, prvá strana, pomlčka, posledná strana citovaného príspevku, bodka. Pred číslo uviesť skratku "č", pred prvú stranu skratku "s". (Príklad (vymyslený): 1. Mašura, J., Kopáč, L., Sedlák, V., a spol.: Problém parenterálnej výživy u pacientov v perzistujúcom vegetatívnom stave – etické aspekty. ME&B, 1, 1994, č. 2, s. 12 – 14.)

Citácia knihy: priezvisko autora (autorov), skratka krstného mena, dvojbodka, plný názov knihy (bodka), vydavateľ, miesto, rok vydania, počet strán, citovaná/é strana/y. Citácia knižnej kapitoly: priezvisko autora (autorov), skratka krstného mena, dvojbodka, plný názov knihy (bodka), In: Citovaná kniha, prvá strana, pomlčka, posledná strana citovanej kapitoly. Pred prvú stranu uviesť skratku "s".

6. Dokumentácia príspevku môže obsahovať obrázky (ev. kvalitné ČB fotografie, prípadne negatívy), grafy a tabuľky. Každú prílohu uviesť samostatne na zvláštnom liste papiera v kvalitnom vyhotovení. Označiť na zadnej strane menom (prvého) autora, druhom prílohy (obr., tab., graf) a jej poradovým číslom.

7. Rukopisy sa zasielajú v dvoch kompletných exemplároch (vrátane dokumentácie) na adresu redakcie. V sprievodnom liste je potrebné uviesť presnú adresu autora pre korešpondenciu (vrátane telefónneho prípadne faxového čísla), úplný zoznam spoluautorov s názvom ich pracoviska a presnou adresou, ako aj prehlásenie o tom, že rukopis dosiaľ nebol uverejnený alebo poslaný na uverejnenie v inom medicínskom periodiku.

8. Zaslané rukopisy majú byť formulované definitívne. Pôvodné práce a prehľady sú pred prijatím na uverejnenie recenzované.

9. Redakcia si vyhradzuje právo vykonať na rukopise (vrátane jeho názvu) nevyhnutné redakčné úpravy, skrátiť ho, alebo po pripomienkach recenzenta vrátiť autorovi na upravenie.

10. Redakcia si vyhradzuje právo určiť poradie a konečnú úpravu rukopisu do tlače.

11. Rukopisy, ktoré nezodpovedajú celkovej koncepcii časopisu, alebo neboli upravené v súlade s pokynmi pre autorov a pripomienkami recenzentov, nemôžu byť uverejnené.

12. Vzhľadom na neziskový charakter časopisu uverejnené príspevky nie sú honorované.

Instructions for Authors

1. Manuscripts submitted for publishing in "Medical Ethics & Bioethics" should be written in standard Slovak or English on a good quality white paper – format A4 (60 characters per line, 30 lines per page). Electric typewriter or PC laser (not matrix) printer should preferably be used.

2. Authors are encouraged to submit manuscripts also written on a diskette by using a common PC text editor (e.g. T602, Word Perfect, MS Word, etc.) – the name of the author, text file and the text editor used should be indicated on the label of the diskette.

3. Size of contributions: a) original articles and reviews: up to 10 text pages (including the list of references) and 5 pieces of enclosures (pictures, figures, tables), b) letters to the editor, book reviews, news, reports from scientific meetings, etc.: up to 4 text pages and 2 pieces of enclosures.

4. Title page of the manuscript should indicate the title of the contribution, names (incl. academic titles), institutions and addresses of all authors. Original as well as a review article should be accompanied by an abstract (size about 10 – 20 lines) and a list of key words in Slovak and English. (In some cases the translation of the abstract could be provided by the Editorial Office.)

5. References should be given in an alphabetical order according to the surname and initial(s) of other name(s) of the first author. Quotations in the text should be made by indicating the order number of the reference [in the brackets]. Individual references should be given according to the tentative examples given here: a) journal articles: 1. Mašura, J., Kopáč, L., Sedlák, V., et al.: Problém parenterálnej výživy u pacientov v perzistujúcom vegetatívnom stave – etické aspekty. ME&B, Vol. 1, 1994, No. 2, p. 12 – 14. b) articles in the book: Johnson, V.: Persistent vegetative state – medical aspects. In: Shaw, T. S. (ed.): Persistent vegetative state. Irwin Books Ltd., Bratislava, 1994, 386 pages, p. 31 – 49.

6. Documentation of the manuscript could comprise pictures (ev. good quality photos, or negatives), figures and tables. Every item should be enclosed on a separate sheet of paper (not included in the text), made up in a good quality. Author's name, type of documentation (picture, table, figure) and its order number should be indicated overleaf.

7. Manuscripts should be mailed as two complete copies (including documentation) to the address of the editor. In the accompanying letter the address of author to whom the correspondence should be directed (incl. telephone, or fax numbers), as well as a complete list of other authors together with the names of institutions and authors' addresses should be indicated. The letter should contain also the statement on the originality of submitted manuscript (i. e. that it has not yet been published or submitted for publication elsewhere).

8. Manuscripts submitted should be formulated in a final form. Original papers as well as review articles are subjected to the peer review process before their acceptance for publication.

