

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS ÚSTAVU
MEDICÍNSKEJ ETIKY
A BIOETIKY

JOURNAL
OF THE INSTITUTE
OF MEDICAL ETHICS
& BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Január - Marec 1995 Vol. 2 No. 1

OBSAH / CONTENTS

■ Od redakcie/Editorial	1
■ Plánované podujatia/Forthcoming Events	3
■ Oznamy redakcie/News from the Editor	3
■ Pôvodné práce/Original Articles	4
- The Dutch Regulation of Euthanasia/Holandská legislatíva o eutanázii W. J. Eijk	4
- Prenatal Diagnosis of Fetuses with Genetic and Chromosome Disorders: The Pros and Cons of Abortion/Prenatálna disgnostika plodov s genetickými alebo chromozomálnymi poruchami: argumenty pre a proti umelému potratu S. M. Pueschel and M. Šustrová	9
- Pokusy na zvieratách z hľadiska filozofie a etiky/Animal Experimentation from the View of Philosophy and Ethics P. Munzar	11
- Takzvaná sexuálna sloboda a rodina/So-called Sexual Liberty and Family T. Lajkep	13
■ Objednávka časopisu/Subscription Form	15

OD REDAKCIE / EDITORIAL

Vážené kolegyně, kolegovia,

Marec 1995

na začiatku druhého ročníka *Medicínskej etiky & Bioetiky* chcem Vás v mene redakcie srdečne pozdraviť, poďakovať mnohým z Vás za priazeň a pomoc preukázanú nášmu časopisu i jeho redakcii v minulom roku a privítať medzi nami nových predplatiteľov a čitateľov. Verím, že odborné články a materiály, ktoré budeme prinášať v tomto ročníku budú pre Vás užitočnou informáciou na premýšľanie o „starých“ i „nových“ etických problémoch súčasnej medicíny a zdravotníckej starostlivosti, ba možno i „provokáciou“, aby Ste sa ozvali vlastným príspevkom, postrehom, či názorom.

Ako sme Vás už informovali v č. 5-6/1994, *Medicínska etika & Bioetika* bude v tomto roku z technicko-organizačných dôvodov vychádzať štvrtročne. Rozšírením počtu strán jednotlivých čísel (z 12 na 16) sa však celkový rozsah časopisu príliš nezmení (ako Ste si možno všimli, v uplynulom ročníku sme plánovaný počet stránok výrazne prekročili). Napriek zložitým finančným podmienkam (výrazný rast cien papiera a tlačiarenských prác) nezvyšuje sa v tomto roku cena predplatného a pokračujeme i v bezplatnom zasielaní časopisu tým záujemcom, ktorí si úhradu predplatného z rôznych dôvodov nemôžu dovoliť. V tejto súvislosti by som chcel poďakovať všetkým doterajším sponzorom a inzerentom časopisu, našim prispievateľom z domova i z cudziny (ktorých príspevky nateraz nemôžeme honorovať), ako aj obetavým členom redakčného tímu (všetky práce, potrebné pre vydanie a distribúciu časopisu (okrem definitívnej sadzby a tlače), sa vykonávajú v rámci osobného voľného času zdarma). V prípade, že by Ste chceli naše úsilie finančne podporiť (okrem riadnej úhrady predplatného), svoje dary a príspevky môžete poukázať na bankové konto uvedené v tomto čísle časopisu (s. 15).

Prajem Vám, na začiatku tohto čísla aj ročníka *Medicínskej etiky & Bioetiky*, príjemné a zaujímavé čítanie – i premýšľanie, priatelia.

J. Glasa

Dear colleagues,

March 1995

at the starting point of the second volume of *Medical Ethics & Bioethics* I would like to greet cordially all our distinguished readers, to thank many for the kind attention and help given to our journal and its editorial office during the previous year, as well as welcome among us new abonents and readers. I to hope the articles and other materials published in the journal will bring to you also this year an useful information, serve an inspiration for thoughtful encounter with „old“ and „new“ ethical problems of contemporary medicine and health care, or even be a „provocation“ for you to break your silence by sending us a contribution, your point of view, or comments.

As we have informed you already in No. 5-6/1994, *Medical Ethics & Bioethics* for unescapable technical and organisational reasons will be published as a quarterly in 1995. By increasing the regular number of pages of each issue (from 12 to 16) we try to keep the page-space of the journal nearly the same as during the last volume (it should be noted here, that we have published considerably more pages than expected in 1994). Despite a complicated overall financial situation (including a considerable rise of the prices for paper and printing) the subscription price for our journal **does not** increase for this volume. We also keep sending the journal free to all the interessants, that for various reasons cannot afford to pay for their regular subscription. Here I would like to extend our cordial thanks to the sponsors and advertisers of our journal, to the contribution from Slovakia and from abroad (we cannot pay any reasonable fee for contributions), as well as to the members of the editorial team (all the work necessary for making and distributing the journal except of the final typesetting and printing) is provided as voluntary, i. e. free of charge and during the personal free time. If you are interested to support our efforts also by a financial contribution (in addition to your regular subscription fee), you are invited to do so by sending your contributions to the Foundation of the Institute of Medical Ethics and Bioethics (to the account is given in this issue of the journal, p. 15).

I wish you, dear friends, at the beginning of the new issue an volume of *Medical Ethics & Bioethics*, aninteresting, pleasant reading – as well as a fruitfull and refreshing thinking in bioethics.

Jozef Glasa, M.D.

Reklama

Advertisement

FORTHCOMING EVENTS

MEDZINÁRODNÉ PODUJATIA/INTERNATIONAL EVENTS

SLOVENSKO/SLOVAKIA

* **Človek medzi životom a smrťou (A Man between Life and Death), an interdisciplinary conference with international participation**, Martin (Slovakia), December 7 – 9, 1995. Témy/Topics: * Medicínske a ošetrovateľské aspekty starostlivosti o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho pacienta/Medical and nursing aspects of the care of incurably or terminally ill patients * Etické, psychologické a právne aspekty nevyliciteľne chorého a zomierajúceho pacienta a človeka vôbec/Ethical, psychological and legal aspects of incurably or terminally ill patients * Otázky utrpenia, umierania a smrti vo filozofii/Problems of suffering, dying and death in philosophy * Náboženský a teologický pohľad na „posledné veci“ človeka/Religious and theological view of the „last things“ of a man * Problematika nevyliciteľne chorého človeka a obraz smrti a zomierania v literatúre a umení, vo folklóre a ľudovej tradícii/Problems of incurably ill and the picture of death and dying in literature and arts, in folklor and folk tradition * Smrť a zomieranie ako predmet demografie a sociológie/Death and dying – view of demography and sociology * Prihlášky/Applications: Ústav ošetrovateľstva JLF UK, Sklabinská 26, 037 53 Martin, Tel: 0842/38167.

EURÓPA/EUROPE

- * **Randomised Controlled Trials: Ethical and Legal Issues**, Febr. 21 – 22, 1995, London (UK).
- * **Psychiatry, Literature and Philosophy**, March 31 – April 8, 1995, Amsterdam (The Netherlands).
- * **Volunteers in Research and Testing**, April 3 – 5, 1995, Manchester (UK).
- * **First International Congress of the Hans-Jonas Society – The Conscience of Medicine**, April 19 – 22, 1995, Vienna.
- * **Pluralism, Public Policy and the Hippocratic Tradition**, June 22 – 24, 1995, Budapest.
- * **Fourth International Conference on Health, Law and Ethics in a Global Community**, July 16 – 20, 1995, Amsterdam (The Netherlands).
- * **XXI International Congress on Law and Mental Health**, June 25 – 29, 1995, Tromso (Norway).
- * **9th Annual Conference of the European Society for Philosophy of Medicine and Health Care – Medicine and Culture**, Sept. 21 – 23, 1995, Island of Cos (Greece).
- * **Euthanasia: Towards a European Consensus?** November 24 – 25, 1995, Brussels.

OVERSEAS/ZÁMORIE

- * **Ninth Annual Colloquium: Theology and Ethics in Health Care**, May 3 – 5, 1995, St. Louis, MO (USA).
- * **Health Care Ethics in a Pluralistic Society: The Catholic Perspective**, May 15 – 20, 1995, or June 12 – 17, 1995, St. Louis, MO (USA).

Further information available from the Editor./Ďalšie informácie na adrese redakcie.

