

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Autumn - Winter 1999 Vol. 6 No. 3 - 4

OBSAH / CONTENTS

■ Od redakcie/Editorial <i>J. Glasa</i>	1,12- 13
■ Pôvodné práce/Original Articles	2
- Etické problémy operácií vrodených chýb srdca v detskom veku. / Ethical Issues in Operations of the Congenital Heart Defects in Children. <i>V. Milovský</i>	2
- Ľudské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. / Human Rights in the Health Care. <i>J. Glasa, M. Glasová</i>	6
- Úvaha nad morálnym statutom ľudského embrya. / Reflections on Moral Status of Human Embryo. <i>T. Lajkep</i>	10
- Problém svedomia v totalitnom svete. / Problem of Conscience in the Totalitarian World. <i>K. Glasová</i>	13
■ Listy redakcii/Letters	14
- Matters of Life and Death in the Postmodern World. / Otázky života a smrti v postmodernom svete. <i>R. W. Evans</i>	14
■ Správy z konferencií/Conference Reports	17
- Medzinárodná konferencia „Dohovor o biomedicíne a ľudských právach“, Bratislava 25. - 26. 6. 1999 <i>S. Gubová</i>	17
■ Kalendár odborných podujatí/Forthcoming Meetings	17
■ O knihách/Books	18
- Hospic slovom a obrazem. (<i>M. Svatošová, M. Jirmanová</i>) <i>J. Glasa</i>	18
- European Conscience. (<i>J. Coleman, Ed.</i>) <i>K. Glasová</i>	18
■ Pokyny pre autorov /Instructions for Authors	19
■ Kumulatívny obsah ročníka 6./Cummulative Index of Vol. 6	20

OD REDAKCIE / EDITORIAL

Milí priatelia, čitatelia a čitateľky,
podporovatelia a priaznivci ME&B,¹

December 1999

na prahu prelomového "Roku Milénia" dovoľujem si Vás srdečne pozdraviť v mene redakcie nášho spoločného časopisu. Predovšetkým Vám všetkým chcem poďakovať za priazeň a podporu, ktorú ste prejavili a prejavujete časopisu v priebehu nefahkých rokov jeho doterajšej existencie. Vaše odborné písomné príspevky, predplatné alebo sponzorstvo, "manuálna" pomoc redakcii pri administrácii a rozosielení časopisu, konštruktívna kritika, ba niekedy i len mlčanlivá podpora a prejavovaný záujem majú zásluhu na tom, že náš časopis s veľkou pravdepodobnosťou "prežije rok 2000". V poslednom ročníku, ktorého druhé dvojčíslo práve držíte v rukách, sme museli pristúpiť k radikálnym úsporným opatreniam - predĺženiu intervalu vychádzania časopisu formou dvojčísel. V budúcich ročníkoch, pokiaľ nám to finančná situácia čo len trochu dovolí, by sme sa radi vrátili k pravidelnej štvrtročnej periodicite časopisu.

Keď hodnotíme uplynulé obdobie prichádzajú nám na pamäť drobné i významnejšie úspechy, menšie, či väčšie chyby a nedostatky, ale aj nové zábery a predsavzatia do budúcnosti. Niektorí myslitelia neváhajú nazývať prichádzajúce storočie "storočím bioetiky". I keď sa toto označenie snáď môže zdať trochu prehnané, je isté, že problémy bioetiky budú v blízkej i vzdialenejšej budúcnosti "hýbať" nielen masovokomunikačnými médiami a verejnou mienkou, akademickou pôdou univerzít a výskumných inštitúcií, ale aj vládami a parlamentmi azda všetkých krajín sveta. Spôsob a obsah riešenia kľúčových 'otázok života a smrti', t.j. otázok bioetiky, konfrontácia rôznych kultúr a svetových názorov v epoche globalizácie, budú pravdepodobne rozhodovať o budúcnosti a 'tvári' ľudskej civilizácie na našej planéte. Ambíciou i poslaním nášho časopisu v nasledujúcom období bude prispievať k informovanosti, vzdelávaniu a dialógu v oblasti medicínskej a ošetrovateľskej etiky, etiky zdravotníctva, i v širokej oblasti záujmu súčasnej bioetiky.

Všetko najlepšie - a ešte mnoho spoločných dobrých a zaujímavých stránok, priatelia!

Dr. Jozef Glasa
vedúci redaktor

¹ English text see on p. 12 - 13.

ETICKÉ PROBLÉMY OPERÁCIÍ VRODENÝCH CHÝB SRDCA V DETSKOM VEKU

Vladimír Milovský

Subkatedra detskej kardiológie Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny; Detské kardiocentrum Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou; Bratislava

Abstrakt

Nové diagnostické a terapeutické postupy, spojené s využitím novej prístrojovej techniky, nových materiálov a liekov, spolu so zlepšenou pooperačnou starostlivosťou umožnili presunúť termíny operácií komplexných vrodených chýb srdca do novorodeneckého veku. V nových podmienkach možno s úspechom využiť aj niektoré staršie, v predchádzajúcom období opustené operačné postupy, ktoré v pôvodných indikáciách mali pomerne vysoký výskyt závažných komplikácií. Pokroky v diagnostických a liečebných postupoch však otvorili aj nové etické problémy vo viacerých oblastiach detskej kardiológie. Týkajú sa najmä posúdenia prospešnosti a neškodnosti uvažovaných lekárskeho výkonov v nasledovných problémových okruhoch: prenatalná diagnostika, dieťa s Downovým syndrómom, použitie starších operačných postupov v nových modifikáciách alebo indikáciách, komplikované až experimentálne chirurgické výkony, transplantácia srdca. Autor analyzuje uvedené problémy vo svetle základných bioetických princípov, pričom upozorňuje na potrebu rešpektovania časového faktora pri hodnotení nielen krátkodobých, ale aj dlhodobých výsledkov uvažovaných diagnostických a liečebných postupov v detskej kardiológii.

Kľúčové slová: detská kardiológia, vrodená srdcová chyba, operácie, lekárska etika.

Úvod

V predchádzajúcej práci venovanej niektorým etickým problémom v detskej kardiológii sme analyzovali vybrané klinické situácie na pozadí štyroch základných princípov bioetiky (autonómie, prospešnosti, neškodnosti a spravodlivosti) [1]. V tomto príspevku budeme venovať pozornosť niektorým etickým problémom, špecifickým pre súčasný stav vedomostí a výsledky súčasných zložitých kardiouchirurgických výkonov v útlom detskom veku.

Ešte v pomerne nedávnej dobe sa vrodené chyby srdca delili na tzv. *kritické*, t.j. v daných podmienkach prakticky neoperovateľné, a *nekritické*, ktoré bolo možné relatívne úspešne operačne riešiť. Vtedajšie technické a prístrojové vybavenie umožňovalo operovať komplikované, najmä cyanotické chyby až po dosiahnutí určitej telesnej hmotnosti pacienta, pričom kompletná korekcia chyby sa urobila až pred dosiahnutím adolescence. Pre pomerne vysokú mortalitu a obavy z akútnych a neskorých pooperačných komplikácií pri komplexných chybách srdca (t.j. pre nízky stupeň prospešnosti a neškodnosti vtedy dostupných kardiouchirurgických postupov) sa tieto deti neoperovali a chorobe sa ponechal jej "prirodzený" priebeh. Dlhodobým sledovaním a liečbou takýchto detí však kardiológovia získali veľa poznatkov o hemodynamických zmenách a komplikáciách spomínaných

chýb, čo podnietilo a urýchlilo medicínsky i technický pokrok, spojený s vývojom nových operačných postupov, metód pooperačnej starostlivosti a inštrumentária. Toto spolu s miniaturizáciou prístrojovej techniky umožnilo presunúť termíny definitívnej korekcie aj v prípadoch komplexných chýb už do novorodeneckého obdobia [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Niektoré z operácií, ktoré budeme spomínať ďalej, sa v danom období považovali za *definitívne*, iné za *paliatívne* (malo sa pomocou nich preklenúť obdobie do kompletnej korekcie chyby). Pre závažné neskoré komplikácie sa mnohé z týchto operácií neskôr prestali používať. Pri súčasných nových, často komplikovaných operačných technikách sa však tieto pôvodné operácie používajú v nových modifikáciách a indikáciách ako čiastkové výkony viacstupňových operácií.

S neobyčajným medicínskym pokrokom sa však zjavili aj niektoré nové etické problémy. Nakoľko viaceré vrodené chyby srdca môžu byť súčasťou rozličných genetických syndrómov, resp. môžu komplikovať iné závažné ochorenia, je aj z etického hľadiska potrebné poznať a používať čo najpresnejšie medicínske kritériá na indikáciu alebo kontraindikáciu daného operačného výkonu. Vždy treba komplexne a zodpovedne posúdiť individuálnu situáciu, zdravotný stav konkrétneho pacienta.

Spomínaným vývojom prešla aj detská kardiológia na Slovensku. Dnes je Detské kardiocentrum Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave schopné zabezpečiť primeranú diagnostiku, liečbu i chirurgické riešenie všetkých vrodených aj získaných srdcových ochorení u detí. To so sebou prinieslo aj potrebu riešenia príslušných etických problémov. Ide najmä o nasledovné oblasti detskej kardiológie:

1. Prenatálna diagnostika a Downov syndróm.
2. Použitie starších typov operácií v nových modifikáciách a indikáciách.
3. Liečba detí s inou fatálnou chorobou.
4. Komplexné, resp. experimentálne chirurgické výkony.
5. Transplantácia srdca.

1. Prenatálna diagnostika a Downov syndróm

Niektoré medicínske a technické problémy 80-tych rokov sme v našich podmienkach riešili v skrátenom časovom období. Medzi ne patrila aj prenatalná diagnostika a problematika operácií detí s Downovým syndrómom. Pri prenatalnej diagnostike sa správame podľa zásady, že lekár pravdivo informuje rodičov o povahe vrodenej srdcovej chyby a pravdepodobného popôrodného vývoja. Má voliť citlivý, individuálny prístup. Rozhodnutie ostáva na rodičoch dieťaťa, najmä na matke (nedirektívne poradenstvo). Pri Downovom syndróme operujeme vrodenú chybu srdca už v útlom veku, aby sme zabránili vývoju pľúcnej hypertenzie. Riadime sa zásadou, že aj deti s genetickým syndrómom sú rovnoprávne ľudské bytosti. To znamená, že majú rovnaké ľudské práva a dôstojnosť ako iní členovia ľudskej spoločnosti [1, 2, 7].

2. Nové použitie starších operácií

Nižšie uvedené operácie predstavovali po svojom zavedení buď definitívnu liečbu alebo dlhodobé paliatívne riešenie, ktoré malo dieťaťu pomôcť dosiahnuť vhodný vek a hmotnosť na kompletnú korekciu chyby. Kvôli závažným neskorým komplikáciám sa tieto výkony neskôr prestali používať. Ich neskoré komplikácie (pomerne nízky stupeň non-maleficiencie) totiž prevažovali nad včasným benefitom pre pacienta.

Muller - Damanova operácia

Pri tejto operácii sa arteficiálne zúžil kmeň pľúcnice, aby sa pri **chybách s veľkým ľavo-pravým skratom** zabrá-

nilo poškodeniu pľúcneho riečiska prítomnou pľúcnou hypertenziou.

Dnes sa táto operácia používa napríklad pri liečbe detí s **transpozíciou veľkých ciev**, predtým liečených Mustardovou, alebo Senningovou operáciou, u ktorých sa postupne vyvinulo zlyhanie systémovej pravej komory s trikuspidálnou regurgitáciou. Ľavá komora, ktorá odvádza krv do pľúc, má malú dutinu a musí sa pripraviť na zvýšené zaťaženie, keď sa stane systémoveou komorou. Preto sa kmeň pľúcnice najprv arteficiálne zúži, aby ľavá komora musela prečerpávať krv do pľúc oproti zvýšenému odporu. Následkom toho jej svalovina zmohtnie a zväčší sa jej dutina. Pri ďalšej operácii sa krvné toky v predsieňach znovu presmerujú, a to tak, aby odkysličená krv tiekla do pravej a okysličená krv do ľavej komory. V tom istom sedení sa pľúcnicu presunie nad pravú a aorta nad ľavú komoru, pričom sa do tejto 'neoaorty' reimplantujú koronárne artérie. Tak sa dosiahne anatomicky aj hemodynamicky normálna cirkulácia. Táto komplikovaná procedúra sa môže urobiť až po dôkladnom zvážení rizika, s čo najpresnejšie definovanou budúcou prospešnosťou.

Muller - Damanova operácia je indikovaná aj u tých pacientov s vrodenými chybami s ľavopravými skratmi a pľúcnou hypercirkuláciou, **kde sa z rôznych príčin nemôže operovať už v útlom veku** (napr. muskulárny defekt komorového septa), alebo ako **príprava na zložitejšie operácie**. V týchto indikáciách obsahuje pre pacienta jasnú prospešnosť s akceptovateľným stupňom neškodnosti. Krátkodobá stenóza sa totiž odstráni ihneď po dosiahnutí hemodynamických parametrov potrebných pred ďalším operačným postupom [8, 9].

Blalock Taussigovej spojka

Pôvodne mala - ako definitívna korekcia - zabezpečiť prežitie pacienta s **Fallotovou tetralógiou**. Prerúšením podklúčkovej artérie a jej našitím na rameno pľúcnice sa zvýšil prítok krvi do pľúc, čím sa zlepšilo okysličenie krvi i celkový stav detského pacienta. Dnes sa používa u vybraných pacientov ako dočasný paliatívny výkon, keď nie je možné urobiť kompletnú korekciu chyby. Napríklad ak ľavá komora má malý objem a po kompletnej korekcii by nezvládla prečerpať celý objem krvi vracajúci sa z pľúc. V tejto indikácii má operácia jasne vyjadrenú prospešnosť pre pacienta, bez závažnejších komplikácií pri včasnej totálnej korekcii. V inej indikácii sa používa ako jedna z čiastkových operácií tzv. Fontanovského typu [9].

Glennova operácia

Používala sa pri **atrézii trikuspidálnej chlopne**. Pri tejto chybe odkysličená krv nemôže pretekať z pravej predsieňe do pravej komory. Pri operácii sa horná dutá žila našila na pravé rameno pľúcnice a krv z dolnej časti tela pretekala do ľavej predsieňe a do systémoveho obehu. Jasný včasný benefit tejto operácie bol však prevážený závažnými neskorými komplikáciami - vznikom pľúcnej hypertenzie v pravých a arteriovenózných kolaterál v ľavých pľúcach. Operácia sa znovu zaviedla v modifikácii, pri ktorej sa horná dutá žila napojí na pravé rameno pľúcnice bez jeho oddelenia od ramena ľavého. Tým sa zabezpečí tok krvi do oboch ramien - **bidirekčný Glennov skrat**. Dnes sa používa najmä v prvých štádiách tzv. Fontanovských operácií pri liečbe komplexných srdcových chýb, ktoré sú charakterizované jednou funkčnou komorou [9, 10, 11]. Oproti pôvodnej operácii má lepší pomer prospešnosti a neškodnosti. Je to aj preto, lebo dnes predstavuje len určitý medzistupeň pred komplexnou korekciou komplikovanej chyby.

Fontanova operácia

Pri pôvodnej Fontanovej operácii pre **trikuspidálnu** a neskôr aj pre **pľúcnicovú atréziu** sa uško pravej predsieňe napojilo priamo alebo prostredníctvom kanála z aor-

tálneho homograftu na kmeň pľúcnice. Tým sa zabezpečil priamy prítok krvi z pravej predsieňe do pľúc. Dlho sa považovala za definitívnu korekciu s jasnou prospešnosťou a nízkym stupňom neškodnosti. Neskôr sa však u veľkého počtu pacientov zjavili závažné poruchy srdcového rytmu, pre ktoré sa operácia prestala používať. Po zavedení bidirekčného Glennovho skratu sa aj krv z dolnej dutej žily vedie goretexovým tunelom, vytvoreným v pravej predsieni, priamo do pľúcnice. Venózný návrat tak kompletne obchádza nefunkčnú pravú komoru. Táto operácia dnes predstavuje definitívnu korekciu celého spektra komplikovaných vrodených chýb srdca, pri ktorých nie je vyvinutá jedna z komôr. Výrazne sa zlepšila prospešnosť pre pacienta a zvýšil sa stupeň neškodnosti [12, 13, 14].

Mustardova, Senningova operácia

Mustardova, neskôr Senningova operácia sa dlho pokladali za definitívnu korekciu **transpozície veľkých ciev**, ktorá bola pred ich zavedením neoperovateľnou, kritickou srdcovou chybou. Pri tejto chybe z pravej komory odstupuje aorta a z ľavej komory pľúcnicu. Do systémoveho obehu tak prúdi odkysličená krv a do pľúc sa vracia zase krv okysličená. Bez pridružených ľavopravých skratov deti neprežívali novorodenecké obdobie. Pri spomínaných operáciách sa vytvoril v predsieňach z dakronu alebo vlastnej predsieňovej steny tunel, ktorým sa desaturovaná krv previedla cez mitrálnu chlopňu do ľavej komory a do pľúc. Okysličená krv z pľúc sa cez trikuspidálnu chlopňu vrátila do pravej komory, ktorá ju potom vypudila aortou do systémoveho obehu. Ihneď po operácii sa prejavila jasná prospešnosť záchranou života pacienta. V neskoršom období sa však u detí objavovali ťažké dysfunkcie sínusového uzla, flutter predsiení a postupný vývoj dysfunkcie a zlyhania pravej komory s trikuspidálnou insuficienciou (nízky stupeň neškodnosti). Preto sa dnes pri izolovanej transpozícii veľkých ciev najčastejšie používa tzv. **Jatenova operácia**, pri ktorej sa preseknú veľké cievy, pľúcnicu sa presunie nad pravú a aorta nad ľavú komoru a do tejto neoaorty sa reimplantujú koronárne artérie. Tak sa dosiahne anatomicky aj hemodynamicky normálna cirkulácia s vysokým stupňom prospešnosti a menšími komplikáciami [8, 12, 14, 15, 16].