9. Editorial Board reserves itself the right to make necessary editorial changes of the manuscript (including its title), to shorten the original text, or returning the manuscript to the author for adjustments according to the recommendations of the reviewers.

10. Editorial Board reserves itself the right to determine the order and final adjustment of the manuscripts for the publication.

11. Manuscripts that do not meet the overall conception of the journal, or those not prepared according to the Instructions for Authors and recommendations of reviewers cannot be accepted for the publication.

12. According to the non-profit character of the journal the authors of manuscripts published are not entitled to any financial honorarium.

No. 1

■ Od redakcie/Editorial <i>J. Glasa</i>	1
■ Dokumenty/Documents	3
“CÍLE MEDICÍNY. Určení nových priorit.”	
- Závěrečná zpráva mezinárodního multicentrického výzkumního projektu (český překlad)	
/"GOALS OF MEDICINE. Setting New Priorities."/	
- Final Report of the International Multicentric Research Project (Czech translation)	
- Předmluva	3
- Shrnutí	3
- Cíle medicíny. Určení nových priorit	4
- Zpochybnění tradičních cílů medicíny	4
- Zdroje napětí	5
- Medicína a společnost	7
- Specifikace cílů medicíny	9
- Nevhodné medicínské cíle a zneužití lékařského poznání	12
- Praktické cíle a důsledky	13
- K čemu směřujeme	17
- Závěr	19
- Dodatek: odlišné názory jednotlivých skupin	19
- International Group Leaders	19
- The Slovak Study Group's Statement to the Final Report of the Project (Full text) <i>J. Glasa</i>	19
- Členovia Slovenskej študijnej skupiny projektu "Goals of Medicine"	20

No. 2

■ Pôvodné práce/Original Articles	1
- Discriminating Against Children with Handicapping Conditions (2)/Diskriminácia handicapovaných detí (2) <i>S. M. Pueschel</i>	1
■ Prehľad/Reviews	4
- Genetically Engineering Desirable Traits: The Ethical Challenges/Genetické inžinierstvo žiadúcich vlastností: Etické aspekty <i>R. W. Evans</i>	4
■ Listy redakcii/Letters	9
- Zamyšlení nad lékařskou etikou v postmoderní době/Some Reflections on Medical Ethics in the Postmodern Era <i>T. Lajkep</i>	9
■ Dokumenty/Documents	11
- Council of Europe: Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine	11
- Rada Európy: Konvencia na ochranu ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou	

biologie a medicíny (Konvencia o ľudských práвах a biomedicíne)	15
- K návrhu Konvencie na ochranu ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biologie a medicíny (Konvencia o ľudských práвах a biomedicíne) <i>L. Šoltés</i>	18

No. 3 - 4

■ Pôvodné práce / Original Articles	1
- Discriminating Against Children with Handicapping Conditions (3) / Diskriminácia handicapovaných detí (3). <i>S. M. Pueschel</i>	1
- Ethics Committees in the Slovak Republic (1990 - 1997) / Etické komisie v Slovenskej republike (1990 - 1997). <i>J. Glasa</i>	4
- Základné princípy etiky v geriatrickej starostlivosti. / Basic Ethical Principles in the Geriatric Care. <i>J. Dačok</i>	7
- Niektoré etické problémy psychologickej diagnostiky a psychoterapie v detskom veku. /Some Ethical Problems of Psychodiagnostics and Psychotherapy in Children. <i>M. Glasová, J. Stempelová</i>	8
■ Prehľad/ Reviews	10
- Informovaný súhlas. / Informed Consent. <i>J. Klepanec, M. Mojzešová</i>	10
■ Listy redakcii / Letters	14
- Etická problematika rodinnej terapie. /Ethical Problems of Family Therapy. <i>M. Glasová</i> ..	14
■ Dokumenty / Documents	15
- Opinion of The CDBI on Human Cloning. /Stanovisko CDBI ku klonovaniu človeka. <i>Steering Committee on Bioethics (CDBI) of the Council of Europe</i>	15
- Reflections on Cloning. / Úvahy o klonovaní. <i>Pontificia Academia pro Vita</i>	16
■ Materiály z kurzov / Course Materials	18
* International Course & Conference on Bioethics "Health Care under Stress", Bratislava, IMEB, August 26 - 31, 1996	
- Etická dimenzia domácej ošetrovateľskej starostlivosti. / Ethical Dimension of Home Nursing Care. <i>S. Kyčinová-Brodňanová</i>	18
■ Recenzie / Book Reviews	20
- Bioethics: A History (R. Dell'Oro & C. Viafora - eds.) <i>J. Glasa</i>	20
- Biologie im Horizont der Philosophie (R. Rössler - ed.) <i>J. Glasa</i>	20
■ Pokyny pre autorov / Instructions for Authors	22
■ Súhrnný obsah ročníka IV. (1997)	23

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).

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)

Vedúci redaktor/Editor: J.Glasa ■ Redakčná rada/Editorial board: M.Babáľ, 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.Duriš, 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 pôst 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

PRINTED IN SLOVAKIA

Reklama

Advertisement