PLÁNOVANÉ KURZY KATEDRY MEDICÍNSKEJ ETIKY IVZ V ŠK. ROKU 1995/1996

- * **Workshop: Etické komisie**. 24. 11. 1995, IVZ Bratislava.
- * **Workshop: Etické problémy v onkológii**. 15. 12. 1995, IVZ Bratislava.
- * **Základný kurz medicínskej etiky**. 8. 2. – 9. 2. 1996, IVZ Košice.
- * **Workshop: Etické problémy transplantácií**. 27. 4. 1996, IVZ Bratislava.

Na plánované kurzy sa možno prihlásiť obvyklým spôsobom (cestou personálneho útvaru Vášho pracoviska, prípadne priamo na adrese ÚMEB – Katedra medicínskej etiky IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava).

MEDZINÁRODNÉ AKCIE

* **International Conference: „Patients and Carers“**. (V spolupráci s/in collaboration with International Association of Law, Ethics and Science), 13. – 14. 10. 1995, Bratislava, kontakt/contact address: Dr. J. Klepanec, Prof. L. Šoltés, ÚMEB – Katedra medicínskej etiky IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava, Tel: (+42-7)374560/ext. 222, or 223.

OZNAMY REDAKCIE

NEWS FROM THE EDITOR

* **Z finančných a organizačných dôvodov** bude časopis ME&B v roku 1995 vychádzať štvrťročne. **Pôvodná cena predplatného sa nezvyšuje.**

– For financial and organizational reasons the ME&B journal will be published as a quarterly in 1995. The price of subscription remains unchanged.

* Časopis ME&B si možno objednať na adrese redakcie. Formulár objednávky uverejňujeme. **V prípade, že úhrada predplatného presahuje Vaše súčasné možnosti a máte záujem o odber časopisu, uveďte túto skutočnosť na vyplnenej objednávke: budeme sa usilovať zasielať Vám časopis aj v roku 1995 zdarma!**

– The ME&B journal can be ordered directly through the redaction. The subscription form published in this issue. **If the subscription fee for the journal exceeds your present financial possibilities, please, make this clear on your subscription order form: we try to send you the journal free (depends on generosity of the sponsors)!**

* Upozorňujeme na možnosť inzercie, resp. uverejnenia reklamy. Bližšie informácie na adrese redakcie.

– Possibility to publish advertisements. Detailed information available from the Editor.

5. 8 Pacienti majú právo na dôstojné zaobchádzanie v súvislosti s diagnostikou, liečbou a ošetrovaním, ktoré sa majú poskytovať s rešpektovaním ich kultúry a hodnôt.

5. 9 Pacienti majú počas trvania zdravotníckej starostlivosti a liečby právo na podporu zo strany svojej rodiny, príbuzných a priateľov, ako aj právo na duchovnú podporu a vedenie v každom čase.

5. 10 Pacienti majú právo na úľavu vo svojom utrpení v súlade so súčasným stavom medicínskeho poznania.

5. 11 Pacienti majú právo na humánnu terminálnu starostlivosť a právo umrieť dôstojne.

THE DUTCH REGULATION OF EUTHANASIA*)

W. J. Eijk

Abstract

Author analyses Dutch regulation on euthanasia and some developments seen recently in the Netherlands in result of this regulation. After a brief review of the terminology he describes evolution of relevant jurisprudence according to the rulings of the Supreme Court, as well as the major points of the debate in the parliament. He then characterizes further developments in the area of active termination of life without request, and the breakthrough seen in the country with regard to the medical assistance in suicide. Author puts under critical analysis the application of the clause of *force majeure* used to make the acts formally forbidden by the Penal Code (euthanasia, assisted suicide, and active termination of life without a request) not prosecuted in 'certain circumstances', namely if legal conditions defining the 'due care' of a physician are met. He also provides concrete arguments against the real possibility to control the practice of euthanasia. He concludes, that an argument 'saving as much as can be saved' (expressed by some Dutch legislators) may be a good intention, but the means used are not morally acceptable in themselves and proportionate to the end. The construction according to which an active termination of life by the physician would in certain cases be based on *force majeure* lacks any real foundation. Although the formal ban is upheld, nothing is 'saved'. The choice for the regulation of euthanasia, as approved in the Netherlands, must be characterized as a missed chance to bear political witness, so necessary in the modern society, to the respect for the essential value of the life of the human being as an indispensable basis for a truly humane health-care. [Abstract written by the editor].

Key words: euthanasia, assisted suicide, termination of life, Dutch regulation, clause of 'force majeure' - critique

There used to be a saying that in the Netherlands everything happened fifty years later than in the rest of Europe. Nowadays this saying no longer applies, most certainly not where the acceptance of euthanasia is concerned.

Van der Maas, a professor at the University of Rotterdam, who, in 1991 by order of the Rummelink-committee, conducted an inquiry into the practice of euthanasia in the Netherlands, found that 88% of the Dutch physicians considered active euthanasia in principle permissible. 54% has actually carried out active euthanasia, while 34% would agree to a request for euthanasia. A mere 12% says not to be willing to comply with such a request under any circumstances [1]. On the basis of this inquiry it is assumed that in 1990 euthanasia by a physician was the cause of death in 2,300 cases - 1.8% of all deaths. In 0.3% of all deaths assisted suicide occurred, which comes down to almost 400 cases in 1990. More than a thousand cases - 0.8% of all deaths - involved active termination of life without the explicit request of the patient. Supposedly this would have to do with dying and terminal patients who could no longer express their will [2].

Outside the Netherlands these figures are much lower. Thus the percentage of physicians who consider euthanasia permissible in principle, appears to be 54% in Belgium (1993), 49% in France (1990), 72% in Luxemburg (1993) and 30% in Great-Britain (1987) [3].

In view of these statistics it should not come as a surprise that the Netherlands is the first country in Western Europe with statutory regulations allowing a physician who practices euthanasia to be acquitted. It is striking, anyway, that in practically all highly developed countries the willingness to accept euthanasia is increasing rapidly. Therefore it is a real possibility that the Dutch regulation of euthanasia, proposed in November 1991 by the former cabinet, the third Lubbers-government, and accepted in 1993 by both the Second Chamber (Parliament) and the First Chamber (Senate), might come to function as an example in other countries.

In this paper I shall first go into the terminology, which frequently causes confusion in the discussion about euthanasia. Next there will be a description of the rather complicated Dutch regulation of euthanasia. Finally it will be subjected to a critical analysis.

Terminology

Originally euthanasia is a Greek word, which literally means „good death.” In the 1870's the journalist Lionel Tollemache, together with others, gave it the meaning in which it is generally used nowadays. He advocated that physicians should be permitted by law to give a lethal dose of drugs to patients suffering from a painful and incurable disease with their consent. He called this euthanasia [4]. In this description we find a number of elements that have been considered typical of euthanasia to the present day. First, the reason to terminate a life is an incurable disease which causes suffering considered unbearable. Second, it is typical of euthanasia that the patient does not have long to live and that the physician performs the lethal act.

Outside the Netherlands a complementary distinction is often made between voluntary, non-voluntary and involuntary euthanasia. Voluntary euthanasia takes place at the express wish of the patient or with his knowledge. Non-voluntary euthanasia involves a patient who cannot (any longer) express his will and whose own decision is consequently not known. Involuntary euthanasia means that a person's life is terminated against his will, as happened during the Third Reich [5]. Engelhardt, a physician and philosopher from the United States, expressly understands by euthanasia the termination of life *without* the patient's request or knowledge, whereas he reserves the term suicide for the situation in which a competent individual kills himself on his own or with the help of somebody else [6]. On the other hand, Tollemache called euthanasia „legalized suicide by proxy.” [7] In the Netherlands, too, euthanasia without any further qualification is taken by definition as the termination of life at the request of or at least with the consent of the patient involved.

In this definition euthanasia strongly resembles the situation in which a person commits suicide with the help of a preparation that his physician has given him for that purpose. The difference between the two lies in the motive and the circumstances. The request for euthanasia comes from a patient who wants to avoid a humiliating end of his life because of an incurable or deadly disease. The motive for suicide is that the person in question does not wish to continue his life because he experiences it as unbearable owing to misfortune, a physical handicap or mental problems.

Killing a sick person without a request on his part or without his knowledge is not called euthanasia, at least in the Netherlands, but is described as active termination of life without request.