Senningova operácia sa dnes používa len pri transpozícii veľkých ciev, ktorá sa pre iné pridružené chyby nemôže korigovať Jatenovou alebo inou výhodnejšou technikou. Novšie sa používa aj pri korekcii tzv. korigovanej transpozície veľkých ciev, pri ktorej došlo ku komorovej inverzii (veľké cievy odstupujú z opačnej komory ako obvykle). Krv z pravej predsieňe prúdi cez mitrálnu chlopňu do anatomickej ľavej komory a z nej pľúcnicou do pľúc. Po návrate z pľúc ide krv z ľavej predsieňe cez trikuspidálnu chlopňu do vľavo uloženej anatomickej pravej komory a z nej aortou do systémoveho obehu. Aj keby táto chyba nebola komplikovaná inými defektami, u značnej časti pacientov počas života dochádza k vývoju ťažkej trikuspidálnej insuficiencie a zlyhaniu srdca. U časti pacientov sa môže urobiť tzv. **dvojité presmerovanie krvných tokov**. Na úrovni predsiení Senningovou a na arteriálnej úrovni Jatenovou operáciou. Pri nej sa disekujú obidve veľké cievy nad chlopňami, pľúcnicu sa preniesie nad pravú a aorta nad ľavú komoru, pričom sa do nej reimplantujú koronárne cievy z predošlej aorty (terajšej pľúcnice). Inou alternatívou je u týchto pacientov transplantácia srdca [8, 17, 18].

3. Kardiologická liečba dieťaťa s inou fatálnou chorobou

Príkladom môže byť predčasne narodené dieťa s **viacerými vrodenými vývojovými chybami ťažkého stupňa**, najmä poškodením CNS. Dnes, pri veľkej zručnosti chi-

rurgov, ktorí sú schopní urobiť technicky dokonale akékoľvek operácie, občas prichádza do úvahy otázka indikácie, resp. kontraindikácie uvažovaného operačného výkonu. Vzhľadom k veľmi komplikovanému, prognosticky 'neistému', či zvyčajne fatálnemu pooperačnému priebehu (nízka alebo nijaká prospešnosť), spojenému s dlhodobým použitím umelej ventilácie a podpory cirkulácie (nadmerná záťaž pacienta), by mal neraz klinik, bez ohľadu na snahu alebo ambície chirurgov, po dôkladnom posúdení stavu dieťaťa operačný výkon kontraindikovať.

Niekedy sa poukazuje na to, že pri **obmedzených kapacitách špičkovej techniky** ťažko poškodené dieťa dlhodobo blokuje prístroje, ktoré by sa mohli použiť pre viaceré, inak zdravé, alebo menej poškodené deti (*princíp tzv. distribučnej spravodlivosti*). Tento problém predstavuje ťažkú etickú dilemu, ktorú v konkrétnom prípade možno riešiť len citlivým a profesionálnym prístupom ošetrojúceho lekárskeho tímu. Ide snáď o najťažšie medicínske a etické rozhodnutia, niekedy sa pohybujúce azda až na hranici eutanázie. V týchto situáciách však rozhodne nemôžeme pripustiť pochybnú, zjednodušujúcu argumentáciu vychádzajúcu z úzko "ekonomického", medicínsky laického pohľadu na súčasnú komplikovanú situáciu vo financovaní zdravotníctva.

Riadiť sa môžeme indikačnými kritériami vypracovanými v rámci 'medicíny dôkazov' (evidence based medicine). Ich aplikácia v konkrétnom prípade však závisí aj od osobného odborného rozhodnutia zúčastnených odborníkov, ich svedomia, od odborného konsenzu, ktorý sa dosahuje v ich vzájomnej spolupráci pri lôžku ťažko chorého dieťaťa. Nezanedbateľné miesto a úlohu tu majú rodičia dieťaťa a v prípadoch, keď je schopné situáciu primerane rozumove pochopiť, i samotné dieťa.

Pri objektívnom nedostatku prostriedkov, vrátane prístrojových kapacít a špeciálneho zdravotného materiálu, a dlhšom zozname pacientov čakajúcich na operáciu nutne prichádza k situáciám, keď sa treba **rozhodnúť o určení poradia a výbere pacientov na operáciu**. Napríklad, či skôr operovať dieťa s Downovým syndrómom, ktoré je ohrozené včasným vývojom pľúcnej hypertenzie, alebo ináč zdravé dieťa s menej závažnou chybou. Mohlo by sa totiž stať, že po spotrebovaní dostupného materiálu na operáciu dieťaťa so závažným genetickým poškodením nebude možné operovať mentálne zdravé dieťa s chybou srdca, ktoré bude čakaním na operáciu ohrozené závažnými komplikáciami. Treba tiež konštatovať, že počet operácií detí s kritickými chybami, ako aj počet komplexných korekcií pozostávajúcich z viacerých na seba nadväzujúcich čiastkových operácií stále narastá. Preto neraz aj väčšie deti, ktoré majú nie urgentné, operovateľné chyby, musia na potrebnú operáciu čakať oveľa dlhšie, ako je pre ne v súčasnej dobe únosné.

Zdravotnícky personál, i podľa Hippokratovej prísahy, nikdy nesmie úmyselne skratiť život pacienta, či už priamou ("aktívnou") eutanáziou alebo nepriamo - neposkytnutím potrebnej liečby. To však neznamená povinnosť použiť vždy všetky dostupné (aj "nedostupné") prostriedky na predĺženie pacientovho života "za každú cenu". Neznamená to povinnosť - ani na strane lekára, ale ani na strane pacienta - poskytnúť alebo strpieť liečbu, ktorá má pochybný výsledok, predstavuje pre pacienta neúnosnú záťaž alebo riziko, alebo prináša len predĺženie utrpenia pacienta, alebo predĺženie procesu umierania, ktorý sa už začal. Takáto liečba odporuje dôstojnosti ľudskej osoby pacienta i základným princípom medicínskej etiky (najmä *princípu neškodnosti - Primum non nocere!*).

Aké sú teda naše povinnosti vzhľadom na predĺženie života takýchto pacientov? V platnom zákone o zdravotnej starostlivosti sa uvádza, že liečba pacienta má byť po individuálnom, alebo konziliárnom rozhodnutí *lege artis*. To znamená, v súlade so súčasnou dostupnou úrovňou teoretických a praktických medicínskych poznatkov. To

sa v praxi odráža vo vypracovaní **tzv. zlatých štandardov** jednotlivých diagnostických a liečebných postupov, ktoré sú zamerané na 'štatistickú väčšinu' pacientov. Čo je potom vo svetle týchto odporúčaní nadštandardná liečba alebo neúnosné predlžovanie utrpenia alebo umierania dieťaťa s komplexnou vrodenu srdcovou chybou a iným závažným, invalidizujúcim alebo potenciálne letálnym ochorením? Za akých okolností nemáme detskému pacientovi poskytnúť náročnú, zatažujúcu liečbu alebo 'mimoriadne', život predlžujúce procedúry?

Mohli by sme uvažovať o nasledovných situáciách:

a) liečba alebo udržiavanie vitálnych funkcií predstavuje nadmerné, neúnosné zaťaženie pacienta; predlžovanie jeho utrpenia alebo procesu zomierania, ktorý sa už začal; je bolestivé, rizikové, s problematickým výsledkom;

b) liečba predstavuje nadmerné, neúnosné fyzické a psychické zaťaženie rodiny, zainteresovaného personálu a spoločnosti;

c) liečba je spojená s neúnosným finančným zaťažením rodiny, nemocnice alebo iného zdravotníckeho zariadenia;

d) vitálne funkcie pacienta v tzv. perzistujúcom vegetatívnom stave sa dlhodobo udržiavajú len pomocou prístrojov s problematickým výsledkom.

Zvlášť ťažké je rozhodovanie i vtedy, keď takýto pacient blokuje prístroje (ktorých máme vždy nedostatok) dlhodobo, keďže v danom období by mohli byť operovaní viacerí "perspektívnejší" pacienti. To sa však týka aj komplexných cyanotických chýb srdca s 'hraničnými operačnými indikáciami' (napr. s hypoplastickým syndrómom ľavého srdca), kde sa môžu v pooperačnom priebehu vyskytnúť závažné komplikácie, ktoré zabraňujú, aby sa títo pacienti mohli napr. odpojiť od umelej ventilácie.

Hlavné kritérium, ktoré musí mať lekársky tím pri svojom rozhodovaní na zreteli, je tzv. **najlepší záujem pacienta** (*angl. patient's best interest*). Tento je potrebné hľadať a posudzovať v konkrétnom prípade vo zvažovaní najlepších úmyslov všetkých zúčastnených stránok (dieťa, rodičia, príbuzní, ošetrojúci lekári a zdravotnícky personál, zdravotné poisťovne, atď.), konkrétnych faktov a okolností, vrátane rodinných, sociálnych a spoločenských podmienok a možností. Musíme sa neraz rozhodovať medzi prospešnosťou a neškodnosťou liečby na jednej strane a obmedzeniami pacientovho života s jeho neúnosným zaťažením liečebnou procedúrou na strane druhej. Vždy však musíme pamätať na to, že dieťa s handikepujúcou chorobou má rovnaké práva na ochranu svojho života a zdravia ako ostatní členovia ľudskej spoločnosti. Ba pre svoju zraniteľnosť a odkázanosť malo by sa tešiť zvýšenej ochrane a pozornosti zdravotníckych pracovníkov (i v situáciách, kedy títo musia brániť 'najlepší záujem dieťaťa' voči vlastným rodičom, alebo dokonca nehumánne mu prístupu 'slepej' byrokracie!).

Ak aj chápeme, či niekedy hovoríme, že ťažko postihnuté dieťa bude predstavovať neúnosné zaťaženie rodiny, niekedy pritom ignorujeme možnosť, že táto rodina môže láskavou starostlivosťou o takéto dieťa získať iný pohľad na život a jeho hodnoty. Aj u nás vznikajúce združenia rodičov s handikepovanými deťmi nakoniec môžu vychovávať celú spoločnosť k väčšiemu pochopeniu a k humanite [2, 5, 7, 19, 20]. Aj preto v súčasnosti je len veľmi málo detí s vrodennými srdcovými chybami, ktoré po komplexnom zhodnotení neodporúčime na operačné riešenie.

4. Komplikované a experimentálne chirurgické výkony

Niektoré z vyššie spomínaných kardiochirurgických operácií sú čiastkovými operáciami pri komplikovaných chybách, ktoré sú charakterizované jedinou funkčnou komorou. Extrémnym príkladom takejto chyby je **hypoplas-**

tický syndróm ľavého srdca, v minulosti kritická, neoperovateľná chyba. Dnes sa na viacerých pracoviskách operuje podľa **Norwoodovej techniky**, ktorá pozostáva najmenej z troch samostatných operácií, ktoré na seba nadväzujú vždy po určitom časovom období. Pri tomto ochorení sú hypoplastické štruktúry ľavého srdca, t.j. ľavá predsieň, komora a aorta. Systémový prietok je zabezpečený činnosťou pravej komory, ktorá systémový návrat prečerpáva cez pľúcnicu a Botallovu spojku do systémového obehu.

V prvom štádiu korekcie chyby sa musí našíť Blalock Taussigovej spojka spájajúca podklúčkovú artériu s pravým ramenom pľúcnice. V druhom sedení sa urobí bidirekčná Glennova operácia, po ktorej sa môže stav pacienta mierne zhoršiť. Treťou fázou operácie je kompletná korekcia Fontanovej operácie, ako bola spomenutá vyššie. Je jasné, že tákáto náročná, komplexná operácia sa môže vykonať len po správnej indikácii, zvažujúcej prospešnosť a výskyt komplikácií ("neškodnosť") pre daného pacienta. Aj na pracoviskách s veľkými kardiokirurgickými skúsenosťami je úmrtnosť týchto detí vyššia ako pri iných operáciách. Pri úspešnej operácii je však umožnené prežitie detí, ktoré by bez nej určite neprežili. Aktuálna prospešnosť tu vysoko prevyšuje potenciálne riziko neskorých komplikácií.

Inou alternatívou pre tieto deti je na niektorých pracoviskách **transplantácia srdca** už v novorodeneckom veku. Túto operáciu je možné urobiť len na špičkových kardiokirurgických pracoviskách s príslušným vybavením a vyškoleným tímom odborníkov. Uskutočniť ju možno po správnej indikácii pri zohľadnení platných indikačných kritérií. Ináč by táto operácia predstavovala neúnosné riziko a plytvanie finančnými, materiálnymi a ľudskými zdrojmi.

Podobne je to aj v prípade iných náročných operácií, napríklad v prípadoch, keď je u pacienta **nedostatočne vyvinuté pľúcne riečisko**. Tu je potrebné starostlivo posúdiť možnosti rastu kalibru pľúcnych ciev v súvislosti s ďalšími operáciami v budúcnosti. Aj vyššie uvedená korekcia vrodenej **korigovanej transpozície veľkých ciev**, alebo kompletná úprava **transpozície veľkých ciev** po Senningovej operácii, ak sa vyvinulo zlyhanie srdca s trikuspidálnou insuficienciou, sú tiež do určitej miery experimentálnymi operáciami. Pri týchto operáciách sa predpokladá vysoká prospešnosť so zlepšením kvality života, ale nepozná sa stupeň neškodnosti a výskyt komplikácií z dlhodobého hľadiska. Pri všetkých týchto komplikovaných chybách je jednou z alternatív transplantácia srdca [9, 10, 13, 18, 21, 22].

5. Transplantácia srdca

Predstavuje oblasť, ktorá okrem medicínskych prináša aj viaceré právne a etické problémy spojené s výberom dieťaťa vhodného na transplantáciu srdca, ako aj s dostupnosťou a vhodnosťou darcu.

Právne problémy súvisia predovšetkým s predpismi týkajúcimi sa odberu orgánov od mŕtvych darcov. Tu je určitý rozpor medzi **etikou**, ktorá chápe skutočnosť odberu orgánov ako dar, predpokladajúci slobodné a pozitívne rozhodnutie darcu, a zákonom, ktorý v našich podmienkach (vychádzajúc z tradície legislatívy o pohrebníctve pochádzajúcej ešte z čias Rakúsko - Uhorska) povoľuje odber orgánov bez explicitného súhlasu darcu, resp. jeho príbuzných (súhlas sa "predpokladá", pokiaľ darca počas svojho života preukázateľným spôsobom nevyjadril svoj nesúhlas s prípadným odberom svojich orgánov alebo tkanív). Podobná legislatíva je aj v mnohých iných krajinách, avšak sú štáty, kde odber orgánov alebo tkanív od mŕtvych nie je možný bez vyjadrenia explicitného súhlasu darcu.

Na druhej strane je tu veľký problém absolútneho **nedostatku vhodných darcov**. Pritom mnoho by sa azda dalo zlepšiť vhodnou a systematickou informovanosťou, resp.

vzdelávaním verejnosti, a to aj v prípade potenciálnych detských darcov s náhlym, najmä traumatickým exitom. Zdravotnícky personál by mal vedieť i v takomto tragickom okamihu rodičom postihnutého dieťaťa vysvetliť, že s ich pomocou - súhlasom by sa mohlo zachrániť iné dieťa.

Medicínske problémy sú v praktickom pohľade riešené všeobecne akceptovanými indikačnými kritériami pre transplantáciu srdca u detí. Okrem nich však treba vziať do úvahy aj sociálnu situáciu v rodine dieťaťa. Okrem kvalitnej pooperačnej starostlivosti závisí úspešné prežívanie transplantátu aj od toho, ako sa situácii transplantovaného dieťaťa prispôsobí život jeho vlastnej rodiny. To si od všetkých jej členov vyžaduje veľké odriekanie, nezriedka úpravu bytu a centrovanie pozornosti na transplantované dieťa (napr. aby bolo uchránené od rôznych negatívnych vplyvov, vrátane infekcií). Ak nie sú z hľadiska rodiny tieto požiadavky zabezpečené, v súčasnosti by sme indikáciu transplantácie posudzovali veľmi opatrne.

Medicínske problémy sú spojené s výberom vhodného darcu. Okrem potrebných sérologických vyšetrení je dôležitá aj veľkosť darcovho srdca, hoci u dočiat sa transplantovali aj srdcia 3-4x ťažšie ako bolo pôvodné srdce príjemcu, a to bez výraznejších problémov. Prospešnosť transplantácie je potvrdená výsledkami prežívania transplantovaných detí, ktoré sa dosiahli vo veľkých súboroch operovaných pacientov, a to napriek chronickej rejekcii allograftu. U niektorých skorších súboroch transplantovaných bolo prežitie od 60% v 4. roku až do 85% v 5. roku po transplantácii. Postupný vývoj postihnutia koronárnych artérií transplantovaného srdca sa udáva v 30-50% pacientov v 5. roku po transplantácii. Okrem toho môžu nastať rôzne iné komplikácie, ktoré znižujú stupeň "neškodnosti" (napr. infekcie, akútne opakované rejekcie, vývoj lymfoproliferatívnych ochorení, nežiadúce účinky imunosupresívnej liečby). U prežívajúcich pacientov sa však výrazne zlepšuje kvalita života, s normálnym telesným vývinom a dobrým psychomotorickým a mentálnym vývinom, a to aj u detí operovaných v novorodeneckom alebo v dočičenskom veku. Po zhodnotení dlhodobých výsledkov dnes možno konštatovať, že pri transplantácii srdca sa v správne indikovaných prípadoch podarilo dosiahnuť pri únosnom stupni neškodnosti (non-maleficencie) vysoký stupeň prospešnosti (beneficencie) pre detského pacienta [18, 23, 24, 25].