The Dutch regulation of euthanasia

It is not an easy task to explain to outsiders what exactly the Dutch regulation of euthanasia [8] amount to. Formally it does not amount to any legalization of euthanasia. According to the Penal Code, euthanasia, assisted suicide and acti-

*) Manuscript of the lecture delivered at the International Course on Medical Ethics: „Ethics of the Family Health and Care”, IMEB - PMI, Bratislava on Sept. 4, 1994.

ve termination of life without a request from the person involved remain formally forbidden [9]. But if a physician who performs these actions, exercises due care, the public prosecutor may decide not to prosecute. The measures regarding 'due care' are listed in article 10 of the *Wet op de lijkbezorging* („Law on the Disposal of the Dead”) [10]. They include the requirement that another independent colleague be consulted, and that any request of the person involved be laid down in writing. Moreover, the physician must report to the Public Prosecutor through the municipal coroner. Doing so, he must fill out a list of items of special attention, in which information is asked concerning the history of the disease, the person's request or its absence, the colleague consulted and his findings, and the way in which the patient's life was terminated [11]. On the death certificate he must not call it a natural death.

The physician who has observed all this, is considered to have acted in *force majeure*. Article 40 of the Penal Code says that a person who commits a crime out of force majeure need not to be prosecuted. The possibility to appeal to the defence of force majeure in the case of euthanasia was first offered in a decree given by the Supreme Court of the Netherlands in 1984 [12]. The situation of force majeure in which the physician finds himself is supposed to be a *necessity*, i.e. a conflict of duties. On the one hand he is confronted with the value of protecting human life, on the other hand with the value of respecting the wish for a dignified death and shortening unbearable suffering [13]. Force majeure in the sense of a crisis is considered a reason for justification. Should an appeal to the defence of necessity be successful, the perpetrator is considered not to have done anything against the law. Trying cases of euthanasia, the Dutch judges followed the jurisprudence that had been developed by the Supreme Court [14].

Many people will wonder: why choose for such complicated legal regulations? Would not both general penalization and direct legalization of active termination of life have been much simpler and clearer solutions?

In view of the balance in the Second Chamber, general penalization was not a practicable proposition. The cabinet then consisted of Christian-democrats (the Christen-Democratisch AppÖl, shortened CDA) and the Socialists (the Partij van de Arbeid, PvdA). Before the formation of the cabinet, the latter supported the aforementioned bill introduced by D66, a left-wing liberal party, whereas part of the Christian-democrats flatly rejects active termination of life in any form whatsoever.

Furthermore, Vincent van der Burg, the spokesman for CDA in the matter of euthanasia, pointed out that accentuating the existing ban on active termination of life by the physician would be useless, since within the present jurisprudence it could, in practically all cases, be circumvented with an appeal to a defence of necessity. The 1984 decree of the Supreme Court, on which this jurisprudence is based, would have to be taken for granted by the Minister of Justice and the Second Chamber [15]. The only thing opponents of euthanasia can still do at present is attempt to adjust and restrict the jurisprudence by means of additional rules, notably a strict formulation of the required due care.

Further developments in the area of active termination of life without request

During the eighties and the early nineties this jurisprudence was only applied in situations in which the patient was suffering from a deadly and incurable disease and his death could be expected within a relatively short period of time. It was only in February 1992 that it was extended to active termination of life without express request, when the case was dismissed against a neurologist who had terminated the life of a protractedly comatose 71-year-old man wit-

hout his request [16]. Consequently it came as a complete surprise that in its November 1991 proposal for the regulation of euthanasia the third Lubbers-government opted also to exempt from prosecution the active termination of the life of terminally ill patients without any request on their part under certain circumstances. That was exactly what the opposition had not asked for. It generally supported the D66 bill, which only intended the legalization of euthanasia and assisted suicide, that is the termination of life on request. It is uncertain why in this respect the third Lubbers-government wanted to go a step further than the opposition. The reason that was given was, that according to the van der Maas inquiry mentioned above in approximately 1.000 cases annually active termination of life without request was taking place. According to Justice Minister Hirsch Ballin's answer to questions in the Second Chamber, this number necessitated legal regulations [17].

Probably the cabinet here gave in to a certain social pressure. The „Commissie Aanvaardbaarheid Levensbee#indigend Handelen” (Commission on Acceptability of Life-terminating Action) of the „Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst” (the Royal Dutch Society for the Advancement of Medicine) had advocated the active termination of the life of „defective” neonates in case medical treatment would no longer be effective [18]. According to a report of the „Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde” (the Dutch Society for Paediatrics), a part of the Dutch paediatricians is prepared to do this [19]. The KNMG-commission mentioned above has also suggested that active termination of the life of protractedly comatose patients may be deemed permissible under certain circumstances [20]. According to Van der Maas' inquiry, 30% of the general practitioners in the Netherlands, 25% of the specialists and 10% of the doctors in nursing homes have at one time or another terminated a patient's life without his request [21]. 86% of these cases involve patients that would have from a few hours up to a week to live. The termination of the life of patients who have months or years ahead of them, such as neonates with physical defects, mentally handicapped or demented patients, or patients in a permanent coma is exceptional, although it does occur [22].

Breakthrough with regard to medical assistance in suicide

There have been rapid developments not only with regard to the active termination of life without request, but also in the area of medically assisted suicide. In 1993 the Commission on Acceptability of Life-terminating Action of the Royal Dutch Society for the Advancement of Medicine published a report, in which active termination of life in the form of assistance in the suicide of patients suffering from a mental disorder was deemed legitimate under certain conditions, even if there was no somatic disease or imminence of death. Since in the case of mental disorders the free exercise of the will may be impeded, these patients' request for the termination of their life should be taken seriously in spite of their limited competence:

„The commission is of the opinion that, when there is no longer any perspective for treatment, the patient is suffering seriously and inevitably, and the patient expressly and repeatedly requests his or her death, applying the strictest requirements of competence is cruel. This means that although a patient's competence is important, there may be a legitimate reason to comply with the request for assistance in the suicide of patients who do not meet the strictest criterion.” [23]

The breakthrough in the jurisprudence in this area was caused by a psychiatrist from Haarlem, Dr Chabot, who had given a fifty-year-old woman a lethal dose of drugs at her own request. Within a few years she had lost her two sons, one through suicide and the other as a result of a malignant tumour, and her marriage had ended in divorce. For these

reasons she did not want to live on and attempted to commit suicide, but failed. She rejected all help. The only thing she wanted was to die. Should the psychiatrist not be willing to assist her, she would herself seek ways to end her life [24].

On April 21, 1993, Chabot was found guilty of deliberate assisted suicide by the District Court at Assen. However, this verdict was quashed by the Court at Leeuwarden. Ultimately the case was brought before the Supreme Court of the Netherlands, which passed sentence on June 21 [25]. The plea of force majeure, which Chabot had made in defence of his actions, was disallowed by the Supreme Court in this specific case, because he had failed to consult an independent colleague. He was deemed punishable exclusively for this reason. Because of the exceptional circumstances, however, no sanctions were imposed. Calling in another expert was considered essential by the Supreme Court for two reasons. In the first place, this was not a somatic but a mental patient, so that it must be made absolutely certain that he or she is capable of a well-considered and voluntary decision process. This requires a colleague's own and independent examination. Furthermore he must form an opinion regarding the severity of the suffering and its hopelessness. Should a real alternative to relieve the patient's suffering have been rejected by him or her in full freedom, there can in principle be no question of hopelessness, according to the Supreme Court.

What is important in this ruling is that the Supreme Court does not – setting aside this particular case – rule out an appeal to force majeure in itself, not even when assisted suicide of a patient is concerned who is not suffering from a somatic disease or is in the terminal phase. This may justly be called an „epoch-making judgement“, especially when it is remembered that the former Minister of Justice, Hirsch Ballin, on the basis of his interpretation of an earlier judgement by the Supreme Court (May 3, 1988), asserted that euthanasia or assisted suicide could only lead to acquittal if they happened in the dying or terminal phase [26].

It is also remarkable that the Supreme Court does not consider patients with a mental disorder incompetent from the very start. For in the case in question it is taken for granted that their choice for death is based on the free exercise of their will.

Critical analysis of the application of the clause of force majeure

One of the central points of the Dutch regulation of euthanasia has to do with its basic assumption, namely that the physician, if he has complied with a number of requirements of carefulness, is considered to have terminated the patient's life in a necessity. As we have seen, it is then taken for granted that the physician has not done anything against the law: „criminal law then recognizes that in violating the norm the perpetrator has served a higher juridical good.“ [27] A classical example is the optician who helps a person with broken glasses after shopclosing. He also faces a conflict of duties. On the one hand he must comply with the Law governing the hours of trading, on the other hand it is his duty to be of assistance to his client. In fairness this latter duty is recognized by everybody to be of greater weight than the duty to obey the criminal code.

However, one should bear in mind that this example does not concern a fundamental good. The idea that putting an end to suffering can be a higher interest of justice than the life of a human being is only tenable if it is accepted that active termination of life in the form of euthanasia and assisted suicide is in itself a physical (ontic or premoral) evil, which may possibly be justified by a proportionately higher purpose. The basis for the appeal to emergency is the view that the lesser evil may be perpetrated in order to avoid a greater evil. In this case, however, the „lesser“ evil is intrin-

sic evil, because the life of a human being is a fundamental good in itself and may therefore not be sacrificed as a means to an end [28].

It is a legal question whether the duties that are supposed to conflict here, are correctly formulated. The duty to preserve life is set against the duty to relieve suffering. According to Strijards, the duty to preserve life should primarily be set against a „duty to kill“:

„Defining the duty that conflicts with the duty to preserve life, it [the Supreme Court, WE] speaks of a duty to „relieve.“ But that duty is not the contrasting duty which causes the acute conflict from which the perpetrator cannot free himself but by breaking the law. *That* duty can only be defined in one way: it is a duty to kill.“ [29]

Does the rejection of euthanasia mean that the patient is left to his suffering? Nowadays the means of alleviating pain are so varied that pain can always be effectively suppressed. They range from combinations of various palliatives to the interruption of pain pathways in the nervous system. Physicians should be well aware of the existing possibilities. Furthermore, the authorities should see to it that even the more advanced methods of alleviating pain are made available to everybody.

Alleviating pain through morphinomimetics and the administering of sedatives in case of asphyxiation may lead to the precipitation of the process of dying. This risk is acceptable, however, as long as the dosage is geared to the treatment of the symptoms and not to the termination of life. Here death is not the goal of the action, nor is it the means by which the goal, taking away the suffering, is achieved. That means that the life of the patient involved is not sacrificed as a mere means to the goal. Here death is only an indirect effect, i.e. an effect that is not willed as a means or an end, but is merely accepted as a side effect. As is the case in side effects of drugs in general, this can be defended on the basis of the principle of the action with double effect [30].

There always remains a degree of suffering that cannot be combatted with strictly medical means. A patient suffering from an incurable disease will often be fearful and depressive in the face of approaching death. Here loving care in a hospice can bring relief. It will usually not be possible to take away the suffering of people who ask for assisted suicide because of mental problems through purely medical means.

This takes us back to the case of Chabot, who provided a patient, at her repeated request, with the means to take her own life. Was this really a necessity, a conflict between the duty to preserve life and the duty to find a solution for her problems? The fact that the woman could not cope with her sorrow, however understandable, and did not wish to be helped in the normal way, does not create any duty for the psychiatrist to comply with her request. Things should not be turned around. Here the woman in question has the duty to find a way through life with her sorrow in one way or another with the help offered, however difficult that may be.

It is understandable that some people are of the opinion that her situation was hopeless because there were no real possibilities of psychiatric treatment. In its judgement of June 21, 1994 in the case of Chabot, the Supreme Court states „that in principle there can be no such hopelessness if a real alternative to relieve that suffering has been rejected by the person involved in full freedom“ [31].

This seems to be a strict starting-point, but the addition of „in principle“ and „real“ appears to allow a certain latitude in its interpretation. The question is to what extent the judgement whether suffering is hopeless and whether another alternative treatment is imaginable, can be based on purely objective criteria. Especially with mental patients this is a problem which should not be underestimated. Within psychiatry the various schools with their own view of the genesis of mental disorders and their own methods of treatment, still play an important role. Furthermore, diagnostics and prognosis in psychiatry are frequently based on less directly

verifiable parameters than in somatic medicine.

Even apart from the objections against the appeal to the defence of necessity in itself, which have been outlined, a specifically legal contradiction must also be noted. Legally speaking, every offence, including euthanasia, may in principle come under article 40 of the Criminal Code concerning force majeure. However, an appeal to force majeure is meant for individual cases. In the Dutch regulation of euthanasia the appeal to force majeure with regard to the physician who carries out active termination of life, is generalised, which goes against the intention of article 40.

If the judgements of the Supreme Court in this area were accepted as facts, would it not also be accepted that the Supreme Court can hamper the legislative task of the Second Chamber with its judgement? The legislature must not be put in a position where it has no options left simply because of a verdict by the Supreme Court, certainly not when that is based on ethically invalid grounds. Accepting this would actually mean no less than that the legislature might be forced into incorrect legislation.

The regulation of euthanasia and the possibility to control the practice of euthanasia

Whether this regulation of euthanasia really makes the practice controllable is another question. Can it effectively restrict active termination of life by a physician? The formal ban remains upheld, but at the same time a way is shown in the Law on the Disposal of the Dead to evade prosecution in virtually all cases. Even if euthanasia, assisted suicide and active termination of life without request have not been officially legalised, there is certainly indirect legalisation.

Some people may appreciate that formal punishability has been upheld, in practice that is a farce. The physician who has performed these actions must turn himself in. However, suppose that not all due carefulness has been exercised as required in article 10 of the Law on the Disposal of the Dead. Will the physician then be able to resist the temptation simply to state on the death certificate that the patient died of natural causes? A survey by Van der Wal, public health inspector in the province of Noord-Holland, and collaborators has shown that three quarters of the physicians do not report active termination of life [32]. The conclusion is that „few of the possible shortcomings in the practice of euthanasia and assisted suicide find their way to the courts” [33]. From an analysis of the reports by physicians in Noord-Holland it appears that since 1984 no actions were brought anymore.

„The reason why no action is ever brought (anymore) is undoubtedly primarily because physicians, when informed of the due care to be taken, only report those cases where they can be virtually certain that they will not be prosecuted ... And if physicians do report, they tend to present the case in such a way that it fits better within the requirements of due care” [34].

During the discussion on the report of the Dutch Society for Paediatrics mentioned above, according to newspaper reports some paediatricians called on their colleagues not to report active termination of the life of neonates [35]. Apart from that, it is a universal legal rule that the perpetrator of a crime is not obliged to turn himself in.

An additional objection is that the reporting procedure is not clear on a number of points [36].

Finally there is the burning issue: if the regulation of euthanasia of the third Lubbers government were really meant to restrict the practice of euthanasia, why then was there also made room for active termination of life without request, something the opposition expressly did not ask for? It is frequently observed that legislation cannot but follow the developments in society. This is partly true. The development of in-vitro-fertilization and experiments with embry-

os make new legislation in this area necessary. But is liberalization of the law concerning the decision on the lives of human beings also required simply because physicians break this law anyway: „Because it happens anyway, it is better to have supervision over it”, was said in an interview with Van Berkestijn, the secretary-general of the Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst [37]. However, mass breaking of legal rules is no reason to liberalize the law. Some time ago the French government introduced a penalty point system for drivers who break traffic rules. Likewise the fact that large numbers of physicians disobey the ban on active termination of life is in itself no reason not to prosecute.

The developments in the Netherlands in the eighties are a warning that liberalizing the law in this area does not make the practice more controllable. In the early eighties the discussion was about legalizing euthanasia, active termination of life at the request of the patient who was diagnosed with an incurable disease and whose death was to be expected within the foreseeable future. By the end of the eighties the discussion started about the active termination of the lives of patients without their request. In 1994, according to a judgement of the Supreme Court, medical assistance in the selfwilled death in the case of non-somatic suffering outside the terminal stage or the dying phase may qualify for indemnity by means of an appeal to the defence of necessity. Even though originally there were lots of restrictions and even now people may claim to act with due care, once the principle that human life is a fundamental good is abandoned, one finds oneself on a slippery slope.

Conclusion

The intention to save as much as can be saved is in itself good. One can e.g. imagine Christian Members of Parliament voting for a law on divorce in the hope of preventing the passing of another law on divorce that is even further from Christian conjugal ethics. When they are in a minority, this may be meaningful and effective evidence of their moral views regarding marriage and thus a relative contribution to the common good. Whether this argument also applies when a fundamental good such as human life is at stake, is quite another matter.