Záver

Pri indikovaní náročnej kardiologickej diagnostiky a kardiokirurgickej liečby sa rozhodujeme podľa platných medicínskych kritérií, založených na výsledkoch a odporúčaníach "medicíny dôkazov" (*angl. evidence based medicine*). Vždy však musíme mať na zreteli aj ďalší život a prospektívny vývin konkrétneho dieťaťa - pacienta, a to nielen vo svetle okamžitej prospešnosti daného výkonu, ale aj s ohľadom na očakávateľné dlhodobé dôsledky a možné neskoršie komplikácie, ktoré budú významne ovplyvňovať kvalitu života operovaného dieťaťa.

Literatúra

[1] Milovský, V.: Etické problémy v detskej kardiológii. *Medicínska etika a bioetika*, 3, 1996, č. 4, s. 4 - 7. [2] Sondheimer, H. M.: Ethical considerations in congenital heart disease. In: Adams, F. H., Emmanouilides, G. C., Riemenschneider, T. A. (Eds.): *Heart disease in infants, children and adolescents*. 5th Ed., Baltimore, Williams and Wilkins, 1989, s. 991 - 996. [3] Šoltés, L., Babál, M.: Základné pojmy a princípy medicínskej etiky. In: Šoltés, L. a kol.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Slovak Academic Press, Trnava, 1996, s. 3 - 11. [4] Castaneda, A. R., Jonas, R. A., Mayer, J. E.: Surgery for infants with congenital heart disease. In: Flyler, D. C. (Ed.): *Nadas pediatric cardiology*, Hanley and Belfus, Philadelphia, 1992, s. 731 - 746. [5] Riemenschneider, T. A.: The practice of pediatric cardiology. In: Emmanouilides, G. C., Allen, H. D., Riemenschneider, T. A., Gutgesell H. P. (Eds.): *Moss and Adams Heart diseases in infants, children and adolescents*. Baltimore, Williams and Wilkins, 5th Ed., 1995, pp. 1804 - 1811. [6] Šoltés, L.: Niektoré etické problémy v pediatrii a neonatológii. In: Šoltés, L. a kol.: *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Slovak Academic Press, Trnava, 1996, s. 45 - 55. [7] Šustrová, M.: Rodiny s deťmi s Downovým syndrómom

mom. *Medicínska etika a bioetika* 3, 1996, č. 4, s. 8 - 9. [8] Paul, M. H., Wernovsky G.: Transposition of the great arteries. In: Emmanouilides, G. C., Allen, H. D., Riemenschneider, T. A., Gutgesell H. P. (Eds.): *Moss and Adams Heart diseases in infants, children and adolescents*. Baltimore, Williams and Wilkins, 5th Ed., 1995, pp. 1154 - 1224. [9] Hraška, V. et al.: Stage approach to surgical correction of single-ventricle circulation. Part 1. Stage I. Prefontan period. *Cardiol.*, 7, 1998, No. 2, pp. 106 - 111. [10] Hraška, V. et al.: Stage approach to the surgical correction of single-ventricle circulation. Part 2. Stage II. Bidirectional Glenn-Hemifontan. *Cardiol* 7, 1998, No. 2, pp. 113 - 118. [11] Marino B., Marcelletti, C.: The cavopulmonary anastomosis in congenital heart disease: A consideration of the classic and bidirectional palliations. *Current Opinion in Pediatrics*, 2, 1990, No. 5, pp. 973 - 976. [12] Laks, H., Mudd, J. G., Standeven, J. W., Fagan, L., Willman, V. L.: Long-term effect of the superior vena cava-pulmonary artery anastomosis on pulmonary blood flow. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 74, 1977, No. 2, p. 253 - 260. [13] Hraška, V. et al.: Stage approach to surgical correction of single-ventricle circulation. Part 3. Stage III. Fontan operations. *Cardiol* 7, 1998, No. 4, pp. 183 - 188. [14] Gale, A. W., Danielson, G. K., McGoon, D. C., Wallace, R., Mair, D.: Fontan procedure for tricuspid atresia. *Circulation*, 62, 1980, No. 1, p. 91 - 96. [15] Kramer, H. H., Rammps, S., Krian, A. et al.: Intermediate-term clinical and hemodynamic results of the neonatal arterial switch operation for complete transposition of the great arteries. *Int. J. Cardiol.*, 36, 1992, No. 1, p. 13 - 22. [16] Paul, T., Ziemer, G., Luhmer, I., Hecker, H., Kallfelz, H. C.: Atriale Dysrhythmien nach der modifizierten Fontan-operation: Einfluss der präoperativen Hämodynamik und der Art der Operation (atriale vs. totale kavopulmonale Anastomose). *Z. Kardiol.*, 82, 1993, p. 368 - 375. [17] Freedom, R. M., Dyck, J. D.: Congenitally corrected transposition of the great arteries. In: Emmanouilides, G. C., Allen, H. D., Riemenschneider, T. A., Gutgesell H. P. (Eds.): *Moss and Adams Heart diseases in infants, children and adolescents*. Baltimore, Williams and Wilkins, 5th Ed., 1995, pp. 1225 - 1251. [18] Fricker, F. J., Armitage, J. M.: Heart and heart-lung transplantation in children and adolescents. In: Emmanouilides, G. C., Allen, H. D., Riemenschneider, T. A., Gutgesell H. P. (Eds.): *Moss and Adams Heart diseases in infants, children and adolescents*. Baltimore, Williams and Wilkins, 5th Ed., 1995, pp. 495-510. [19] Watt, H.: Ordinary and extraordinary means of prolonging life. *Medicínska etika a bioetika*, 3, 1996, č. 3, s. 12 - 14. [20] Pueschel, S. M.: Discriminating against children with handicapping conditions. (3) *Medicínska etika a bioetika*, 4, 1997, č. 3 - 4, s. 1 - 4. [21] Lang, P., Fyler, D. C.: Hypoplastic left heart syndrome, mitral atresia and aortic atresia. In: Fyler, D. C. (Ed.): *Nadas pediatric cardiology*, Hanley and Belfus, Philadelphia, 1992, p. 623 - 634. [22] Borowski, A., Reinhardt, H., Schickendantz, S., Kors, H.: Pulmonary artery growth after systemic to pulmonary shunt in children with univentricular heart and hypoplastic pulmonary artery bed. *Japan Heart J.*, 39, 1998, No. 5, p. 671 - 680. [23] Razzouk, A. J., Bailey, L. L.: Infant heart transplantation. In: Emmanouilides, G. C., Allen, H. D., Riemenschneider, T. A., Gutgesell H. P. (Eds.): *Moss and Adams Heart diseases in infants, children and adolescents*. Baltimore, Williams and Wilkins, 5th Ed., 1995, pp. 510 - 516. [24] Yacoub, M. H., Radley-Smith, R., Špatenka, J., Slavik, Z.: Transplantace srdce u dětí. *Československá pediatrie*, 46, 1991, č. 6 - 7, s. 321 - 326. [25] Speziali, G. et al.: Cardiac transplantation for end-stage congenital heart defects: The Mayo clinic experience. *Mayo Clin Proc.*, 73, 1998, No. 10, p. 923 - 928.

Milovský, V.: Ethical Issues in Operations of the Congenital Heart Defects in Children. / Etické problémy operácií vrodených chýb srdca v detskom veku. *Medicínska etika & Bioetika / Medical Ethics & Bioethics*, Vol. 6, 1999, No. 3 - 4, p. 2 - 6. Novel diagnostic and therapeutic procedures, together with the application of new instruments, materials and drugs, and the improvements in the postoperative care enabled the shift of timing of the operations of even the complex inborn heart defects to the neonatal period. In the new conditions also the older operations are successfully re-used in the new indications, although having been abandoned for some time because of an unacceptable rate of serious complications. Progress of diagnostic and therapeutic techniques, however, has opened also new ethical questions in several parts of the child cardiology. These are concerned with an appropriate assessment of mutual relationship of beneficence and non-maleficence of planned invasive procedures and subsequent decision-making in the concrete clinical case - in the child with a congenital heart defect. They are especially common in the following problem areas: prenatal diagnostics, the re-use of the older operations in their new modifications or indications, highly complicated or almost experimental heart operations, heart transplantation in infants and children. Author analyzes the ethical problems face-to-face with the basic bioethics principles, while drawing the attention to the necessity of considering also the time factor in the evaluation of the short-term as well as the long-term results of diagnostic and therapeutic procedures in the child cardiology. *Key words:* pediatric cardiology, congenital heart defects, heart surgery, medical ethics.

Adresa/Address: MUDr. V. Milovský, PhD., Subkatedra detskej kardiológie, SPAM, Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovenská republika.

ĽUDSKÉ PRÁVA V PODMIENKACH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Jozef Glasa¹, Mária Glasová²

¹Subkatedra klinickej farmakológie, Slovenská postgraduálna akadémia medicíny; ² Katedra psychológie a patopsychológie, Pedagogická fakulta Univerzity Komenského; Bratislava

Abstrakt

Práca podáva stručný prehľad všeobecnej problematiky ľudských práv s ohľadom na špecifiká ich uplatnenia a ochrany vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti. Venuje sa najmä aktuálnym etickým aspektom, pričom si zvlášť všima legislatívnu situáciu v Slovenskej republike, ako aj postavenie a úlohy sestry vo vzťahu k ochrane práv pacientov - subjektov medicínskeho výskumu. Pripomína aj problematiku práv zdravotníckych pracovníkov a potrebu ich definovania, uplatnenia a ochrany v podmienkach zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: ľudské práva, práva pacientov, zodpovednosť zdravotníckeho pracovníka.

Podstata pojmu "právo"

Problémom definície pojmu "právo" sa zaoberali viacerí filozofi. Jedným z prvých názorov bolo, že práva sú ekvivalentom povinností. Legálne právo je potom konkrétna povinnosť v určitom medziľudskom vzťahu (veriteľovo právo na vrátenie dlhu je dlžníkovou povinnosťou dlh vyrovnať) (John Austin, 1885 [2]). Pojem práva v tomto prípade znamená určitú povinnosť, ktorá sa vidí z hľadiska toho, voči komu je táto povinnosť zameraná. Morálne právo je konkrétna morálna povinnosť voči niekomu, kto by bol nesplnením tejto povinnosti poškodený (John Stuart Mill, 1861 [3]).

Iná definícia zdôraznila hľadisko nároku. Mať určité právo znamená, môcť požadovať to, čo danému jednotlivci patrí (Joel Feinberg, 1980 [4]). Právo sa tu vidí ako platný nárok. Legálne právo je určitý nárok, ktorého existenciu potvrdzuje daný právny systém. Morálne právo je nárok, ktorý oprávňuje princípy "osvieteného" svedomia. Ďalší pohľad zdôraznil význam práv pre spravodlivé rozdelenie a uplatňovanie slobody (H. L. A. Hart, 1982 [5]). Vidí právo ako zabezpečenú, chránenú možnosť voľby (možnosť uskutočniť alebo nevykonať nejaký čin bez zasahovania iných osôb). Iní autori poukazovali na skutočnosť, že niektoré práva nezahŕňajú možnosť voľby (napríklad právo na osobnú slobodu neposkytuje možnosť vybrať si život v osobnom otroctve). Preto definujú právo ako zabezpečený, chránený záujem (Neil MacCormick, 1977 [6]). Obsahom práva je niečo, o čom sa predpokladá, že je v záujme alebo záujmom danej osoby - nositeľa tohto práva. Funkciou pojmu práva je zabezpečiť, aby toto konkrétne dobro patrilo tomu, kto má naň nárok.

Joseph Raz (1986) [7] definuje právo ako dôvod založený na záujme, ktorý je dostatočne silný na to, aby znamenal zakotvenie určitej povinnosti u druhých. Tento pohľad si všima význam pojmu práva pre praktické uvažovanie: predstavuje spojenie medzi individuálnym záujmom, z ktorého vychádza, a určitou povinnosťou, ktorú predpokladá.

Na úrovni politického rozhodovania definuje Ronald Dworkin (1977) [8] právo ako individuálnu ochranu záujmu jednotlivca voči púhemu kritériu sociálnej užitočnosti. Úlohou pojmu práva je chrániť záujem jednotlivca

voči štátu alebo spoločnosti, ktorá by ho chcela narušiť v záujme dosiahnutia nejakého svojho (kolektívneho) cieľa alebo dobra.

Všetky spomínané definície pojmu práva sa zhodujú v tom, že má predovšetkým distributívny, individuálny charakter: práva sa privlastňujú zvyčajne jednotlivcom, zriedkakedy nejakej skupine ako celku.

Vzťah právo - povinnosť

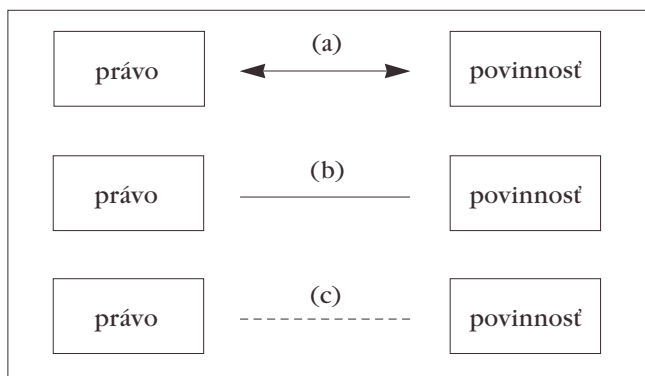
Práva majú praktický význam najmä preto, že zvyčajne predpokladajú im zodpovedajúce **povinnosti**. Súvis medzi určitým právom a jemu zodpovedajúcou povinnosťou môže byť rôzne silný (Tabuľka 1):

a) "každé právo predpokladá jemu zodpovedajúcu povinnosť a naopak" (napríklad: veriteľovo právo na zaplatenie dlhu predpokladá povinnosť dlžníka dlh uhradiť) - veľmi silný vzťah,

b) "každé právo predpokladá jemu zodpovedajúcu povinnosť, ale nie každá povinnosť predpokladá jej zodpovedajúce právo" (napríklad: bohatý človek má morálnu povinnosť podporovať chudobných, avšak konkrétny chudobný, alebo charitatívna organizácia nemajú tejto povinnosti zodpovedajúce právo na charitatívny príspevok, lebo darca má právo rozhodnúť o tom, ako rozdelí svoju charitatívnu pomoc) - menej silný vzťah,

c) "hoci práva predpokladajú im zodpovedajúce povinnosti, daný vzťah právo - povinnosť je protirečivý" (napríklad: lekár alebo sestra má pri splnení daných zákonných podmienok právo vykonávať svoje povolanie, toto právo však neznamená povinnosť štátu vytvoriť pre každého lekára alebo sestru pracovnú príležitosť (miesto)) - slabý vzťah.

Tabuľka 1: Vzťah právo - povinnosť



(a) - (c) - rôzna sila vzťahu (vysvetlenie v texte)

Nositeľ práv

Nositeľom práv v ľudskej spoločnosti je určitý človek, **jednotlivec**. Miera, v ktorej má niekto konkrétne legálne alebo morálne práva, môže byť v istom rozmedzí obmedzená - napríklad z dôvodu veku, rozumovej a psychickej vyspelosti (napríklad u detí), rešpektovania práv iných osôb, a podobne. [9]

Ďalšie obmedzenia môžu vyplývať z rozličného chápania samotného pojmu "právo". Ak by sme napríklad chápali právo ako "zabezpečenú možnosť voľby", potom nositeľ tohto práva by mal byť schopný danú voľbu vykonať. Ak právo znamená "zabezpečený záujem", nositeľ práva by mal byť schopný mať takýto záujem. Ak právo je "platný nárok", potom jeho nositeľ by mal mať schopnosť daný nárok požadovať. Z týchto a iných argumentačných východísk sa niekedy popierajú napríklad práva ľudského zárodka a plodu, práva osôb v bezvedomí, osôb s mentálnym postihnutím alebo duševnou poruchou, alebo naopak sa prisudzujú práva zvieratám, "budúcim generáciám", alebo ešte nepočatým ľuďom.

Základ práv

Základ daného práva predstavujú dôvody, pre ktoré je niekto nositeľom tohto práva, ďalej vlastnosti (určenie) nositeľa práva spolu s príslušnými normami, ktoré dané právo nositeľovi privlastňujú [9].

Základom **legálnych (zákonných) práv** je určitý legálny systém (zákony a ďalšie právne predpisy). **Zákonné pravidlá** privlastňujú zákonné práva v zákonom určených prípadoch. V zložitých situáciách však niekedy treba rozhodnúť o prípadoch, pre ktoré dosiaľ konkrétne zákonné pravidlo neexistuje. Vtedy sa súd zvyčajne rozhoduje na základe uplatnenia **zákonných princípov**. Legálne princípy však môžu mať v danom prípade rôznu závažnosť, prípadne - v zložitých situáciách - môžu rôzne legálne princípy prichádzať do konfliktu.