Saving as much as can be saved may be a good intention, but the means used (moral theology uses the word „object” as a technical term) must also be morally acceptable in itself and proportionate to the end. This cannot be said of the Dutch regulation of euthanasia. The construction according to which active termination of life by the physician would in certain cases be based on force majeure lacks any real foundation. Although the formal ban is upheld, nothing is „saved”. The former cabinet’s choice for the regulation of euthanasia must be characterized as a missed chance to bear political witness, so necessary in our society, to the respect for the essential value of the life of the human being as the indispensable basis for truly humane health-care.

References

- [1] P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake euthanasie*, The Hague: Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, 1991, pp. 29 - 31.
- [2] *Ibid.*, pp. 141 - 145.
- [3] Y. Kenis, „Artsen en actieve euthanasie. Opinie en praktijk,” *Medisch Contact* 49 (1994), nrs 27/28, pp. 921 - 924, especially table 3.
- [4] L. A. Tollemache, „The cure for incurables,” *Fortnightly Review* 13 (1873) pp. 218 - 230, quoted here from a collection of essays published later: L. A. Tollemache, *Stones of Stumbling*, London: William Rice, 1895, pp. 1 - 31.
- [5] S. Bok, „Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life: Ethical Views,” in: *Encyclopedia of Bioethics*, ed. W. T. Reich, New York/London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982, vol. 1, p. 274. A comparable distinction between euthanasia as homicide and euthanasia as suicide can be

found in D. Tettamanzi, *Eutanasia. L'illusione della buona morte*, casale Monferrato: Pieme, 1985, pp. 24 – 25.

- [6] H. T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 317: „I will term such a practice euthanasia where there is no actual competent consent but only presumed consent, in order to distinguish it from suicide and even assisted suicide, where a competent individual dying effects death, either alone or through the agency of another.”
- [7] L. A. Tollemache, „The cure for incurables,” op. cit., p. 2.
- [8] The proposal by the third Lubbers-government can be found in the letter from the Justice Minister E. M. H. Hirsch Ballin and the Secretary of State for Welfare, Public Health and Culture H. J. Simons, dated November 9, 1991, Second Chamber, 1991-1992, 20 383, nr. 14. The final amendment was published in: *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 1993, nr. 643 and nr. 688.
- [9] The termination of life at an express request, where euthanasia belongs, is forbidden in article 293 of the Penal Code. Article 294 forbids assistance in suicide. Active termination of life without request comes under article 287, which forbids homicide, and possibly under article 289, in which murder is forbidden.
- [10] Tweede kamer (Second Chamber), 1991-1992, 22 527, nrs. 1 – 2.
- [11] The text of the form of the report with the items of special attention was published in *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 1993, nr. 688, and in *Medisch Contact* 49 (1994), nr. 21, pp. 697 – 699.
- [12] *Nederlandse jurisprudentie* 1985, nr. 106.
- [13] Tweede Kamer (Second Chamber), 1991-1992, 20 383, nr. 14, p. 6.
- [14] L. E. Kalman-Bogerd, „Juridische aspecten van stervensbegeleiding”, in: *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*, suppl. O – March 1990, XXII, pp. 208 – 217.
- [15] Tweede Kamer, handelingen (Hansard of the Dutch Lower House of the States-General), 1991 – 1992, 69-4262.
- [16] „OM seponeert zaak over ongevraagde euthanasie,” *De Volkskrant*, Friday 14-2-1992.
- [17] Cf. Minister Hirsch Ballin and Secretary of State Simon's answer to the third question of the d66 parliamentary party, Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 16, p. 12.
- [18] KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbee#indingend Handelen, Discussienota inzake levensbee#indingend handelen bij wilsonbekwame patie#nten. Deel I: Zwaar-defecte pasgeborenen, Utrecht, 1990, p. 11.
- [19] Doen of laten? Grenzen aan het medisch handelen in de neonatologie, Utrecht, 1992, pp. 39 – 42.
- [20] KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbee#indingend Handelen, Discussienota inzake levensbee#indingend handelen bij wilsonbekwame patie#nten. Deel II: Langdurig comateuze patie#nten, Utrecht, 1991, p. 35.
- [21] P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake euthanasie*, op. cit., pp. 46 – 47. However, it should be noted that other inquiries came up with lower percentages. Thus on the basis of an anonymous telephone pool a team of the Free University of Amsterdam estimated that between 1986 and 1989 only 10% of the general practitioners and between 1986 and 1990 only 5% of the doctors in nursing homes had carried out active termination of life without request. See M. T. Muller, G. van der Wal, M. W. Ribbe, J. Th. M. van Eijk, „Levensbee#indingend handelen door huisartsen en verpleeghuisartsen zonder verzoek van de patie#nt,” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138 (1994), nr. 8, pp. 395 – 398.
- [22] L. Pijnenborg, P. J. van der Maas, J. J. M. van Delden, C. W. N. Looman, „Levensbee#indingend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patie#nt,” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 137 (1994), nr. 24, pp. 1194 – 1200.
- [23] KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbee#indingend Handelen, Discussienota Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patie#nten, Utrecht, 1993, p. 45. [Transl. mine, WE]
- [24] „Euthanasiewet aanpassen”, *Trouw*, April 8, 1993, p. 3.
- [25] The text of this sentence can be found in *Medisch Contact* 49 (1994), nrs. 27/28, pp. 917 – 918.
- [26] W. R. Kastelein, C. Spreeuwenberg, „Hulp bij zelfdoding bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden vanwege een niet somatische oorzaak niet zonder meer onaanvaardbaar,” *Medisch Contact* 49 (1994), nrs. 27/28, p. 916; H. J. J. Leenen, „Hulp bij zelfdoding bij psychisch lijden; arrest van de Hoge Raad,” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138 (1994), nr. 35, pp. 1782.
- [27] G. A. M. Strijards, „Enige strafrechtelijke aspecten van de euthanasie,” in: D. F. Scheltens, J. J. M. van der Ven, et al., *De dood, uitkomst voor het leven?* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1987, p. 41.
- [28] W. J. Eijk, „De hedendaagse stromingen en de christelijke mensvisie

in de medische ethiek,” in: W. J. Eijk, J. P. M. Lelkens, *Wat is menswaardige gezondheidszorg?*, Oegstgeest: Colomba, 1994, pp. 7 – 45.

- [29] G. A. M. Strijards, „Annotatie,” *Pro vita humana* 1 (1994), nr. 2, p. 68 [transl. mine, WE].
- [30] This was pointed out by Pope Pius XII in 1958: „Iis qui interfuerunt Conventui internationali, Romae habito, a 'Collegio Internationali Neuro-Pscho-Pharmacologico' indicto” (Sept. 9, 1958), *Acta Apostolicae Sedis* 50 (1958), p. 694 – 695.
- [31] „Uitspraak Hoge Raad 21 juni 1994,” *Medisch Contact* 49 (1994), nrs. 27/28, p. 918.
- [32] G. van der Wal, J. Th. M. van Eijk, H. J. J. Leenen, C. Spreeuwenberg, „De overlijdensverklaring en melding na euthanasie of hulp bij zelfdoding,” *Medisch Contact* 47 (1992), nr. 2, pp. 43 – 47.
- [33] G. van der Wal, J. Th. M. van Eijk, H. J. J. Leenen, C. Spreeuwenberg, „Bij Justitie gemelde euthanasie en hulp bij zelfdoding,” *Medisch Contact* 47 (1992), nr. 36, p. 1027.
- [34] *Ibid.*
- [35] „Euthanasie op pasgeborenen is moord,” *Katholiek Nieuwsblad*, Friday June 31, 1992, pp. 1 and 3.
- [36] H. J. J. Leenen, „Euthanasie; verwarring rond de meldingsprocedure,” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 138 (1994), nr. 44, pp. 2182 – 2184. In the list of items of special attention as laid down in the reporting form (*Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 1993, nr. 688; also published in *medisch Contact* 49 (1994), nr. 21, pp. 697 – 699) the question is asked whether the patient whose life was terminated by the physician, was in the dying phase. However, this element would have been superseded by the verdict of the Supreme Court in the case of Chabot. The reporting form suggests that in the case of somatic patients, too, the consulted physician himself must see the patient, whereas such is not the case according to the verdict mentioned. Moreover, Leenen objects to the fact that termination of life on request and termination of life without request are included in the same procedure.
- [37] „Dwaalgeest of gidsland?,” *Limburgs Dagblad*, November 5, 1994, p. 31.

W. J. Eijk: Holandská legislatíva o eutanázii, ME&B, 2(1)1995, s. 4 – 8. Autor analyzuje holandskú legislatívu týkajúcu sa problematiky eutanázie, ako aj vývoj, ktorý v Holandsku po tejto legislatívnej úprave nasleduje. Po krátkom prehľade terminológie popisuje vývoj súdnickej praxe vzhľadom na rozhodnutia najvyššieho súdu a hlavné body debaty v holandskom parlamente. V záhlsoch charakterizuje nasledujúci vývoj v oblasti aktívneho ukončenia života bez žiadosti pacienta, ako aj prelomové rozhodnutia ohľadom lekárskej asistovaného suicídia. Autor podrobne kriticky analyzuje aplikáciu princípu *force majeure* („najvyššej núdze”), ktorý sa použil na to, aby činy formálne zakázané holandským trestným zákonom (eutanázia, pomoc pri samovražde, aktívne ukončenie života bez žiadosti pacienta) neboli trestané za určitých okolností, konkrétne, ak sa splnia podmienky určujúce podľa zákona „náležitú starostlivosť” poskytnutú lekárom v týchto prípadoch. Autor tiež uvádza konkrétne argumenty spochybňujúce možnosť reálnej kontroly praktizovania eutanázie. Uzatvára, že argument „zachrániť, čo sa zachrániť dá” (vyjadrovaný niektorými holandskými poslancami) môže síce predstavovať dobrý úmysel, avšak použité zákonné prostriedky nie sú samé osebe morálne akceptovateľné a primerané sledovanému cieľu. Právna konštrukcia, podľa ktorej aktívne ukončenie života pacienta zášahom lekára v určitých prípadoch môže byť založené na použití princípu *force majeure* nemá žiaden reálny základ. Hoci formálny zákaz platí, nič sa „nezachraňuje”. Rozhodnutie o právnej úprave eutanázie, prijaté v Holandsku, treba charakterizovať ako premárnenú šancu na uplatnenie politickej múdrosti, takej potrebnej v modernej spoločnosti, vo veci rešpektovania fundamentálnej hodnoty ľudského života ako nevyhnutného základu skutočne humánnej zdravotníckej starostlivosti. [Abstrakt doplnený redakciou ME&B]. *Kľúčové slová: eutanázia, pomoc pri samovražde, ukončenie života, holandská legislatíva, kritika princípu 'force majeure'.*

Correspondence to: Prof. Dr. W. Eijk, Heyendahllaan 82, 6464 EP Kerkrade, The Netherlands

PRENATAL DIAGNOSIS OF FETUSES WITH GENETIC AND CHROMOSOME DISORDERS: THE PROS AND CONS OF ABORTION

S. M. Pueschel and M. Šustrová

Child Development Center, Department of Pediatrics, Rhode Island Hospital, Brown University School of Medicine, Providence, Rhode Island (USA) and Institute of Preventive and Clinical Medicine, Bratislava (Slovak Republic)

Summary

Most of arguments that favor abortion of fetuses who have been diagnosed prenatally to have genetic or chromosome disorders are irrational and devalue the life of a child with a developmental disability such as Down syndrome. It should be emphasized that the value of a person with Down syndrome is intrinsically rooted in his/her very humanity and in his/her uniqueness as a human being. There is a need to return to the fundamentals of existence which include the unselfish concern for human dignity, the reference for life, and the respect of the sanctity of life.

Key words: Down syndrome, prenatal diagnosis, abortion, pros and cons arguments

Introduction

Although some prenatal genetic counseling has been available since the early part of this century, new emerging techniques developed during the past few decades including amniocentesis, chorionic villus sampling, fetoscopy, and ultrasound examinations have revolutionized prenatal diagnosis of genetic and chromosome disorders. Since the introduction of these procedures genetic counselors have been able to provide more accurate information to many prospective parents regarding the outcome of the pregnancy. Instead of discussing general probabilities of risk, the genetic counselor now often can tell parents whether the fetus does or does not have a specific genetic disease or a chromosome disorder.

The advances in prenatal diagnosis may have significant legal implications insofar as a physician may be liable for negligent genetic counseling or failure to test for specific genetic disorders. For example, the parents of an affected child may allege that the physician failed to inform them that they were at an increased risk of having a child with a genetic or chromosome disorder and that specific tests were available that could have detected the disorder. Some parents have sued physicians who had neglected to perform a specific prenatal examination or incorrectly interpreted the results of such a test that deprived the parents of the opportunity to prevent the birth of an affected child. During the past decade numerous court cases have been publicized in the United States of America in which parents have been successful in suing physicians because of negligent genetic counseling resulting in „wrongful birth” of an affected child.

Arguments for aborting fetuses with Down syndrome

Proponents of prenatal diagnosis and subsequent selective abortion if an affected fetus has been identified point out that:

1. It benefits the individual woman and her family.
2. It benefits also society since such procedures have an eugenic effect in eliminating defective genes from gene pool.
3. It recedes the financial burden to society.
4. It is preventive medicine.
5. It increases the quality of life for the family.
6. The fetus has a right to be born healthy.

During the past few decades when prevention of mental retardation was emphasized and when amniocentesis and

other procedures became available, many professionals felt that „therapeutic”*) abortions of identified affected fetuses could prevent genetic disorders such as Down syndrome. Stein and coworkers suggested that „almost total prevention of Down syndrome could be achieved by screening all pregnant women using amniocentesis and selective abortion” [1]. These authors indicated that „the ideology of public health endorses total prevention as a desirable objective; for a condition with a rising prevalence like Down syndrome this objective is better achieved sooner than later.” In the attempt to convince the scientific community of „the enormous benefits of such prevention efforts”, the authors maintained that „a screening programme must offer termination to all those in whom the chromosome anomaly is detected.” They also mentioned that „the cost of screening mothers over 30 years of age is certainly less than that of caring for cases of Down syndrome” and that „the lifelong care of severely retarded persons is so burdensome in almost every human dimension that no preventive programme is likely to outweigh the burden.” Stein et al. also stated „it is clear that many parents especially those in high risk categories, for instance mothers over 40 years and older, would choose to abort a mongoloid child rather than let it come to term” [1].

Other professionals approached the prevention of the birth of a child with Down syndrome from a purely economic viewpoint using a cost-benefit analysis. Conley claimed that there is a „loss of output” either because of persons with Down syndrome are unemployable or they die prematurely [2]. Moreover, this author indicated that an excess of educational and residential care expenses would make prenatal identification of a child with Down syndrome and subsequent abortion economically „attractive.” He estimated the social cost of Down syndrome to be about 3,621,000,000 USD, whereas the prevention of Down syndrome including amniocentesis, chromosome analysis, counseling, and abortion amounted only to 33,000,000 USD. According to this author such cost-benefit analysis shows that society saves money if -down syndrome fetuses would be selectively aborted [2].

Fletcher advocates screening „compulsory if necessary,” to locate as many defects as possible [3]. He defends screening as „no more an invasion of privacy than contact tracing in the treatment of venereal disease.” His position is that a fetus with a severe defect has a lesser moral claim on the mother than a normal child because he is less likely to „respond to the promise of becoming a person in the community of persons” [3].

McCormick asks, where should one draw the line to determine humanity? [4] He argues that potentiality for human relationships is the requirement that must be met. He asserts that „life is not a value to be preserved in and for itself ... it is a value to be preserved precisely for other values” [4].

Because current advances in medical treatment have allowed more genetically diseased persons to survive and reproduce, some professionals are afraid that this trend would allow the number of „bad genes” in our society to increase causing a „gene pool crisis” [4]. According to this author, one method of reversing this trend and saving or even improving future generations is to selectively abort affected fetuses [4]. Yet, it has been estimated that the actual change in the gene pool's composition due to selective abortion is very small.

Arguments against aborting fetuses with Down syndrome

Although many of the prenatal diagnostic procedures have significantly contributed to the advances in human genetics and many of them have been hailed as major break-

*) „therapeutic” is a misnomer since there is no therapy involved in abortion

throughs, it has been questioned whether identification and subsequent abortion of a genetically defective fetus indeed constitute a „real progress” (Prof. Jérôme Lejeune, personal communications). Of course, prenatal diagnosis has many potential beneficial uses, in particular if therapy for the afflicted fetus is available and/or if parents can be counseled in regard to future reproductive risks. These justifiable uses, however, should not be overshadowed by allowing them to become strictly an exercise of selective abortion.