Ďalším problémom je niekedy závažnosť daného legálneho pravidla alebo princípu. Klasické stanovisko vypracoval **Tomáš Aquinský** (1225 - 1274): Zákon môže ukladať povinnosti a udeľovať práva len vtedy, ak je v zhode s rozumom. Žiaden zákonný príkaz, ktorý by bol v rozpore s **prírodným zákonom**, t.j. s morálnym zákonom, ktorý je zrejmý rozumu, nemôže byť rozumný (racionálny). Preto nespravodlivý zákon nie je zákonom (a teda neukladá zákonnú povinnosť, ani neudeľuje zákonné právo). Odporcovia spomínaného stanoviska tvrdia, že je treba rešpektovať realitu konkrétneho zákona, ktorý podľa nich i v tomto prípade udeľuje platné zákonné právo (i keď sa nestotožňuje s požiadavkami prírodného zákona a je nespravodlivý).

Chápanie **základu**, na ktorom stoja **morálne práva** (t.j. práva privlastňované na základe určitých morálnych princípov a noriem), je v súčasnosti poznačené značnou pluralitou názorov.

Tradičné stanovisko, vychádzajúce z existencie **prírodného zákona**, hovorí, že morálne pravidlá, dané človeku od Boha a zrejmé ľudskému rozumu, sú základom morálnych práv podobne ako ľudský zákon je základom vyššie spomínaných zákonných práv (**Wiliam z Ockhamu** (1285 - 1349), **John Locke** (1632 - 1704)).

V ďalšom sa hľadali pre základňu morálnych práv iné zdôvodnenia. **John Stuart Mill** (1806 - 1873) [3] tvrdil, že základom morálnych práv a im zodpovedajúcich povinností je **princíp užitočnosti** (angl. *utility* - z toho *utilitarizmus*). Podľa neho je hlavnou morálnou povinnosťou človeka prispievať k maximu šťastia a dobra čo najväčšieho počtu ľudí. Preto ľudia, ktorí by boli poškodení jeho konaním v opačnom smere, majú morálne právo na to, aby konal v ich záujme. Extrémny utilitarizmus niekedy dospieva k popieranu práv jednotlivca, pokiaľ bráni realizácii utilitaristického princípu. Niektorí autori (napr. **N. MacCormick** [6] a **J. Raz** [7]) preto tvrdia, že morálne práva sú **založené na individuálnych záujmoch**. Tieto oprávnené záujmy však musia byť dostatočne významné na to, aby ukladali iným členom spoločnosti povinnosť ich podporovať, alebo aspoň nenarušovať.

Jednou z najvýznamnejších teórií je stanovisko **Immanuelu Kanta** (1724 - 1804) [10], ktorý hovorí, že **základnou mravnou povinnosťou človeka je zaobchádzať so všetkými osobami, so všetkými rozumovými bytosťami, ako s takými, ktoré majú zmysel samé osebe, nikdy nie ako s prostriedkom na uskutočnenie cieľov niekoho iného**. Morálne práva sú teda **založené na rešpektovaní osoby a jej neodňateľnej dôstojnosti**.

Morálne práva boli zvyčajne spájané s povinnosťami vyplývajúcimi z **princípu spravodlivosti**. **Teória spoločenského kontraktu** (zmluvy) (**John Rawls**, 1971 [11]) hovorí, že morálne práva sú založené na hypotetickej zmluve všetkých členov spoločnosti, na ktorej by sa títo jednotlivci zhodli, pokiaľ by uvažovali racionálne a rozhodovali by sa za ideálnych podmienok (t.j. v situácii, kedy

by žiadna osoba nemohla uplatňovať svoju vôľu voči inej osobe, ani by nevedela, na ktorom mieste spoločnosti, ktorá by sa riadila ustanoveniami tejto zmluvy, by sa daná osoba nachádzala).

Triedenie práv

Práva, ktorých nositeľom môže byť jednotlivec v danej ľudskej skupine alebo v širšej spoločnosti sa zvyčajne rozdeľujú na dve hlavné kategórie [9]:

a) **Inštitucionalizované práva:** sú privlastňované určitou formou organizácie spoločnosti alebo spoločenskou zmluvou. Najvýznamnejším príkladom sú **legálne (zákonné) práva**, ktoré sú dané na základe pravidiel a princípov právneho systému platného v danej spoločnosti.

b) **Morálne práva:** sú dané určitými morálnymi dôvodmi a sú nezávislé od konkrétnych názorov a konania danej skupiny (spoločnosti).

Najvýznamnejším príkladom morálnych práv sú **ľudské práva** (tradične nazývané aj **prírodné práva**), ktoré má každý jednotlivec na základe toho, že je ľudskou bytosťou, človekom - bez ohľadu na to, či tieto práva sa uznávajú a rešpektujú inštitúciami danej spoločnosti. (V sekundárnom zmysle sú ľudské práva tie, ktoré všetkým ľudským bytostiam priznáva legislatíva tých krajín, ktoré ratifikovali *Európsku konvenciu o ľudských právach* (Rada Európy, 1950), resp. ktoré sa uvádzajú vo *Všeobecnej deklarácii ľudských práv* prijatej Organizáciou spojených národov v roku 1948.) [9]

Okrem prírodných práv, ktoré sa privlastňujú všetkým ľuďom bez rozdielu, existujú aj **špeciálne morálne práva**, ktoré jednotlivec získava na základe určitého zvláštneho postavenia alebo príslušnosti - napríklad ako občan, ako lekár, ako subjekt biomedicínskeho výskumu a podobne.

Podľa **Wesleyho Newcomba Hohfelda** (1919) [12] sa niekedy rozlišujú tieto 4 kategórie práv:

1) **nárokové práva** (*angl. claim rights*) (napríklad: veriteľ má nárok na zaplatenie dlhu zo strany dlžníka, ak tento má povinnosť zaplatiť dlžnú sumu),

2) **práva vyplývajúce z osobnej slobody** (*angl. liberty rights*) (napríklad: muž si môže nechať narásť bradu jednoducho preto, že nemá povinnosť tak neurobiť),

3) **práva rozhodovacie** (*angl. power rights*) (napríklad: pacient má *moc* umožniť (alebo znemožniť) operáciu, pretože svojím súhlasom udeľuje chirurgovi povolenie operovať),

4) **práva nedotknuteľnosti, ochrany** (*angl. immunity rights*) (napríklad: vlastník má právo ochrany voči možnosti, že by ho niekto zbavil majetku, nakoľko žiaden jednostranný akt niekoho iného nemôže znamenať darovanie jeho majetku).

Iné rozdelenie sa týka **nárokových práv**, ktoré sa niekedy rozdeľujú na [9, 13]:

- **pozitívne práva** - predpokladajú pozitívnu povinnosť niekoho voči nositeľovi pozitívneho práva, povinnosť vykonať niečo v jeho záujme (napríklad: poistenec má v rozsahu danom zákonom právo na úhradu nákladov na zdravotnú starostlivosť zo strany zdravotnej poisťovne),

- **negatívne práva** - predpokladajú negatívnu povinnosť niekoho voči svojmu nositeľovi, čiže povinnosť zdržať sa určitého konania alebo správania (napríklad: pacient má právo nebyť operovaný bez svojho súhlasu).

Práva v oblasti medicínskej etiky, bioetiky [13], resp. **etiky ošetrovateľstva** predstavujú podmnožinu skupín práv - legálnych i morálnych, o ktorých sme tu hovorili. Niektoré z nich majú charakter *legálnych práv* - ide o tie, ktorých rešpektovanie garantuje zákon. Iné majú charakter *výlučne morálnych práv*. Prechodnú skupinu predstavujú práva formulované v medzinárodných alebo národných dokumentoch, prípadne dokumentoch rôznych

profesijných alebo patientskych organizácií, ktoré však nemajú právnú záväznosť. Tieto práva sa formulovali pre pacientov všeobecne, alebo pre ich určité skupiny (napríklad práva mentálne retardovaných osôb, práva tehotných žien, práva zomierajúcich, práva hospitalizovaných detí, práva HIV-pozitívnych osôb, atď.).

Problémy pri posudzovaní nárokov na rešpektovanie určitého práva v oblasti zdravotníckej starostlivosti sa najčastejšie týkajú týchto otázok [13]:

A. **Nositeľ práv** - je potrebné posúdiť, či uvažovaná osoba je nositeľom nárokovanej práva - ináč povedané, treba rozhodnúť o tom, aké charakteristiky sú podstatné pre to, aby niekto bol nositeľom tohto práva.

V prípade odklonu od tradičného náhľadu, že každý človek je nositeľom prirodzených (a z nich odvodených) ľudských práv v primeranej miere už od svojho počatia - až do okamihu svojej "prírodzenej" smrti, najčastejšie problémy vznikajú pri otázke, či napríklad ľudský plod alebo zárodok, "budúce generácie", dosiaľ nepočaté deti, ľudia v bezvedomí typu trvalého vegetatívneho stavu, prípadne zvieratá, môžu byť nositeľmi určitých práv.

B. **Konflikt práv.** Tieto problémy sa týkajú tak legálnych, ako aj morálnych práv. Treba tu zvyčajne posúdiť, ktoré právo v danej konfliktnej situácii prevažuje, na základe ktorého práva je treba predložený problém rozhodnúť. Napriek logickej argumentácii sa neraz tieto konflikty riešia veľmi ťažko, najmä ak obe alebo viaceré práva, ktoré sú v konflikte, sa ukazujú ako legitímne. Dokonca aj súdne rozhodnutia bývajú neraz pri odvolaniach pokračovaniach zmenené, alebo modifikované.

Príklady konfliktov práv: umelý potrat (konflikt práva matky na sebaurčenie, alebo práva na "plnú kontrolu nad vlastným telom" - a práva plodu na život), nedobrovoľná hospitalizácia človeka so závažnou psychickou poruchou - "nebezpečného sebe alebo okoliu" (právo nevinného človeka na sebaurčenie a slobodu - právo spoločnosti na ochranu pred ohrozením), HIV-pozitívny manžel (právo HIV-pozitívneho človeka na zachovanie dôvernej informácie o jeho zdravotnom stave v tajnosti - právo manželky na ochranu pred závažným ochorením). Závažné konflikty práv vznikajú aj v oblasti nových techník asistovanej reprodukcie človeka (práva genetických, biologických a sociálnych rodičov, práva "náhradnej matky", a iné).

Základné dokumenty o ľudských právach a právach pacientov v Slovenskej republike

Medzi základné dokumenty o právach človeka v podmienkach Slovenskej republiky môžeme zaradiť [14]:

1) Pre **oblasť legálnych (zákonných) práv** - systém zákonov *Národnej rady Slovenskej republiky* (NR SR), počnúc *Ústavou Slovenskej republiky* (prijatou 1. 9. 1992), a na ne *nadväzujúcich právnych predpisov*. Tieto zákonné normy sú publikované v Zbierke zákonov (Z.z.) Slovenskej republiky, prípadne v oficiálnych publikáciách centrálnych štátnych orgánov (napríklad vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SR).

Pre oblasť zdravotníctva majú zvláštny význam najmä tieto zákonné normy:

● **Zákon NR SR č. 272/1994 Zbierky zákonov (Z.z.) o ochrane zdravia** v znení neskorších predpisov,

● **Zákon NR SR č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení**, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriadení rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní,

● **Zákon NR SR č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti**,

● **Zákon NR SR č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku** v znení neskorších zákonných úprav,

● zákonné normy o **profesijných organizáciách zdravotníckych pracovníkov** (zákony č. 13/1992, 14/1992, 27/1992 Zb.),

● **Zákon NR SR č. 140/1998 o liekoch a zdravotníckych pomôckach.**

V tejto súvislosti je potrebné spomenúť aj **medzinárodné zmluvy a dohovory o ľudských právach a základných slobodách**, ktoré Slovenská republika ratifikovala a ktoré podľa Ústavy SR sú na jej území všeobecne záväzné a majú prednosť pred zákonom (Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach (1966), Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (1966), Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd (1989), Konvencia o ľudských právach a biomedicíne (1996)).

2) Pre oblasť **morálnych práv**, najmä **ľudských práv** ("prirodených práv človeka") a od nich odvodených práv, sú najvýznamnejšie tieto dokumenty:

● **Všeobecná deklarácia ľudských práv** (OSN, 1948) - vo svojich ustanoveniach formuluje základné (prirodené) práva človeka, ktoré patria každému na základe jeho príslušnosti k ľudskému rodu. Je zameraná na vylúčenie akejkoľvek nespravodlivej diskriminácie ľudskej osoby. Mala veľký význam pre neskoršie medzinárodné zmluvné (záonné) zabezpečenie rešpektovania ľudských práv v členských krajinách Organizácie spojených národov (viď vyššie).

● **Princípy práv pacientov v Európe** (Európska úradovňa Svetovej zdravotníckej organizácie, 1994) obsahovo zhodné s rozšírenou **Lisabonskou deklaráciou Svetovej asociácie lekárov**. Ide o najvýznamnejšie medzinárodné dokumenty o právach pacientov. Na základe rešpektovania prirodzených práv človeka formujú dodatočné požiadavky na ochranu a presadzovanie záujmov chorého človeka - pacienta, ktorý sa vzhľadom na skutočnosť svojej choroby, zranenia, fyzického alebo mentálneho postihnutia dostáva do zraniteľného, závislého postavenia voči zdravotníckym pracovníkom a voči poskytovateľom zdravotníckej starostlivosti (zdravotnícke zariadenie). Cieľom dokumentu je chrániť osobnú dôstojnosť, telesnú a duševnú integritu a autonómiu pacienta - a tým prispieť k zlepšeniu kvality a k humanizácii poskytovanej zdravotníckej starostlivosti.

● **Charta práv pacientov** (Pracovná skupina Asociácie nemocníc Slovenska, 1995). Predstavuje výsledok viacročného úsilia pracovnej skupiny slovenských odborníkov. Bola publikovaná ako podkladový materiál pre verejnú diskusiu o právach pacientov v našej spoločnosti i v radoch zdravotníckych pracovníkov.

● **Charta práv hospitalizovaných detí** (prijatá na I. Európskej konferencii o hospitalizovaných deťoch, 1988). Dieťa, zvlášť choré a hospitalizované, vzhľadom na svoju zvýšenú zraniteľnosť a odkázanosť na pomoc dospelých, je subjektom zvýšenej ochrany a starostlivosti, a to aj vo vzťahu k rešpektovaniu jeho práv a záujmov. Zvlášť to platí o psychologickom prístupe k chorému dieťaťu, ako aj o postupoch psychologickéj intervencie v detskom veku [15].

● **Helsinská deklarácia Svetovej asociácie lekárov** (z roku 1964, novelizovaná v roku 1975, 1983 a 1989) a **Medzinárodné etické smernice pre biomedicínsky výskum zahŕňajúci ľudské subjekty** (vypracované CIOMS a WHO v roku 1982, novelizované v roku 1992). Oba dokumenty majú závažný význam pre ochranu práv, osobnej dôstojnosti a fyzickej i psychickej integrity osôb zúčastňujúcich sa biomedicínskeho výskumu.

● dokumenty, formujúce **práva určitých skupín pacientov**, napríklad chorých s roztrúsenou sklerózou (sclerosis multiplex), osôb infikovaných HIV a chorých na AIDS, práva (a povinnosti) tarchavých žien, práva zomierajúcich, práva osôb s malígnou bolesťou, a iné.

Sestra a ochrana práv pacientov

Sestra pri svojej každodennej práci pri lôžku pacienta, na ambulancii, pri návštevnej službe, v nemocničnej "byrokracii", a podobne, má mimoriadnu možnosť i zodpovednosť prispievať k tomu, aby sa jednotlivé práva pacientov náležite rešpektovali a zachovávali. Jej významné postavenie v procese zdravotníckej starostlivosti, ako aj blízky kontakt a vzťah k pacientovi ju predurčujú k tomu, aby sa stala v istom zmysle zástupkyňou jeho oprávnených záujmov a ochrankyňou jeho práv - a to niekedy aj voči iným zdravotníckym pracovníkom, voči danému zdravotníckemu zariadeniu, ba dokonca i voči vlastným príbuzným a "známym" pacienta. Plnenie tejto úlohy si vyžaduje od sestry patričnú profesionalitu i dostatočnú pevnosť charakteru.

Rešpektovanie mnohých práv pacienta súvisí priamo s konkrétnou ošetrovateľskou činnosťou sestry, jej správnym etickým zameraním a profesionalitou jej práce. Príkladom môže byť rešpektovanie práva na súkromie, na zachovanie mlčanlivosti, na zdravotnícku starostlivosť primeranej kvality, na rešpektovanie osobnej dôstojnosti, na rešpektovanie kultúry a osobných hodnôt pacienta, na humánnu terminálnu starostlivosť, právo na náboženskú pomoc, a podobne.

Sestra, ľudské práva a biomedicínsky výskum

V oblasti biomedicínskeho výskumu prichádzalo v minulosti k závažnému porušovaniu prirodzených (ľudských) práv osôb, ktoré sa daného výskumu - či už dobrovoľne alebo nedobrovoľne zúčastňovali. V súvislosti s odsúdením lekárov, ktorí sa podieľali na vykonávaní neľudských pokusov na väzňoch v nacistických koncentračných táboroch počas 2. svetovej vojny (*Norimberský tribunál*), a v nadväznosti sa prijatie tzv. **Norimberského kódexu** (1948, prvý medzinárodný dokument o etike výskumu na človeku) sa postupne rozpracovala aj otázka etických podmienok vykonávania biomedicínskeho výskumu s účasťou ľudských subjektov. [16]

Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, telesnej, duševnej integrity a identity každého človeka, ktorý sa na výskume zúčastňuje, je základnou a nevyhnutnou podmienkou uskutočnenia akéhokoľvek výskumu. [17] Medzi **špecifické práva** osôb - ľudských subjektov, ktoré sa zúčastňujú na výskume, patria napríklad: právo na zabezpečenie podmienok pre udelenie slobodného informovaného súhlasu subjektu pred jeho zaradením do výskumu [18]; právo odmietnuť účasť vo výskume a právo odvolať predchádzajúci súhlas kedykoľvek, a to bez negatívnych dôsledkov na poskytovanie ďalšej potrebnej zdravotníckej starostlivosti; právo na rešpektovanie súkromia a dôvernosti všetkých zdravotníckych informácií.