Whereas proponents of prenatal diagnosis and termination of pregnancy emphasize that each child should have a right to be born „healthy”, some parents consider amniocentesis and chorionic villus sampling a waste of efforts since they would not opt to abort anyhow. For example, Keiler Paul who gave birth to a child with Down syndrome expressed her views as follows: „On the one hand we wanted and planned this child and didn't think we had the right to be choosy as to say we will keep it only if it's up to specs” [5]. Keiler Paul continued „we really never know what we're getting when we elect to create another individual. And why assume that a child with a handicap will be a negative experience? For all the joy and richness they have brought into our lives, I am grateful to have all our children with all their weaknesses and strengths” [5].

When Pearl S. Buck reflected on the meaning of her retarded child, she said „could it have been possible for me to have had foreknowledge of her thwarted life, would I have wanted an abortion? With full knowledge of anguish and despair, the answer is no, I would not. Even in full knowledge I would have chosen life and this is for two reasons: first, I fear the power of choice over life or death that at human hands. I see no human being whom I could ever trust with such power. Human wisdom, human integrity are not great enough. Secondly, my child's life has not been meaningless. She has indeed brought comfort and practical help to many people who are parents of retarded children or are themselves handicapped. True, she has done it through me, yet without her I would not have had the means of learning how to accept the inevitable sorrow and how to make that acceptance useful to others” [6]. Pearl S. Buck continues „in this world, where cruelty prevails in so many aspects of our lives, I would not add the weight of choice to kill rather than to let live. A retarded child, a handicapped person, brings his own gift to life, even to the life of normal human beings. That gift is comprehended in the lessons of patience, understanding, and mercy, lessons which we all need to relive and to practice with one another, whatever we are. For this gift bestowed upon me by a helpless child, I give my thanks” [6].

According to Pearl S. Buck's philosophy, the current practice of prenatal diagnosis and selective abortion are threatening basic human rights. The assumption that the child with Down syndrome will be significantly retarded or that he/she will never enjoy the delights of physical or intellectual achievements as normal persons do is not a valid reason to recommend pregnancy termination if the fetus has been found to have Down syndrome.

Although many geneticists consider Down syndrome to be a clear-cut case calling for abortion, many parents feel to determine that a fetus with Down syndrome should be aborted is to make a social judgement about the place of retarded individuals in society. It is possible to judge disability or deviation from the norm medically, but to determine that this deviation constitutes a significant handicap is to make a social judgement.

It has been argued that it is more just and causes less suffering to the fetus to abort it rather than allowing it to suffer pain and illness [7]. This argument must be considered invalid because of its inherent paternalism and because of its incorrect assumptions relative to Down syndrome. Also the argument that it is unjust to society to allow more defective children to be born is especially vulnerable to the charge of intolerance. Moreover, some other professionals indicate

that since approximately 70 to 80 percent of fetuses with Down syndrome are spontaneously miscarried, why not help Mother Nature and get rid of the remaining fetuses with this chromosome disorder. Such thinking does not take into consideration the significant difference of a miscarriage and the active removal of the fetus from the uterus.

Many geneticists stress the fact that most of the prenatal diagnoses will reveal a normal fetus and hence serve to reassure anxious couples. This reassurance rationale can be tested by asking whether any woman could have amniocentesis if she had no intention of having an abortion in the event of an abnormality or just to make sure that the fetus she carries is normal. Considering the limited resources in many parts of the country, the answer to both questions frequently will be in the negative [8].

Similarly, the argument that prenatal diagnosis saves lives by preventing abortions also depends on the acceptance of selective abortion. The interest here is not in saving lives of all fetuses by preventing all abortions but only in saving the lives of normal fetuses by preventing them from being aborted. Thus, the entire line of reasoning depends on the acceptance of abortion of defective fetuses.

For some people the justification for selective abortion rests upon hypothetical judgements as to the life of and the value of that life to the potential infant. Many parents see human life as precious and reject the assumption of a life's lack of worth and value as a justification for its termination. Other parents feel that an IQ score is a demeaning measure of human potential and that the assumption of mental retardation in the infant with Down syndrome is no justification for aborting that fetus.

Concerning cost-benefit studies which often indicate that society would save money if fetuses with Down syndrome would be selectively aborted, it should be noted that these studies usually focus on the cost of the test versus the cost of the care of a handicapped individual. The cost of the screening test (alphafetoprotein testing), confirmatory tests (amniocentesis and chromosome analysis), genetic counseling, and termination of pregnancy are usually underestimated and the cost of the education and long-term care (institutionalization) are often exaggerated [2]. It is of note that today the majority of individuals with Down syndrome will never be institutionalized, that they can become productive citizens, and often will be taxpayers instead of becoming a burden to society.

When a condition is considered to be eligible for prenatal diagnosis it may imply an eugenic notion that persons who are affected are undesirable or unfit. Simply offering prenatal diagnosis for certain conditions such as for the identification of chromosomally abnormal fetuses and not for others may suggest that it is ethically acceptable to perform such tests and to terminate a pregnancy if an abnormality is found. Actually, there is no evidence that society would significantly improve if the incidence of children born with this chromosome disorder would be reduced through the technique of prenatal diagnosis and abortion.

Concern has also been expressed by parents that prenatal diagnosis of a chromosome disorder such as Down syndrome may affect attitudes toward living children with this condition. Moreover, public support for programs to wipe out or significantly diminish the occurrence of a particular condition may undermine support for treatment of persons already born with this condition. Also, public awareness of reducing the incidence of abnormal births may unintentionally bring pressure to bear on the women who carry such pregnancy to term.

References

- [1] Stein, Z., Susser, M., Guterman, A.V.: Screening programme for prevention of Down's syndrome. *The Lancet*, i, 1973, p. 305-310.
- [2] Conley, R.W.: Down syndrome: Economic burdens and benefits of prevention. In: Dellarco, V.L., Voytek, P.E., Hollaender, A. (Eds.) *Aneuploidy:*

Etiology and Mechanisms. New York, Plenum Press, 1985, pp. 35–73.

[3] Fletcher, J.: Ethics and euthanasia. *American Journal of Nursing*, 73, 1973, p. 670–675.

[4] McCormick, T.R.: (1974). Ethical issues in amniocentesis and abortion. *Texas Reports on Biology and Medicine*, 32, 1974, p. 299–309.

[5] Keiler, P.C.: Real life thoughts on amniocentesis. *Down Syndrome News*, 11, 1987, p. 51.

[6] Buck, P.S.: *The child who never grew*. New York, John Day, 1973.

[7] Neel, J.V.: Prenatal diagnosis and therapeutic abortion. *Perspectives in Biology and Medicine*, 11, 1967, p. 129–135.

[8] Šustrová, M.: Lékár a rodičia zdravotne postihnutých detí. *Efeta* 2, 1992, p. 4.

S. M. Pueschel and M. Šustrová: Prenatálna diagnostika plodov s genetickými alebo chromozomálnymi poruchami: Argumenty pre a proti umelému potratu. ME&B, 1(2)1995, s. 9 – 11. Argumenty, ktoré podporujú umelý potrat plodov s prenatálne diagnostikovaným genetickým alebo chromozomálnym postihnutím, sú väčšinou iracionálne a popierajú hodnotu života dieťaťa s vývojovým postihnutím, akým je napríklad Downov syndróm. Treba zdôrazniť, že hodnota osoby s Downovým syndrómom je podstatne založená na jej humanite (príslušnosti k ľudskému rodu) a jej neopakovateľnej jedinečnosti ľudského jedinca. Pri posúdení týchto otázok je potrebný návrat k samotným základom ľudskej existencie, ktoré zahŕňajú nesebeckú ochranu ľudskej dôstojnosti, rozhodnutie sa pre život a rešpektovanie posvätnosti ľudského života.

Address for correspondence:

Prof. S. M. Pueschel M.D., Ph.D., M.P.H.