Sestra sa v súčasnosti stáva veľmi **významným článkom a spolupracovníkom výskumného tímu** (napríklad klinické sledovanie nových liekov, výskumné projekty v zariadeniach lôžkovej i ambulantnej zdravotníckej starostlivosti, epidemiologické štúdie, a podobne) [19]. Pri realizácii výskumu prichádza do priameho kontaktu so zúčastnenými osobami, vykonáva niektoré špecializované výkony (vyšetrenia, odbery krvi a iných biologických materiálov, zaznamenávanie údajov a pozorovaní, ai.), poskytuje zúčastneným osobám potrebnú ošetrovateľskú starostlivosť. Preto je veľmi dôležité, aby sestra mala potrebné informácie a správne profesionálne postoje aj ohľadom etickej stránky vykonávaného výskumu. V prípade podozrenia na etické nedostatky v priebehu výskumu je sestra povinná stáť jednoznačne na strane pacienta (alebo zdravého dobrovoľníka) - účastníka výskumu.

V súvislosti s postupným zlepšovaním práce **etickej komisii** sa sestra stane ich pravidelným, stálym členom.

To jej poskytne možnosť podieľať sa na ochrane práv potenciálnych účastníkov výskumu už v štádiu posudzovania nových výskumných projektov (protokolov).

Práva zdravotníckych pracovníkov

V situácii zvýšeného tlaku verejnosti, rôznych záujmových skupín, organizácií pacientov a "konzumentov", médií masovej informácie, ba i politických zoskupení na zdravotníckych pracovníkov - ako na jednotlivcov, tak aj na zdravotnícke profesie ako také (napríklad v otázke eutanázie, umelého potratu, vykonávania umelého oplodnenia, zmien pohlavia, atď.), začína sa v poslednom desaťročí diskutovať aj otázka práv zdravotníckych pracovníkov - tak lekárov, ako aj zdravotných sestier [9, 13]. Ide najmä o tieto príklady práv, ktoré zdravotnícki pracovníci formulujú a ktoré sa postupne - viac alebo menej - darí zapracovávať aj do zdravotnej legislatívy v niektorých krajinách:

- právo uplatniť **výhradu svedomia** v prípade požiadavky takého konania, ktoré je v rozpore s mravným presvedčením zdravotníka (napr. v prípade umelého potratu, sterilizácie, a pod.),

- právo neposkytovať pacientovi žiadanú liečbu, ktorá podľa názoru zdravotníckeho pracovníka je zbytočná, príliš pacienta zaťažuje, alebo mu dokonca škodí,

- viaceré práva uplatňované s ohľadom na pandémiu infekcie HIV, niektoré z nich značne rozporuplné (právo vedieť o prípadnej HIV-pozitivite pacienta, právo vykonávať svoje povolanie aj v prípade vlastnej HIV-pozitivity (mnoho zdravotníkov sa nakazilo pri výkone svojho povolania!), právo odmietnuť ošetrovať HIV-pozitívneho pacienta, atď.), a iné.

Literatúra

[1] Práca nadväzuje na kapitolu autora uverejnenú v publikácii Glasa, J., Šoltés, L. (Eds.): Ošetrovateľská etika I., Osveta, Martin, 1998, 212 strán, s. 58 - 67. [2] Austin, J.: Lectures on Jurisprudence; or, The Philosophy of Positive Law. 5th Ed., John Murray, London, 1885. [3] Mill, J. S.: Utilitarianism. In: Collected Works, Vol. 10, University of Toronto Press, Toronto, 1969. [4] Feinberg, J.: Rights, Justice and Bounds of Liberty. Essays in Social Philosophy. Princeton University Press, Princeton, 1980. [5] Hart, H. L. A.: Essays on Bentham: Studies in Jurisprudence and Political Theory. Clarendon Press, Oxford, 1982. [6] MacCormick, D. N.: Rights in Legislation. In: Hacker, P. M. S., Raz, J. (Eds.): Law, Morality and Society: Essays in Honour of H. L. A. Hart. Clarendon Press, Oxford, 1977, p. 189 - 209. [7] Raz, J.: The Morality of Freedom. Clarendon Press, Oxford, 1986. [8] Dworkin, R. M.: Taking Rights Seriously. Harvard University Press, Cambridge, 1977. [9] Wellman, C.: Rights. I. Systemic Analysis. In: Reich, W. T. (Ed.): Encyclopedia of Bioethics. 2nd Ed., 1995, p. 2305 - 2310. [10] Kant, I.: Foundations of the Metaphysics of Morals and What is Enlightenment? Bobbs-Merrill, Indianapolis, 1959; cit. podľa [9]. [11] Rawls, J.: A Theory of Justice. Harvard University Press, Cambridge, 1971. [12] Hohfeld, W. N.: Fundamental Legal Conceptions as Applied in Judicial Reasoning; and Other Legal Essays. Yale University Press, New Haven, 1919. [13] Macklin, R.: Rights. II. Rights in Bioethics. In: Reich, W. T. (Ed.): Encyclopedia of Bioethics. 2nd Ed., 1995, p. 2310 - 2316. [14] Drgonec, J.: Ústavné práva a zdravotníctvo. Archa, Bratislava, 1996, 338 strán. [15] Glasová, M.: Etické aspekty psychodiagnostiky a psychoterapie v detskom veku. In: Glasa, J., Šoltés, L. (Eds.): Ošetrovateľská etika I., Osveta, Martin, 1998, 212 strán, s. 145 - 148. [16] Glasa, J.: Etické aspekty biomedicínskeho výskumu. In: Šoltés, L. a kol.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. LF UK Bratislava, 1994, 104 strán, s. 78 - 84. [17] Glasa, J.: Ethics of biomedical research. In: Salát, D., Badalík, L., Krčméry, V. (Eds.): Preventive and Clinical Medicine in Changing Europe. Sympos, Tatranská Polianka, 1994, p. 239 - 248. [18] Glasa, J.: Etické aspekty informovaného súhlasu. In: Glasa, J., Šoltés, L. (Eds.): Ošetrovateľská etika I. Osveta, Martin, 1998, 212 strán, s. 100 - 106. [19] Glasa, J.: Etické aspekty biomedicínskeho výskumu. In: Glasa, J., Šoltés, L. (Eds.): Ošetrovateľská etika I. Osveta, Martin, 1998, 212 strán, s. 157 - 163.

Dalšia literatúra u autorov.

Glasa, J., Glasová, M.: Ľudské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. / Human Rights in the Health Care. *Medicínska etika & Bioetika / Medical Ethics & Bioethics*, Vol. 6, 1999, No. 3 - 4, p. 6 - 10. Paper gives an overview of the general aspects of human rights with a special regard to their implementation and protection in health care. Ethical issues involved are considered in general, as well as with respect to the legal situation in Slovakia. The role and responsibility of a nurse in relationship to the protection of patients' rights are analysed, including the issues of protection of the rights and dignity of patients - subjects of medical research. The problem of rights of the health care professionals is also considered. Author underlines the necessity of their relevant definition and protection. *Key words:* human rights, patients' rights, responsibility and rights of health care professionals.

Adresa/Address: Dr. J. Glasa, M.D., Ph.D., Slovak Postgraduate Academy of Medicine, Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovenská republika.

ÚVAHA NAD MORÁLNÍM STATUTEM LIDSKÉHO EMBRYA

Tomáš Lajkep

Ústav lekárskej etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno (Česká republika)

Abstrakt

Obsahem práce je zamyšlení nad morálním statutem lidského embrya. Autor porovnává dvě rozdílná filosofická pojetí: ontologický personalismus a empirický funkcionalismus. Obě tato pojetí ústí v rozdílné představy o tom, jak s embryem zacházet. V závěru práce je také zmíněna třetí možnost směřující k překonání antagonismů obou pojetí: úvaha R. M. Hareho o tzv. "zlatém pravidlu" (Golden Rule). Autor sám se domnívá, že dokud není otázka statutu embrya vyřešena, bylo by správné zacházet s embryem jako s osobou.

Klíčová slova: lidské embryo, umělý potrat, experiment na embryu, ontologický personalismus, empirický funkcionalismus.

Úvod

S rozvojem medicíny a zároveň s nerefektovanými způsoby zacházení s lidským embryem dochází v poslední době ke stále častějším diskusím o právním i morálním statutu embrya. Své mínění vyslovují lékaři, filosofové, psychologové, právníci i teologové. Názory na to, jaký je, či jaký tento status má být, se pochopitelně různí - a to nejen v oblasti morálky, ale také v oblasti práva. Je zřejmé, že úvahy o morálním statutu embrya vycházejí z různých filosofických pozic a předkládané výsledky těchto bádání spolu nepůsobí v nějaké harmonické postmoderní souhře, ale naopak si tvrdě konkurují.

Podle J. Schenkera (předsedy Výboru pro výzkum etických problémů asistované reprodukce člověka při FIGO), existují tři možné názory na morální postavení embrya [1]:

1. Embryo nemá žádný morální status. Je to směs nerozlišených buněk, postrádajících individualitu, jeho status se neliší od statusu jakékoli lidské tkáně.

2. Embryo má plný morální status lidské bytosti - vzhledem k tomu, že při fertilizaci vznikl nový genotyp a některé buňky se mohou stát lidskými bytostmi.

3. Embryo je potenciální lidská bytost. Je to nová filozofická entita reprezentující kompromis, který je dnes

přijímán vědci, lékaři i etiky. Vzhledem k tomu, že se jedná o potenciální lidskou bytost, mělo by se na embryo pohlízet s vážností a jeho specifické postavení by mělo být respektováno, dokud ho nepřeruší jiné - společenské nebo mateřské - zájmy.

Toto dělení je jistě samo o sobě problematické. Například hned první bod může vyvolat údiv. Myslí si autor skutečně vážně, že někdo může o embryu uvažovat jako o směsi nerozlišených buněk? Některý vědec možná v prvním týdnu, ale který by si toto troufal tvrdit o embryu ve dvanáctém týdnu gestace? Tady nám zřetelně chybí časová hranice.

Také druhý bod svědčí o nepřesném používání terminologie. Pokud si někdo myslí, že embryo má plný morální status lidské bytosti, tak to není proto, že by se "některé buňky mohly stát lidskými bytostmi", ale proto, že některé buňky již jsou lidské bytosti.

Teprve třetí bod v sobě nese tíhu problému, ovšem formulace je zavádějící. Ne *jenom* tento názor je dnes přijímán vědci lékaři i etiky. I předchozí bod má mezi nimi své zastánce.

Existují tedy spíše pouze dvě vyhraněné pozice:

1. Embryo je od početí lidskou bytostí, která má stejný morální význam jako všechny ostatní lidské bytosti - to je pozice **ontologického personalismu**.

2. Morální význam embrya roste zároveň s tím, jak se vyvíjí embryo. Tedy se vlastně říká, že morální význam 16-ti buněčného embrya je větší než dvoubuněčného - nepatrně sice, ale o něco málo přeci jenom je. To je pozice **empirického funkcionalismu** nebo též **morálního gradualismu**.

Věnujme nyní pozornost jednotlivým pozicím.

Ontologický personalismus

Pozice **ontologického personalismu** předpokládá začátek lidského života od okamžiku konceptce. Je v těsné souvislosti s biologickým pohledem na vznik již genetiky jednoznačně samostatného jedince. Na otázku, zda je už od začátku své konceptce lidské embryo také osobou, odpovídá ontologický personalismus s přihlédnutím k *Boethiově* definici člověka jako *individua substantia rationalis naturae* kladně.

Lidské embryo lze považovat za individuum, protože je nedělitelné. Co se týče problému jednovaječných dvojčat, pak se tvrdí, že není pravda, že by se jeden jedinec rozdělil na dva, ale že spíše jeden živý systém dává vzniknout druhému živému systému, podobně jako je to při reprodukci jednobuněčných organismů. Není to případ oddělení, ale znásobení, nová individualita je "přidána" k již existující [2]. A konec konců, díváme-li se na tento problém z hlediska respektu k lidskému životu: Má snad tento život menší cenu, jestliže nevíme, zda z něj vznikne jeden nebo více jedinců? [3] Lidské embryo je substancí, protože je nadáno schopností sebezoroje. Ačkoli je závislé na matce, je nadáno svou vlastní existencí a autonomií, roste a formuje se jako svébytný jedinec. Lidské embryo má "racionální přirozenost", neboť schopnost užívat rozum je specifickou charakteristikou lidského bytí bez ohledu na to, jestli se tato schopnost aktuálně realizuje nebo ne.

Lidské bytí se nestává osobou v průběhu ontogeneze, lidské bytí je osobou od samého začátku konceptce. Osobnost se projevuje svými schopnostmi a svým jednáním, ale nemůže být redukována pouze na tyto vnější fenomény. To znamená, že již lidské embryo vlastní všechna práva, která lze přiznat lidské osobě. Patří sem zejména právo na život, fyzikální a genetickou integritu i právo na rodinu.

Empirický funkcionalismus

Je pochopitelné, že **empirický funkcionalismus** poskytuje širokou škálu možností, od kdy přiznat embryu plný

morální status člověka. Pokud jde o nějaké společné rysy tohoto pohledu na embryo, pak většinou uznávají, že začátek lidského bytí spadá do okamžiku konceptce, tvrdí však, že toto bytí se stává osobou až v nějakém dalším vývojovém stupni. Biologický popis embrya je irelevantní vzhledem k předpokládané definici osobnosti, protože ta je dána jaksi "předem", tedy míněním filosofů. Oddělení "lidského bytí" od "bytí personálního" není na podkladě biologických důvodů, ale na základě předpokládané definice osoby. Níže uvedený přístup k embryu označují někteří autoři, např. C. Strong [4] jako "**gradualismus**". Slovo gradualismus totiž vyjadřuje názor, že fetální vývoj je lineárně rovnoměrný a graduální (pozdvolný) a stejně tak pozdvolný a rovnoměrný je i nárůst morálního významu embrya. Otázka tedy je položena tak, dají-li se na této cestě vývoje embrya nalézt nějaké "milníky", jejichž překonáním by embryo vystoupilo na vyšší morální status.

Za příklad gradualismu by mohla být považována představa některých starověkých a středověkých (křesťanských i muslimských) myslitelů (např. Aristoteles, Tomáš Akvinský, Jalál al-Din al-Suytí) o "oduševnění" plodu. Tito myslitelé se domnívali, že život člověka jako jedince (s duší a tělem) začíná až v intervalu několika týdnů po konceptci [5].

Někteří autoři se domnívají, že individualita je nutnou podmínkou k určení osoby, a proto mluví o osobě až dva týdny po fertilizaci, kdy již není možné, aby došlo k rozdělení embrya na jednovaječná dvojčata a kdy je jisté, že se nejedná o hydatidiformní potrat [6].

Jiní se domnívají, že schopnost cítit bolest a schopnost vnímat je základní daností osoby a že osobou se embryo stává až v době, kdy se objeví neurální lišta (tedy koncem čtvrtého týdne (srdce embrya však v této době již týden tluče)), jako základ budoucí CNS. L.W. Sumner např. tvrdí, že schopnost pociťovat je základem práva na život. Souhlasí s tím, že i ne-lidští tvorové mají tuto schopnost, a proto tvrdí, že právo na život mají všichni. Nicméně dodává, že různé druhy mají tuto schopnost vyvinutou v různém stupni, a tedy i právo na život lze takto odstupňovat. Sumner se domnívá, že člověk má plné právo na život, protože schopnost pociťovat je u něj rozvinuta nejvíce. Předpokládá, že plnou právní ochranu si zaslouží plody od druhého trimestru s výjimkou závažných fetálních abnormalit a s výjimkou případů, kdy těhotenství ohrožuje je zdraví ženy. [7]

Jiní se domnívají, že osobou se stává člověk až při zaregistrování mentálních a psychických pochodů, které jsou patrné od několika měsíců po fertilizaci. Kanadský psychiatr a psycholog T. Verny píše: *Dnes víme, že nenarozené dítě je lidskou bytostí, která si uvědomuje a reaguje a která od šestého měsíce (a snad i dříve) vede aktivní citový život.* [8]

Další se domnívají, že se člověk stává osobou až v okamžiku, kdy je schopný autonomního života, tedy života nezávislého na matce - tzv. viability. Toto období se ovšem velice obtížně stanovuje, protože lékaři dnes díky technice dokáží udržet naživu i velice nezralé plody - kolem 24. týdne. S vývojem techniky se bude toto období neustále zkracovat. Existují i futuristické představy o umělé děložce.

Empirický funkcionalismus můžeme vhodně charakterizovat citátem P. Singera: *Tvrdím, že život fetu nemá větší cenu než život živočišných organismů na stejné úrovni rozumu, sebeuvědomění, vědomí, schopnosti cítit a podobně. A jestliže fetus není osoba, pak nemá stejná práva jako osoba.* [9] Nepřekvapí tedy, že zmíněný autor - v rámci svých představ o osobnosti - doporučuje, aby i těžce postižené děti byly zabíjeny, a tvrdí, že dítě v jednom roce života není o nic více osobou než třeba šimpanz nebo prase. P. Singer a H. Kuhseová se pokoušejí dokázat, že pouhá potenciální schopnost embrya být au-

tonomním bytím není dostatečná k proklamaci "práva embrya na život." Vycházejí z premisy, že jak samotné sperma, tak i vajíčko nemají samostatně "právo na život". Kladou otázku, za co považujeme spermii a vajíčko, jestliže je spolu vložíme do Petriho misky. Pokud jde všechno tak, jak má, dojde po nějaké době k oplození. Jestliže tedy spermie a vajíčko je soupravou mající tuto schopnost a jestliže není nic špatného na tom, zničí-li se, pak také embryo, u něž je schopnost autonomního bytí pouze potenciální, může být zničeno [10].

Pokud tedy embryo není osobou, na čem má pak být založena právní ochrana embrya? V rámci empirického funkcionalismu není pouhý fakt biologické existence lidského bytí dostatečný k tomu, aby vypovídal o právech daného jedince. Lidské embryo - pokud není osobou - má pouze svou "vnější hodnotu" - tedy hodnotu, jakou mu společnost v dané chvíli přisoudí.

Z uvedených dohadů je tedy zřejmé, že neexistuje všeobecný konsensus v otázce, zda a do jaké míry je embryo nebo preembryo osobou. S tímto konstatováním se sice můžeme smířit, ale z něj samotného ještě nevyplývá, zda - pokud si nejsme jisti, máme-li co do činění se skutečnou osobou - máme také právo zacházet s touto "osobou - neosobou" tak, jak se nám líbí.

Zlaté pravidlo

Z tohoto úhlu pohledu navrhuje známý filosof **R. M. Hare** použít pro tyto úvahy tzv. Zlaté pravidlo [11]. O co se jedná? Hare se domnívá, že k etické problematice spojené s potraty nemůžeme přistupovat ani z hlediska filosofie práva, ani z hlediska představ o tom, co je to lidská osoba. Právo samo o sobě nestačí. Má-li dítě právo se narodit a má-li žena právo dítě potratit, pak to ještě neznamená, že to či ono právo je nelegitimní. Vždyť v celém komplexu práv najdeme velmi často situaci, kdy různá práva stojí proti sobě. Jeden má právo neumřít hladu, druhý však má právo na zachování soukromého majetku. Ani z hlediska teorie osoby nenajdeme všeobecně akceptovatelné řešení, právě proto, že si každý pod pojmem osoby dokáže představit něco jiného. Filosofické teorie se v tomto bodě pozoruhodně rozcházejí - tedy v bodě, ve kterém jde o personální status embrya. Hare udává tento příklad: *Zkusme si představit situaci, že se lidé dohodnou na zákazu používání vozů s koly v městském parku. Někdo si však myslí, že se může prohánět po parku na kolečkových bruslích. Nyní je otázkou, zda kolečkové brusle jsou ve smyslu daného zákazu také vozem s kolečky. Pokud se soudce rozhodne tyto brusle povolit, pak asi sleduje nějaký jiný zájem než fyzikální a metafyzické bádání nad tím, zda kolečkové brusle jsou také vozidly - bere v úvahu například náladu společnosti a zájmy občanů.*

Podobně se to má i s názorem na to, zda embryo je či není lidskou osobou. Ani od přírodovědeckých teorií, ani od filosofické antropologie nemůžeme očekávat uspokojivou odpověď. Je tedy pro Hareho spíše otázkou, zda embryo není takovým bytím, které si zaslouží určitou ochranu - bez ohledu na to, zda je, či není lidskou osobou. Nyní se Hare dostává ke *Zlatému pravidlu*, o kterém se domnívá, že by mohlo být široce akceptovatelnou basí v hodnocení spravedlivého přístupu k embryu. Toto Zlaté pravidlo zní: *"Co nechceš, aby jiní činili tobě, nečiň ty jim."* Hare toto pravidlo ještě rozšiřuje. *"Co bych si přál, aby jiní činili mně, měl bych činit i já jim"*. Tedy: jsem li rád, že se moji rodiče rozhodli mě nepotratit v době, kdy jsem byl ještě embryo, měl bych i já přát totéž ostatním embryím, a to právě takovým, která by se mohla stát lidmi, stejně tak, jako já jsem nyní člověkem. Hare však jde ještě dále a tvrdí: *"Ale ani ti, co nejsou rádi na světě, nemohou zabít embrya, neboť i oni musí připustit, že by si nepřáli, aby o jejich bytí či nebytí rozhodovali ti, co nejsou rádi na světě."*

Tato Hareho úvaha nám pochopitelně dovoluje rozšířit Zlaté pravidlo na celou problémovou oblast asistované reprodukce. Například: *"Chtěl bych být klonem? Jsem rád, že mě rodiče a lékaři neuložili do ledu a pak nespláchli do výlevky? Jsem rád, že jsem se mohl narodit?"* "Toto už nejsou pouze teoretické situace, protože každý z nás si umí představit, že to, co se děje nyní s embryi, děje se s budoucími lidmi, lidmi, kteří by dokázali sprádat podobné úvahy a mít podobná přání, jako máme nyní my."

Nevyjasněný status embrya jako osoby dovoluje také další přístup: Dokud není zřejmé, že se v případě embrya s jistotou nejedná o lidskou osobu, měli bychom se k embryu chovat jako k osobě.

Literatura

[1] Cit. podle Pilka, L.: Status embrya z hlediska asistované reprodukce, Institut pro bioetiku, Sborník konference, 5. - 6. listopadu 1999. [2] Palazzani, L.: The Nature of the Human Embryo: Philosophical Perspectives. *Ethics and Medicine*. Vol 12/1, 1996. [3] Report-Opinion 15/CNECV/95 on Experimentation on the Human Embryo. Conselho Nacional de Etica para as Ciencias da Vida. Lisboa 1998, s. 24. [4] Strong, C.: The Moral Status of Preembryos, Embryos, Fetuses and Infants. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 22, No. 5, 1997. [5] Bakar, O.: Abortion: Religious tradition: Islam. *Encyclopedia of Bioethics*. Vol 1. 1995, New York; Kovács, J.: The Idea of Brain-Birth in Connection with the Moral Status of the Embryo and the Foetus. *Conceiving the Embryo*. Martinus Nijhoff Publishers. The Hague, 1996. [6] Mahowald, M. B.: Fetus: Philosophical and Ethical Issues. *Encyclopedia of Bioethics*. Vol 2. 1995, New York. [7] Strong, C.: The Moral Status of Preembryos, Embryos, Fetuses and Infants. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 22, No. 5, 1997. [8] Z. Matějček, J. Langmaier - Počátky duševního života, Panorama, 1986. [9] Singer, P., Kuhse, H.: *Embryo experimentation*. Cambridge, 1990. [10] Mahowald, M. B.: Fetus: Philosophical and Ethical Issues. *Encyclopedia of Bioethics*. Vol 2. 1995, New York. [11] Hare, R. M.: Abortion and the Golden Rule. *Philosophy and Public Affairs*, 4, No. 3, 1975, s. 201 - 222.

Lajkep, T.: Reflections on the Status of Human Embryo. Medicínska etika & Bioetika / Medical Ethics & Bioethics, 6, 1999, No. 3 - 4, p. 10 - 12. The paper offers some reflections on the problem of moral status of the human embryo. In this respect, the author compares the theory of ontological personalism with that of empirical functionalism. These different philosophical positions lead to the different attitudes to the human embryo. The third position - the one of R. M. Hare's "Golden Rule principle" - is also mentioned, as an attempt to overcome the striking contradictions between the two previous theories. The author concludes, that as long as the problem is not satisfactorily resolved, it is safer to treat the embryo as a person. **Key words:** human embryo, abortion, experiment on embryo, ontological personalism, empirical functionalism.

Adresa/Address: MUDr. T. Lajkep, PhD., Ústav lékařské etiky LF MU, Joštova 10, 662 43 Brno, Česká republika.

*Dear friends, myladies and gentlemen, dear readers, supporters and fans of ME&B,*¹

On the eve of the "Year of the Millenium" I would like to send the kindest greetings to you all in the name of the editor's office of our journal. First of all, I would like to express our gratitude for your kind favour and support to Medical Ethics & Bioethics (ME&B) during the six years of its difficult existence. Your written contributions, professional reviewing, subscriptions or sponsorships, your personal help to the editor's office in administration or mailing of the journal, the constructive criticism, or sometimes just the quiet support and a kindly expressed interest, altogether have made a substantial contribution to the fact, that our journal - with good chances - "will

¹ Translation of the text from the page 1.

survive the year 2000." In the last volume, however, we had to employ rather unpleasant "rationing" measures, i.e. publishing the journal in double issues (1-2 and 3-4/1999). In the following period, as soon as the financial situation will allow us, we want to resume the normal publishing periodicity (quarterly). Much depends, however, upon your support...

Looking back on the previous period of ME&B, one can see the minor or greater achievements, petty or more serious mistakes or wrongs; but also he or she can contemplate new endeavours and courageous vows for the future... Some thinkers are keen to give the forthcoming century the title "Century of Bioethics". Though this could be seen as an exaggeration by many, it can be taken for granted, that the questions of bioethics - in the nearest as well as in a more distant future - will be the 'moving problems' not only for the media and general opinion, for the 'academic circles' at the universities or research institutions, but also for the governments and parliaments throughout the world. The way and the content of decisions taken on the issues of "life and death", i.e. on the very questions of bioethics; the confrontation or dialogue of different cultures and world views in the epoch of globalisation; those altogether will probably decide the future and the 'face' of the human civilisation on our planet. The mission, and the ambition of our journal in the next months and years should be the contribution towards the spread of relevant and reliable information, the education efforts, and also to the national and international exchange and dialogue in the field of medical and nursing ethics, ethics of health care, as well as in the broadest area of interest of contemporary bioethics.

Dear friends, I remain with the best 'new volume' and 'New Year' wishes and kind friendly regards!

Yours sincerely,

December 1999

Dr. Jozef Glasa
Editor

PROBLÉM SVEDOMIA V TOTALITNOM SVETE

Katarína Glasová

Katedra filozofie, Fakulta humanistiky Trnavskej Univerzity v Trnave

Abstrakt

Práca je príspevkom k problému svedomia človeka v totalitnom svete. Na základe myšlienok K. Jaspersa a H. Arendtovej osvetľuje hlavné znaky totalitarizmu a problému tzv. totalitnej morálky. V konflikte s tzv. totalitným svedomím vystupuje do popredia svedomie jednotlivca ako významný účinný pomocník človeka v boji proti ideologickému nátlaku v podmienkach totality.

Kľúčové slová: totalitarizmus, ideológia, teror, totalitná morálka, totalitné svedomie, svedomie človeka

Problém viny trápi **svedomie** ľudí už od dávnych dôb. Dnešný krik túžob a mánií však prehluje hlas tohto nášho vnútorného radcu, skrývame sa pod stromom poznania možno z tých istých dôvodov, ako naši prarodičia. Bojíme sa zodpovednosti, nerozumieme sebe, ani svetu, cítíme sa stratení, obžalovaní zo všetkých strán, potupení a zneistení. Nevieme, komu sa máme zodpovedať, bojíme sa vlastnej neobratnosti pri formulovaní nášho ospravedlnenia. Často si vyčítame, ale nevieme, či si nevyčítame príliš, či nebudaj málo. Problematika viny je problematikou ľudskej duše, zákutí svedomia. Nemáme však šancu poznať pravdu, ak sa neotvoríme aspoň sami sebe a neskúsime rozmýšľať.

Karol Jaspers napísal svoje pojednanie *Otázka viny* [2] na obranu nemeckého národa obžalovaného z ťažkých zločinov 2. svetovej vojny. Otázka viny sa vtedy kládla národu ako celku. Zabúda sa však, že Nemci preplnili koncentračné tábory rovnakou mierou ako príslušníci iných národov. Holistický - totalitný pohľad na morálku spôsobil, že víťazi vlastne spravili ten istý zločin: odsúdili masu (nemecký národ) a nehľadeli na jedinečnosť, individualitu človeka. To bolo ovocím režimu, ktorý úplne zmyl dôstojnosť jednotlivého človeka nielen v konkrétnom režime, ale i v očiach pozorovateľov a dokonca i v človeku samom.

Karol Jaspers sa zaoberá problémom viny z hľadiska filozofického smeru, kde je chápaná ako existenciál. Nesmieme sa však mylne domnievať, že nám ponúka akýsi katalóg vín. "Vina" je len jedna. V ľudských dejinách sa v tomto štvorpísmennom slove ukrylo toľko zloby, že sa stalo filozofickým pojmom. Abstrakcia v ňom pokrýla všetko.

Zásluhou Jaspersa nie je len vyčlenenie základných pojmov viny. Tento mysliteľ poukázal na nebezpečenstvo vnútorného rozkladu svedomia človeka, ak sa nesprávnym smerom zvonku podnecuje jeho rozhodovanie. V odsúdení a vyvrátení pojmu kolektívnej viny vlastne odsudzuje totalitnú morálku.

Preto som sa rozhodla zamyslieť sa nad problémom svedomia človeka v totalitnom režime, ako ho charakterizuje H. Arendtová vo svojom diele *Pôvod totalitarizmu* [1] vo svetle Jaspersovej teórie o kolektívnej vine.

Totalitarizmus, v chápaní Hanah Arendtovej, sa dá voľne charakterizovať ako proces, ako zlý duch, ktorý posadne človeka, skupinu ľudí, triedy a nakoniec ich všetkých stmelí do masy v mene plnenia nejakého prírodného alebo historického zákona. Úporne sa snaží skrze človeka ovládnuť človeka a tým svet, a to myšlienkou napohľad neškodnou, avšak logicky chladne prepracovanou.

Ideológia, ktorú si konkrétny totalitný režim pri svojom zrode zvolí za partnerku, sa pre zúčastnených pod závojom zdá, i je neškodná. Až po svadobnom obrade, v priebehu času sa ukazuje jej pravá tvár - keď ju chlad logiky obnaží do špiku kostí a ako kostlivca z hororu uvedie do pohybu proti vlastným stúpencom... Vtedy začína vládnuť systematickým vytváraním pustatiny v človeku. [3] Spočiatku je to strachom, mučením... A keď sa jej podarí z človeka urobiť bezduchú trosku, zmanipuluje ho do rovnotvárneho chodu dejín, ako na bežiacom páse. Jedincov ľudského druhu zoradí, postaví na bežiaci pás a nechá pravidelne sa vlniť, až získa homogénnu masu núl pevne prilepených na seba, avšak slepých, nemých, hluchých, nepohyblivých, naorientovaných v presnom smerovaní *Idey*, ktorej slúži, a celým týmto kolosom pohybuje, teror.

Človek je degradovaný na nulu. Nula nič nevyjadruje, iba ohraničuje prázdny priestor v tvare "O", aby sme ju my - nedokonalí ľudia, mohli vôbec vidieť. Podobne, ako nezmyselne znázorňujeme toto bezhodnotové číslo, tak chápe totalitarizmus človeka. Svojou existenciou preň človek síce ohraničuje priestor, ale sama jeho existencia nemá nijakú hodnotu, a to už vôbec nie človek ako právna či morálna osoba. Stáva sa vyprázdnenou hračkou plnou vzduchu - balónikom, ktorý treba vyfučať a splasnúť, vecou. [1, s. 593] Čo to však v dôsledku znamená pre človeka?

Základným znakom totalitnej nadvlády, podľa Arendtovej, je **pokus zorganizovať nekonečnú pluralitu a rôznorodosť ľudských bytostí tak, akoby celé ľudstvo bolo iba jediným jedincom**. [1, s. 592] Toto by sa dalo dosiahnuť úplnou elimináciou slobody, vytesnením človeka. Zovretie v totalitnom režime však nedá obetiam možnosť voľne sa pohybovať, vlastne "ani dýchať" bez povolenia. Spontánnosť, tvorivosť je nepripustná. Navonok je tak totalitná spoločnosť zhustená do obrovskej masy ľudí bez

súdržnosti, pocitu domova, lásky, tepla, bez tradícií, oporných bodov (obrazne: kamenistá plastelína pre ideológiu...). Avšak takéto povrchové manipulovanie jej nestačí! To by iba bezmyšlienkovite tyranizovala. Totalitná ideológia však preniká dovnútra - to je jej sila, sila myšlienky. Prechádza múrmi ľudského rozumu, cieľavedome preráža všetky spojenia k svedomiu človeka, ktoré ohlušuje, dusí, umŕtvuje. Ak zvíťazí a ako mačka sa pretiahne úzkou štrbinou podstaty človeka, nastáva osobnostný skrat, ticho... Ľudská osobnosť umiera...

Svedomie človeka je totiž jediným účinným pomocníkom v boji proti ideologickému nátlaku, ak človek ostáva sám. *Je jeho spolusúčasťou, ktorú pozná a tvorí si sám, morálny imperatív vložený a ďalej rozvíjaný konkrétnym životom, je časťou osobnosti.* [4] Ak umŕkne jeho hlas, zaniká všetok odpor. Hlas svedomia človeku nahrádza krik ideológie, teroru. Nastáva vláda "totalitného svedomia", ktoré však okrem názvu nemá s pôvodným obhajcom ľudskej dôstojnosti nič spoločné.

"**Totalitné svedomie**" je svedomím masy. Krik ideológie, podvedomý hlas strachu, brzda, nutkanie - to všetko človeka klamlivo volá, aby sa stal *on jeho súčasťou*. Žiada od neho jeho vôľu, jeho pocity, a v konečnom dôsledku celý jeho vnútorný svet. Spočiatku ho volá nežne, trpezlivo. Ak však narazí na odpor, nastane boj medzi ním a svedomím človeka. Nátlak sa bude stupňovať, teror meniť farbu, krik decibely. A tak záleží na sile osobnosti, či podľahne, alebo bude zničená ako nebezpečná. Nula, prázdna zvnútra i zvonku, je neškodná. Nepredstavuje žiadne hodnoty, len zaberá ten imaginárny priestor, s ktorým ideológia buď ráta, alebo ho bez straty nakoniec vymaže.

Najstrašnejším triumfom totalitného teroru sa stalo víťazstvo nad svedomím jednotlivých osôb. Podarilo sa mu úplne odrezať morálnu osobu od možnosti osobného východiska, keď spochybnil rozhodovanie svedomia v jeho základe. "Posunul hranice alternatívy medzi dobrom a zlom, k voľbe medzi vraždou a vraždou." [1, s. 611] Takýmto vytvorením podmienok, za ktorých svedomie prestáva byť adekvátne a konať dobro sa stáva úplne nemožným, rozširujú, podľa Arendtovej, totalitné režimy vedome organizovanú spoluúčasť všetkých ľudí na svojich zločinoch i na obete, a tak ju činia skutočne totalnou. Tým, že zapájajú obeť do administratívy koncentračných táborov, presúvajú na nich tlak "zodpovednosti" za smrť, ktorá je tak, či tak nevyhnutná. Ustanovujú ich páni času, ktorý je však relatívny.

A tak celej "morálke" totalitného ducha rozkazuje "totalitné svedomie", ktorého *základnou črtou je relativizmus*. Dobro, zlo neexistujú. Iba prosperita Idey je merítkom jeho výčítiek a trestu. Rovnako ako svedomie človeka sa snaží zachovať jeho dôstojnosť, tak "totalitné svedomie" háji relatívnosť voľby v mene urýchlenia naplnenia prírodného, či historického zákona. Je gigantickým obrom, ktorý si navrhol vlastnú architektúru morálnej výstavby činov, je v nej dokonalý a úplný, nezmeniteľný. Tento Goliáš je neporaziteľný dovtedy, kým sa v neho verí a kolektívne, masovo koná v jeho šlapajách. To však jednoducho nie je možné, pretože spoločenstvo svedomí vždy nakoniec pošle Dávida, ktorý odhalí jeho slabinu. A v tom väzí nedokonalosť systému a presné vymedzenie času jeho pôsobnosti.

Z hľadiska bežného života je problém morálky, mravnosti dilemou každého jednotlivého človeka a jeho svedomia. Nikto nám nevidí do kariet, jedine Boh, a tým totalitný režim chce byť, aj keď nie je. Morálna vina naozaj skrýva vo svojej najhlbšej podstate bolesť ostatných troch vín (kriminálnej, politickej, metafyzickej), ako o nich hovorí Jaspers. Týka sa bytostného rozhodnutia človeka. Môžeme byť ovplyvnení svetom, či podmienkami, avšak vždy je to naše rozhodnutie s menovkou nášho svedomia,

ktoré prekročí prah našej osoby a začlení sa do kolobehu sveta a ovplyvní ho. Naše činy a slová nikdy nebolia len nás, ale všetky končiny sveta, kam len preniknú...

Literatúra

[1] Arendtová, H.: Pôvod totalitarizmu I. - III. Praha, Oikoymenh 1996, 680s. [2] Jaspers, K.: Otázka viny. Praha, Mladá fronta 1969, 92s. [3] Lipovetsky, G.: Éra prázdnoty. Úvahy o súčasnom individualizmu. Havlíčkův Brod, Prostor 1998, str. 272. [4] Glasová, K.: Osobné svedomie a totalitarizmus. Diplomová práca. Bratislava 1999, FiFUK v Bratislave.

Glasová, K.: Problem of Conscience in Totalitarian World. Medicínska etika & bioetika / Medical Ethics & Bioethics, Vol. 6, 1999, No. 3 - 4, p. 12 -14. The paper is devoted to the problem of conscience in the totalitarian world. Based on the thoughts of Karl Jaspers and Hannah Arendt the main attributes of totalitarianism and the problem of so-called totalitarian morality are analysed. In conflict with the so-called totalitarian conscience, the conscience of an individual comes to the fore as an important and effective ally in the struggle against ideological pressure in an environment of totalitarianism. *Key-words:* totalitarianism, ideology, terror, totalitarian morality, totalitarian conscience, conscience of man.

Adresa/Address: Mgr. Katarína Glasová, Katedra filozofie, Fakulta humanistiky Trnavskej univerzity, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, Slovenská republika.

LISTRY REDAKCII

LETTERS TO THE EDITOR

MATTERS OF LIFE AND DEATH IN THE POSTMODERN WORLD Bioethical Decision Making and the Christian Worldview

Sir,

In Book 3, chapter 9 (vol II, p. 410) of his *Essays*, the French moralist *Montaigne* writes "It would seem as if unprofitable things were in season, when the hurtful weigh heavily upon us. At a time when wicked deeds are so common, merely unprofitable deeds are almost praiseworthy." Though written in the sixteenth century, Montaigne's sentiments do not seem so very different from those of a contemporary commentator on our cultural malaise.

Chuck Colson, writing for *Christianity Today* suggests: "The truth is that Americans are losing their moral recognition of the universal dignity of human life." (CT, Nov 16, 1998). Indeed, we have lost our moral vision, and we stand in desperate need of crafting a worldview that captures our convictions. Perhaps the greatest challenge facing today's culture is the lack of a clear and convincing consensus on the constituency of moral surety and the question of what knowledge can serve as an adequate foundation for the moral life.

The prevailing **postmodern worldview** has radically reshaped conventional descriptions of reality and truth. Once we were guided by the Platonic concepts of qualities of being, degrees of reality - the shared conviction that there were, indeed concrete essences - what the late *Francis Schaeffer* described as "True truths."

The postmodern mind has largely replaced these concepts with the notions of abstraction and relativism. Con-

crete objects are no longer seen as expressions of a more fundamental reality. Rather, the basis for knowledge is but a mental concept, a personal preference, a figment of the imagination.

Postmodernism now offers to us a society in which two competing agendas persist. One calls for the critical deconstruction and absolute relativizing of all branches of knowledge. The other calls for both the reconciliation and integration of all knowledge in a shared "conversation," to use the postmodernist term. These open-ended conversations are intended to seek common ground between different perspectives, a deeper understanding and appreciation of everyone else's views, with the hope that a new world view will emerge.

If at this point you are coming to view the prevailing postmodern worldview as both profoundly complex and ambiguous, take heart. You are in good company. Indeed, it is the very essence of the postmodern condition that it is both complex and ambiguous. However, if we are to understand and counteract the cultural shifts in morality - whether it be in medicine, education, crime, art, music, religion, legislation, or anything other public institution or activity, we must become familiar with how the prevailing worldview is framing the issues.

One of the difficulties in **discussing postmodernism** is arriving at a definition that adequately captures its essence. And the student of our cultural condition will, no doubt find that definitions of postmodernism vary considerably according to the context in which it is being used.

Broadly described, postmodernism may be characterized as *a cultural environment of open-ended dialogues that revolve around personal, subjective and indeterminate attitudes*. In turn, these attitudes are the result of past intellectual and cultural ideologies, including Marxism, feminism, existentialism, deconstructionalism, and the postempiricist philosophy of science. Those of you in academia will recognize that the fields of pragmatism, psychoanalysis, hermeneutics and linguistic criticism have served as main hotbeds for the postmodern agenda. Yet despite the concerted efforts to develop a comprehensive postmodern worldview since at least the 1960's, a consensual perspective has been flagging. The postmodern mind highly values knowledge most when it is held with the highest degree of tentativeness. Indeed, when one is asked a question - any question! - it is now fashionable to come across as "wholeheartedly tentative." Forget reality and knowledge, we now operate within a culture in which a priori assertions of truth have been abandoned and where priority is now afforded to one's subjective experience over any fixed abstract principle or concept.

In today's worldview, *reality and knowledge are considered to be subjectively determined*. If you were to walk into most any secular college or university classroom today and suggest that there is such a thing as objectivity, truth or absolutes, you'd be publicly ridiculed and casually dismissed with the patronizing wave of a hand. Do you want to shut someone down in an argument or debate? Our postmodern condition makes that easy. As soon as someone asserts a belief, simply reply with "Oh yeah? Say's who?" Want to bring the discussion to an abrupt halt, simply respond to someone with the statement, "Well, that's your opinion."

In the place of consensus, objectivity or truth, postmodernism celebrates pluralism, relativism, ambiguity, tolerance and private interpretation as the exalted trophies upon the mantle of public discourse. And under this view, knowledge is considered to be relative, provisional and fallible rather than absolute, certain or trustworthy.

Consequently, in today's world, *one can never be certain of anything*. Every assertion of truth may only be

held tentatively. The relativity of knowledge ensures its revision. On this view, reality has ceased to be objective and is now a process which is constantly being affected and defined by the subjectivity of one's opinions, beliefs and actions.

Under the postmodernist view, *the subject of experience transforms his own reality, while the experience of reality simultaneously transforms the subject. The circle is endless* and the human mind is hopelessly enmeshed with that which it seeks to understand. Accordingly, we are never able to attain an objective perspective due to the inability to divorce ourselves as a subject of knowing from that which we seek to know. The human mind is at once both the subject and object of knowing and can never place itself at a distance from itself or the world. Stripped of all objectivity, truth and reality - and given that the human mind cannot distance itself from that which it seeks to know - we are left only with our own understandings.

"But how do we function and get along in the world?" you might ask. Well, you must interpret your perceptions as best as you are able. You see, all human understanding is but interpretation, and no interpretation is final. Isn't that great? We are all left to determine our own realities. Of you laugh, but when is the last time you heard someone say, "Well, that may be true for you, but it's not true for me!"

If there is a single quality that defines the postmodern sensibility, it is radical perspectivism. Properly understood, *radical perspectivism suggests that the universe does not possess any inherent qualities of objectivity or truth apart from prior interpretation*. Indeed, apart from interpretation, there is nothing. However, as we have considered, given that the subject can never separate itself from the object - we are never able to achieve a detached and objective perspective of that which we consider. Every element of knowledge is like peeling the layer off of an onion that never runs out of layers - you never get to any core. No element has no meaning in itself apart from the context in which it is observed, and it possesses no relevancy apart from the context in which it is apprehended. As such, all that one knows is simply a private perspective with no bearing or consequence for truth.

Indeed, the postmodern worldview states quite emphatically that *there is no truth. And even if there were, it could not be apprehended, defined, understood or communicated with any legitimacy. All is but personal interpretation with no correspondence to any actual reality beyond our own perspectives*. Consequently, one can never be assured of moving any closer to anything that could be called "truth," for there is, indeed, no underlying objective reality to be moving toward and nothing external to our own unending interpretations. In postmodernism, the critical spirit of our age has reached its apex - *doubt everything, believe nothing, abandon all notions of any possible meaning, resign yourself to undirected and purposeless wanderings through unending error, seek approximation to nothing*.

Since postmodernism has removed the foundations for truth and reality, *the ultimate value of human knowledge is utilitarian*. Meaning is found in the ability of a concept or principle to be liberating, supportive, edifying and pleasing to the senses.

In medicine, *the utilitarian perspective is captured by the maxim that we ought to do whatever produces the greatest good for the greatest number of people*. Of course, now laboring under the postmodern worldview, medicine and biotechnology are finding it increasingly difficult to prescribe for us what is "good." While there once was a day when medicine was practiced as a moral art, the traditional values which have served as a steady rudder in guiding the practice of medicine are quickly fa-

ding away. *The separation of value from techniques has led to the widespread abandonment of any notion of a moral medicine* and we now find ourselves in the uncomfortable position of not always being able to trust that physicians will inherently do what is right. After all, what is right - what's true for you may not be true for me. *Unable to reach a consensus on what is right, good or true*, many segments of the **biotechnology** crowd are now driven by a different motive; namely, *if something can be done, it ought to be done*. And what if such unbridled and undisciplined efforts should reap unforeseen consequences or horrors? Well, we'll just cross that bridge when we come to it! Arrogance is often very blinding.

So how do we resolve this seeming impasse? Let's begin with postmodernity's own sensibility. You see, if postmodernity reduces all to uncertainty and ambiguity, it is not immune itself from its own criticism. Postmodernism is but an interpretation set within its own presuppositions, preunderstandings and biases. Indeed, *postmodernism eliminates everything as an organizing template for a world view - including itself*.

Postmodernism may not claim that it has the corner on being able to judge what is real and truth any better than any other perspective because it has no foundation for exclusion from its own unending relativizing and reductionistic processes.

When I was a junior in college, I recall that one of my professors boldly proclaimed, "there is no such thing as absolutes", to which I replied, "Do you mean that absolutely?"

In the final analysis *there is no coherent "postmodern world view," nor is there the possibility of one*. By its very nature, the postmodern paradigm holds all paradigms in contempt, including its own. By deconstructing and throwing all organizing templates out the window, postmodernism would seem compelled by its own logic to do so to itself as well. This condition was foreshadowed with some brilliance at the inception of the twentieth century. Commenting upon that which he had observed and recognized, *John Dewey* stated that the "despair of any integrated outlook and attitude [is] the chief intellectual characteristic of the present age." And you will recall that I began these reflections with a statement that embodies this same sentiment.

If the postmodern worldview has radically reshaped prevailing notions of truth and reality, we should expect to see the effects of the same when we explore our public square. Indeed, we could select any number of cultural institutions and employ them as a lens through which to examine the issues that we have considered thus far - music, T.V., film, entertainment, art, education, politics, religion and sports - to name but a few.

However, *the cultural significance of the changes which have been more recently occurring in medicine and biotechnology can hardly be overstated*. The distinctive ethical and moral commitments which once undergirded the employment of medical techniques are becoming disjointed. It is because of medicine's tradition as a central cultural force that it may well serve as the plainest example of how our moral traditions have unraveled under the weight of the postmodern worldview.

But what does Christianity have to do with the secularizing process that is occurring in medicine? Although the areas may appear - at first blush - to be disparate, the issues of bioethics lie at the very heart of the Christian faith and message in this: they are both concerned with what it means to be human, how do we define the human condition, what is human nature, and how we are to treat human beings? And both medicine and Christianity are particularly concerned with such questions within the context of human frailty.

Nigel Cameron has reminded us that the medical-ethi-

cal tradition locates its roots within the settled assumptions of what it means to be human that have characterized the Christian centuries. The collapse of moral medicine finds its correlate in the collapse of Judeo-Christian anthropology. And if this is true, then the questions of bioethics are not merely of passing interest to the Believer; rather, it is a central cultural phenomenon which the Christian cannot afford to ignore. E.g. the matters such as abortion, human embryo and fetus protection, physician-assisted suicide or euthanasia - concerning human beings in their most vulnerable of situations and moments of life - are of defining significance to the future of our culture. *In short, as goes medicine, so goes the culture*.

Our world now toys with the question of what it means to be human in the new post-Christian era, and the traditional foundations for dignity have been displaced. No longer are we viewed as men and women created in the image of God who derive our dignity from the inestimable worth that such a foundation affords. Rather, whether one possesses dignity or not revolves largely around the question of suffering. *Under modern parlance, it is simply undignified to suffer* - suffering, somehow, is believed to reduce a person to a state that is incompatible with dignity. Hence, we hear of those who argue for physician-assisted suicide as being crusaders fighting to allow people to "die with dignity." Christian perspectives on suffering - whether as a means of grace, as a struggle which may carry some redeeming quality, or the fact that God may not wish for suffering to be removed (remember Jesus?) - are now dismissed under postmodernism. Ours is a world in which the radical shift away from a consensual foundation of what it means to be human and how dignity is to be grounded has led to a general collapse of our culture.

And what of the Christian worldview? Where do we fit into the scheme of things? Despite its many shortcomings and the profound problems that postmodernism has caused in arriving at a consensus in our society on what constitutes truth and morality, the postmodern worldview provides those of religious faith with the opportunity to have a significant voice and impact upon culture. For if no paradigm may be said to be right, than none can be said to be wrong. Accordingly, all are welcome to the table of discourse. Given that postmodernism cannot exclude anything from consideration, motifs once discarded are now being considered again with fresh gaze, including religion and faith.

If the postmodern "conversations" is to be truly integrative, it must be truly pluralistic - no voice may be excluded, including that of the Christian. But such should not seem odd, for our modern culture, despite having lost its moral bearings, still seeks a sense of community and transcendence at once. *And in this lies our opportunity as Christians - the opportunity to present a religious worldview*. And what is the content of our worldview?

The Christian worldview maintains that there is objective reality. The Christian worldview states that there are true truths and that truth can be known. And truths are true regardless of whether one believes in them or not. Indeed, to push postmodernism to its logical conclusion, the postmodernist would need to acknowledge the existence of objective reality. The postmodern condition is characterized by its entrapment to its unending relativizing and it requires an antithesis as a basis for comparison and contrast. The very concept of relativism begs within itself the desire, and hence the possibility, of certainty. And once having acknowledged the possibility that we may know something for certainty, then a consideration of meaning - intentional purposefulness - may be introduced; for certainty is predicated on the notion that the essence of something is meaningful. Accordingly, there is truth.

Given this, *how does the Christian ethicist proceed?* I believe that if we are to reclaim our role in addressing the many wrongs and injustices of societies, we must begin by becoming more thoughtful and perceptive of the problems surrounding us. I'm not talking about acquiring a thorough knowledge of competing systems of morality. Rather from our pulpits, in our fellowship hours and in our Bible study classes explicit instruction as to how to go about making ethical choices needs to be offered.

Furthermore, the Christian church must recognize that *moral development is personal and not social*. To paraphrase *Aristotle*: If you would be virtuous, observe the virtuous man.

Decisions regarding our **leaders** - at all levels - should reflect an appreciation for the candidates quality of character - gentleness willingness to serve, warmth of feeling in interpersonal relationships, sexual self-restraint, modesty, a mind that values the unseen and eternal more than the seen and temporal, and forbearance and sobriety in demeanor. These qualities may seem quaint and unrealistic to our ears today, however, they harken back to a day when our culture lived by a shared moral code and may yet serve today as a steady moral rudder.

And what of *the content of our endeavor?* In the bright glare of the modern mind, all traditions seem to fade and the prevailing worldview fails to offer us any consensus regarding that which can serve as an adequate foundation for the moral life. However, *the Christian worldview announces its own intention - that of seeking and conveying Truth*. Indeed, if we are to have a grasp of that truth which we shall discover in the future and apply it appropriately to the issues of moral choice in society - whether in medicine, education, or public policy - we must first recover the truth that lies as its foundation. And such is critical, for not only is the subject matter of compelling interest and the problems worthy of considered reflection, but *the moral aim of Christian faith is so important to the quality of the societies in which we live*.

Sincerely,

Robert W. Evans, Ph.D., Ph.D.

Address/Adresa: Robert W. Evans, Ph.D., Ph.D., Director, Veritas Institute for the Study of Bioethics and Public Values, Auburn, CA, USA.

SPRÁVY Z KONFERENCIÍ

CONFERENCE REPORTS

MEDZINÁRODNÁ KONFERENCIA "DOHOVOR O BIOMEDICÍNE A ĽUDSKÝCH PRÁVACH", Bratislava, 25.- 26. júna 1999

Medzinárodná konferencia "Dohovor o biomedicíne a ľudských právach - K novej generácii ľudských práv" sa konala v Bratislave v priestoroch hotela Tatra v dňoch 25. - 26. júna 1999. Podujatie sa uskutočnilo pri príležitosti osláv 50. výročia vzniku Rady Európy. Hlavnými organizátormi konferencie boli Ministerstvo zdravotníctva SR, Ústav etiky a bioetiky SPAM a LFUK v Bratislave a zahraniční partneri Medzinárodná asociácia pre právo, etiku a vedu so sídlom v Paríži, Rada Európy a Zastupiteľský úrad Francúzskej republiky v Bratislave. Nakoľko Slovenská republika bola prvým štátom, ktorý ratifikoval Dohovor o biomedicíne a ľudských právach, za miesto tohto medzinárodného zasadnutia bola vybraná Bratislava.

Na konferencii sa okrem slovenských účastníkov zúčastnilo 21 expertov z dvanástich krajín. Medzi významných účastníkov konferencie patrili Prof. Ch. Byk, prezi-

dent Medzinárodnej asociácie pre právo, etiku a vedu (Paríž), Dr. Carlos de Sola, vedúci Riadiaceho výboru pre bioetiku (CDBI) Rady Európy (Štrasburg), súčasná prezidentka CDBI Dr. E. Gadd (Londýn) a JUDr. Z. Safjan, predseda Najvyššieho súdu Poľskej republiky (Varšava).

Konferenciu otvorila Mgr. Ing. Miloslava Kollárová, ktorá v mene ministra zdravotníctva SR predniesla otvárací prejav. Slávnostné príhovory predniesli Albert Turot, veľvyslanec Francúzskej republiky v SR a Dr. Carlos de Sola.

Odborný program bol rozdelený do siedmich tematických celkov: Genéza a ciele Dohovoru, Ochrana fyzickej integrity a súkromia, Opatrenia pre vybrané biomedicínske technológie, Ľudské telo a peniaze, Aplikácia Dohovoru, Dosah Dohovoru na iné príbuzné medzinárodné dokumenty, Dohovor a jeho politický vplyv. Po odoznení prednášok v jednotlivých sekciách nasledovala bohatá diskusia ku každej odprednášanej téme.

Na základe rokovania konferencie prítomní prijali nasledujúce odporúčania:

- *Všetky štáty - členovia Rady Európy a Európskej Únie, by mali ratifikovať Dohovor o ľudských právach a biomedicíne.*

- *V súvislosti s Dohovorom by všetky štáty, ktoré k nemu pristúpia, mali pravidelne podávať správy o dôsledkoch, ktoré vzniknú v praxi týkajúcej sa biomedicínskeho výskumu.*

- *Malo by sa založiť Európske informačné centrum, ktoré by informovalo širokú verejnosť o národnej a medzinárodnej legislatíve, ako aj o praxi v oblasti biomedicíny, najmä z hľadiska ochrany ľudských práv.*

- *Európska akadémia ľudských práv a biomedicíny bude pravidelne organizovať fórum pre odborníkov o rôznych problémoch vznikajúcich pri vypracovávaní a posilňovaní národnej a medzinárodnej legislatívy v tejto oblasti.*

Oborný program konferencie bol doplnený aj bohatým kultúrnym a spoločenským programom. Účastníci stretnutia sa zúčastnili na recepcii na pozvanie veľvyslancov Francúzskej republiky v SR, Alberta Turota a na prijatí u zástupcu primátora hlavného mesta SR v reprezentatívnych priestoroch Primaciálneho paláca. Počas dvoch dní sa mali zahraniční hostia možnosť zoznámiť sa aj s kultúrou a históriou Bratislavy. Konferencia prispela k výmene informácií a medzinárodnej diskusii o aktuálnom stave a perspektívach uplatnenia medzinárodného Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne.

Mgr. Silvia Gubová¹

¹ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky - Odbor zahraničných vzťahov.

Adresa: Mgr. S. Gubová, MZ SR - Odbor zahraničných vzťahov, Limbová 2, 837 52 Bratislava 37.

Kalendár odborných podujatí / Forthcoming Meetings

Európa / Europe

- Education for quality: Clinical research on the threshold of the new millenium. Brussels (Belgium), January 27 - 28, 2000.

- (Dés)Obéissance et Droits Humains: de la psychopathologie á l'anthropologie. Tolouse (France), March 2 - 3, 2000.

- First International European Ethics Day. Riehen/Basel (Switzerland), March 18, 2000.

- Advanced European Bioethics Course. Nijmegen (The Netherlands), April 6 - 8, 2000.

● 9th European Congress of European Federation of Catholic Medical Associations (FEAMC), Extraordinary World Congress of International Federation of Catholic Medical Associations (FIAMC), 22nd Congress of Italian Association of Catholic Physicians (AMCI). Rome (Vatican - Italy), July 3 - 7, 2000.

● 5th World Congress of Bioethics. Bioethics in the New Millenium: Ethics, Law and Policy. London (UK), September 21 - 24, 2000.

Mimoeurópske podujatia / Outside Europe

● Health Care Systems: Ethical and Economic Considerations. Sacramento, CA (USA), January 13 - 14, 2000.

● Bioethics Symposium. Sacramento, CA (USA), January 15 - 16, 2000.

● Protection of Human Subjects: The Myth of Privacy and Confidentiality Explored. Houston (USA), February 9 - 11, 2000.

● International Conference: Ethics Education in Medical Schools. Eilat (Israel), February 13 - 16, 2000.

● Ethical Issues in Clinical Trials. Alabama (USA), February 25 - 26, 2000.

Kurzy Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave ¹

● Workshop: Bioetika 21. storočia, Bratislava, 14. 1. 2000

● Tematický kurz: Etické aspekty gravidity, 10. - 11. 2. 2000 Bratislava, 16. - 17. 3. 2000 Košice, 18. - 19. 5. 2000 Banská Bystrica.

¹ Prihlášky na kurzy ÚMEB sa podávajú obvyklým spôsobom cestou študijného oddelenia SPAM, Limbová 12, 83303 Bratislava.

O KNIHÁCH / BOOK REVIEWS

HOSPIC SLOVEM A OBRAZEM

**M. Svatošová, M. Jirmanová a spoluatori,
1. vyd., Ecce homo, Praha, 1998.**

Mimoriadna publikácia o problematike hospicov "trochu inak" nadväzuje na predchádzajúcu veľmi úspešnú knižku MUDr. Svatošovej "*Hospice a umění doprovázet*". Autori sa chceli s čitateľmi podeliť predovšetkým o vlastné skúsenosti. Je určená "všetkým", najmä však "medicínskym laikom", ktorým priblíži poslanie, prácu i život v hospici tak, ako dosiaľ žiadna knižka dostupná na našom knižnom trhu (s výnimkou predchádzajúcej, už citovanej publikácie). A priblíži im aj mnohé iné, nemenej závažné aspekty ťažkých, kľúčových období života človeka, prežívajúceho svoje posledné dni a týždne "na prahu večnosti". Mnohé podnety v nej nájde aj lekár, zdravotná sestra, sociálny pracovník, kňaz... Dovolím si dokonca povedať, že táto knižka, a najmä informácie a posolstvo, ktoré obsahuje, "patrí do každej rodiny".

Vlastný text publikácie je rozdelený do troch hlavných kapitol. Prvá predstavuje hlbší úvod a vysvetlenie zámeru autorov publikácie ("hospic z jiného úhlu pohledu"). Druhá kapitola prináša veľmi cenný prehľad odborných praktických skúseností z práce a činnosti Hospica Sv. Anežky České v Červeném Kostelci, prvého fungujúceho hospica v Českej republike. Tretia kapitola je najrozsiahlejšia. Pri-

náša vlastné osobné skúsenosti z kontaktu, pobytu, stáže alebo z práce v hospici. Ide o naozajstné životné príbehy, svedectvá konkrétnych ľudí. Svedectvá uzatvára krátko, podnetná kapitola z pera samotnej zostavovateľky - "Co mohu udělat už dnes?" Súčasťou knižky je farebná obrazová príloha reprodukcií meditatívnych obrazov Marie Jirmanovej (s krátkym úvodom od Jiřího Šlégra).

MUDr. Jozef Glasa

THE CONSCIENCE OF EUROPE Coleman, J. (Ed.) Council of Europe Publishing, Strasbourg, 1999, 212 pgs.

Práve v tomto čase, keď sa rozoberá minulosť a hodnotia sa zámery, plány a činy, vydáva vydavateľstvo Rady Európy zborník esejí a článkov o "Svedomí Európy" (The Conscience of Europe). Týmto svedomím je, podľa zostavovateľa knihy Johna Colemana, práve Rada Európy. Sformovala ho skúsenosť s človekom 20-teho storočia, tvorcom i obeťou hrôz dvoch svetových vojen. Vyrástlo z morálneho rozhodnutia ľudstva zabrániť akémukoľvek násiliu. V tomto priestore ide o Európu. A preto žiaden z vojnových hororov, vrátane Holocaustu, sa nedá posudzovať s výhradami. Svedomie, o ktorom je tu reč, univerzálne stojí proti všetkým druhom násilia a útlaku, kdekokoľvek sa prejavia. Rada Európy je zároveň inštitúciou všetkých rád, smeroviek a výbavy na ceste, ktorou kráča náš európsky kontinent vo svojom rozvoji, a to, dúfajme, nie späť k barbarstvu, ale v ústrety civilizácii.

Publikácia je rozdelená do troch častí. Prvé state sa venujú histórii prvých dní inštitúcií povojnovej Európy (Cosmo Russell, Peter Smithers, Barney Milligan, Robin Guthrie). V druhej časti sa čitateľovi ponúka pestrá paleta príspevkov autorov rôznych kultúr, spoločenských vrstiev, vierovyznaní. Tematicky sa prechádza od nádejí a snov o novej Európe (Václav Havel, Georg Bull, Georg Carey, Emeka Anyaoku, Colin Tudge) k rozpravám o "chýbajúcom srdci Európy" a potrebe jednoty v Európe (Noriako Hama, Karekin I. Catholicos), až po analýzu bezcitného Západu (Ziauddin Sardar) a prosbu, aby sa rešpektovalo ako sociálne, kultúrne a ekonomické, tak aj životné prostredie národov (Diana Schumacher). Tretia, záverečná časť je venovaná kratším príspevkom, alebo poznámkam rôzneho charakteru. Sú to state o 'duchovných smerniciach' pre Európu (Kardinál Franz König); vedeckej metóde aplikovanej na dejiny (J. A. Froude); dvoch kráľovstvách: kontinentálnom a oceánskom (Sir John Biggs-Davidson); federalizovanej Európe (Peter Unwin); chobotnici - Európe v spároch organizovaného zločinu (Brian Freemantle), o našom morálnom uhýbaní (David Selbourne); regionalizme a svetovom mieri (Ted Dunn); Nigérii a Európe: nie až natoľko vzdialených sesterniciach (Dele Oguntimoju); Karekin I, Catholicos - nekrolog (The Times).

Zborník poskytuje zaujímavý pohľad na myšlienkový svet, východiská Rady Európy, vyjadruje morálne postoje autorov, uvádza do historických súvislostí a načrtáva vnútorný obraz Rady Európy - "Svedomie Európy". Vychádza k päťdesiatemu výročiu Rady Európy. Jeho obsah môže byť osviežujúcou inšpiráciou, cenným príspevkom na ceste do nového tisícročia pre každého z nás: staro - nových Európanov.

Mgr. Katarína Glasová

Adresa: Mgr. Katarína Glasová, Katedra filozofie, Fakulta humanistiky, Trnavská univerzita, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava.

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 (pracovník) 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 čiarku "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): I. 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.

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: I. 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 - 2

■ Pôvodné práce/Original Articles	1
- Theories on Moral Standing of the Human Embryo and Fetus. Part II. Scripture-based Theories / Teórie o morálnom postavení ľudského zárodka a plodu. Časť II. Biblické teórie. <i>R. W. Evans</i>	1
- Bioethics in the Period of Transition. / Bioetika v prechodnom období. <i>J. Glasa, J. Bielik, J. Ďačok, H. Glasová, M. Mojzešová, J. Porubský</i>	4
- Změny v názorech studentů na některé etické problémy během výuky lékařské etiky. / Changes of Opinion of Students on Some Ethical Problems during the Teaching of Medical Ethics. <i>T. Lajkep</i>	8
- Importance of Animals in Biomedical Research. / Význam zvierat v biomedicínskom výskume. <i>M. Janitor</i>	10
- Umierajúci adolescent: problém sprevádzania. / Dying Adolescent: Problem of Accompanying. <i>M. Glasová, L. Klusová-Križanová</i>	13
■ Správy z konferencií/Conference Reports	14
- Etika multicentrického klinického výskumu. / Ethics of Multicenter Clinical Research. DEBRA Regional Meeting, 7-8 June, 1999. <i>P. Riis</i>	14
■ Listy redakcii/Letters	16
- Cíle medicíny. Poznámky ke zprávě mezinárodní skupiny. / Goals of Medicine. Notes to the Report of an International Study Group. <i>J. Husek</i>	16
■ O knihách/Books	18
- Health Care under Stress. (J. Glasa, J. R. Klepanec (Eds.)) <i>S. Ftáčniková</i>	18

No. 3 - 4

■ Od redakcie/Editorial <i>J. Glasa</i>	1, 12 - 13
■ Pôvodné práce/Original Articles	2
- Etické problémy operácií vrodených chýb srdca v detskom veku. / Ethical Issues in Operations of the Congenital Heart Defects in Children. <i>V. Milovský</i>	2
- Ludské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. / Human Rights in the Health Care. <i>J. Glasa, M. Glasová</i>	6
- Úvaha nad morálnym statutom ľudského embrya. / Reflections on Moral Status of Human Embryo. <i>T. Lajkep</i>	10
- Problém svedomia v totalitnom svete. / Problem of Conscience in the Totalitarian World. <i>K. Glasová</i>	13
■ Listy redakcii/Letters	14
- Matters of Life and Death in the Postmodern World. / Otázky života a smrti v postmodernom svete. <i>R. W. Evans</i>	14
■ Správy z konferencií/Conference Reports	17
- Medzinárodná konferencia „Dohovor o biomedicíne a ľudských právach”, Bratislava 25. - 26. 6. 1999 <i>S. Gubová</i>	17
■ Kalendár odborných podujatí/Forthcoming Meetings	17
■ O knihách/Books	18
- Hospic slovom a obrazem. (M. Svatošová, M. Jirmanová) <i>J. Glasa</i>	18
- European Conscience. (J. Coleman, Ed.) <i>K. Glasová</i>	18
■ Pokyny pre autorov /Instructions for Authors	19
■ Kumulatívny obsah ročníka 6./Cumulative Index of Vol. 6	20

Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics, založený ako časopis 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 informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, reprints 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, founded as the journal of the Institute of Medical Ethics & Bioethics (Bratislava), 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 news, 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, J. Palaščák, R.Pullmann, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A.Bajan, I.Đuriš, A.Kapellerová, E.Kolibáš, Š.Krajčík, V.Krčméry ml., R.Korec, M.Kriška, J. Longauer, M.Makai, E.Mathéová, T.R.Niederland, P. Mráz, M.Pavlovič, J.Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch.Byk (Paris), D.Callahan (Briarcliff Manor, N.Y.), T.Hope (Oxford), 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) ■ Výkonný redaktor/Executive Editor: H. Glasová ■ Adresa redakcie/Address: Nadácia Ústav medicínskej etiky a bioetiky/Institute of Medical Ethics and Bioethics Fdn., Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (+421-7) 59369472 ■ Registrované MK SR číslo 964/94. ■ Published by Charis Publishing House, Ipeľská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics Fdn., Bratislava.
ISSN 1335-0560

PRINTED IN SLOVAKIA