Child Development Center, Department of Pediatrics,

Rhode Island Hospital,

Brown University School of Medicine

Providence, Rhode Island, USA

POKUSY NA ZVÍRATECH Z HLEDISKA FILOSOFIE A ETIKY

P. Munzar

*Farmakologický ústav Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Joštova 10, Brno, Česká republika,
Vedoucí ústavu: Prof. MUDr. A. Šulcová, CSc.*

Abstrakt

Jsou diskutovány postoje jednotlivých filosoficko-etických systémů k pokusům na zvířatech. Většina antických myslitelů považovala zvířata za pouhé věci. Středověká křesťanská filosofie soudila, že zvířata nemají sama v sobě smysl a jsou zde pro člověka. Rationalista Descartes se domníval, že zvířata jsou jen mechanické stroje neschopné vnímat bolest. V 19. století byly formulovány dvě významné teorie – utilitarismus (utrpení zvířat považuje za věc zlou, a proto schvaluje jen ty pokusy, ve kterých dobro získané pokusem převáží nad zlem) a deontologie (utrpení zvířat je dle této teorie neospravedlivitelné, a proto je nutné utrpení při pokusech minimalizovat). Existuje i mnoho filosofických systémů, které vystupují zásadně proti pokusům na zvířatech – sentimentální romantismus 19. století, novopohanské směry (s nedůvěrou ve vědu), filosofie Indie (s vírou, že zvířata i lidé mají nesmrtnou duši) a liberální západní filosofie (s přesvědčením, že lidé se liší od zvířat jen rozvojem mozku).

Klíčová slova: pokusy na zvířatech, filosofie, etika, historie

V poslední době se na mnoha různých úrovních vedou vášnivé a prudké diskuse o oprávněnosti pokusů na zvířatech. Jejich odpůrci barvitě líčí nesmírné utrpení psů nebo opic při některých opravdu nelidských experimentech a snaží se získat veřejné mínění na svou stranu. Ani obhájců pokusů nelení a jmenují celou řadu nepostradatelných léků, které bychom dnes bez pokusů na zvířatech znali asi jen těžko. Obě strany působí především na lidské emoce, rozum

stojí často stranou. Naše pocity a naše vnitřní intuice jsou však, aniž si to uvědomujeme, utvářeny do značné míry různými etickými a filosofickými systémy, které tu byly už před námi. Chceme-li přistoupit k problému odpovědně, nezbyvá nám než se těmito systémy a jejich přístupem k problému zabývat /2/.

Antika

Pokusy na zvířatech se prováděly už ve starověku – prvními lékaři, kteří se této činnosti věnovali, byli zřejmě Herophilus a Erisistratus, kteří žili v Alexandrii ve třetím století před Kristem /5/. Antičtí vědci však neviděli ve své většině v pokusech nic nemorálního (neuvědomovali si rozdíl mezi věcí a zvířetem), a tak nám jejich doba nepřinesla žádný ucelenější pohled na tento problém.

Středověká křesťanská filosofie

Zařazení zvířat do naší hierarchie hodnot se věnovali až velcí myslitelé středověku, především Tomáš Akvinský. Pohled středověkých filosofů vycházel ze stanoviska Bible. První příkaz, který dostali lidé po svém stvoření, zněl: „Plozte a množte se a naplňte zemi. Podmaňte ji a panujte nad mořskými rybami, nad nebeským ptactvem, nade vším, co se na zemi hýbe.“ /6/ Z tohoto příkazu i z jiných míst v Bibli vyplývají dvě věci: 1. Člověk je povinen měnit svět. 2. Vše živé je tu pro člověka. Zvířata tedy nemají sama v sobě smysl, ale jsou zde pro člověka /11/. Jsou zde proto, aby s jejich pomocí člověk svět měnil. Proto jsou i pokusy na zvířatech morálně opodstatněné, jejich cílem však musí být změna života k lepšímu – což např. objev nového léku bezesporu je. Člověk je na druhé straně za svět odpovědný, je odpovědný i za zvířata. Bůh nesvědčil lidem zvířata proto, aby s nimi zacházeli krutě, ale proto, aby s nimi jednali jako dobří pastýřové, starající se o své stádo /16/. Nutno ovšem podotknout, že se ve středověku moc pokusů se zvířaty nedělalo, lidé se tehdy věnovali duchovnějším problémům, a tak měla diskuse o postavení zvířat mnohdy jen akademický charakter.

Racionalismus

Změnu přinesla až renesance, kdy došlo k bouřlivému rozmachu přírodovědného bádání. Začalo se více diskutovat i o pokusech na zvířatech. Tuto diskusi nejvíce ovlivnil René Descartes (1596–1650), vůdčí představitel racionalistické filosofie a slavný vědec. Domníval se, že zvířata jsou, stejně jako celý vesmír, jen mechanické stroje. Od hodin se liší složitostí, ne však vnímáním bolesti /16/. „Když biješ psa, řve, nedomnívej se však, že cítí bolest, nemá žádné vědomí a jeho nářek je tedy čistě mechanický reflex,“ napsal. Věděl, že zvířata nemohou hřešit, a myslel si, že je proto dobrotivý a spravedlivý Bůh neobdařil schopností vnímat bolest. Člověk se podle Descarta liší od zvířete zásadně tím, že má navíc rozměr spirituální, že má nesmrtnou duši /9/.

Descartův názor na zvířata ovlivnil výrazně jeho současníky i následovníky a vedl k celé řadě významných objevů, které podstatným způsobem změnilly naše chápání člověka i přírody. Postupně se však dospělo rovněž k zjištění, že také zvířata trpí – a to ne jenom fyzicky, ale i psychicky. Proto se staly Descartovy názory pro další generace vědců nepřijatelné.

Začátkem 19. století se zrodily dva další etické systémy, studující oprávněnost pokusů na zvířatech, které si uchovaly svůj význam až do současnosti – utilitarismus a deontologie /2/.

Utilitarismus

Utilitaristické teorie poprvé jasně formuloval Jeremy Bentham (1748–1832), který již věděl, že zvíře trpí, a utrpení považoval za věc zlou /1/. Zlé by však také bylo nechat trpět člověka jeho nemocemi a neusilovat o objevy nových léčebných postupů. Pokud však provádíme pokus na zvířeti,

musíme si uvědomovat, že jde o věc zlou, protože způsobuje utrpení. Před provedením každého pokusu je třeba zvažovat, zda dobro získané pokusem převáží zlo, způsobené utrpením zvířete. Pokud je cílem vědce objevit nový lék a domnívá-li se, že je zde reálná naděje, že pokus na zvířeti tomuto objevu napomůže, pak je pokus ospravedlnitelný. Pokud je však účelem vědecké práce jen vlastní kariéra nebo nějaký hmotný zisk, pak je vědcovo počínání nemorální /15/. Z tohoto hlediska jsou rovněž jen těžko obhajitelné pokusy, kterými se ověřuje bezpečnost různých nových šampónů nebo kosmetických výrobků.

Deontologie

Deontologie je do jisté míry opakem utilitarismu. Podobně jako utilitarismus považuje utrpení zvířat za zlo – každé zlo je však podle deontologů nemorální a neospravedlnitelné. Nelze tedy omlouvat zlo způsobené utrpením výsledným dobrem, i kdyby je toto dobro mnohonásobně převyšovalo. Deontologie označuje za svého zakladatele Immanuela Kanta (1724–1804), Kant sám však nebyl vůbec proti pokusům na zvířatech, protože zvířata vnímal jako zcela odlišná od člověka a nepočítal s nimi ve svých mravních úvahách /17/.

Abychom se zla vyvarovali, musíme podle deontologů minimalizovat utrpení zvířat. Z těchto snah se zrodila celá řada doporučení pro vědce – neznámější je tzv. pravidlo 3R, které formulovali v r.1959 Russell a Burch /13/. Pravidlo se jmenuje 3R podle třech anglických slov, která začínají na r: *Refinement* – tj. zjemnění – zvířata musí mít zajištěnou dobrou obživu, adekvátní zacházení vyškolenými pracovníky, adekvátní prostor, pokusy se provádějí pokud možno v celkové anestézii apod., aby bylo utrpení minimalizováno. *Reduction* – tj. zmenšení – počtu zvířat, délky pokusu, pokus se nesmí na stejném zvířeti znovu opakovat, a pod. *Replacement* – tj. nahrazení – pokus na zvířeti se provádí jen tehdy, když neznáme žádnou alternativu, jinak dáme přednost alternativě – např. pokusu s izolovaným orgánem nebo s izolovanými buňkami /4/. Tyto zásady byly včleněny i do zákonů na ochranu zvířat ve většině civilizovaných zemích /3,19/.

Tomismus (jako nejvýznamnější středověký filosofický systém), racionalismus, utilitarismus a deontologie jsou více či méně antropocentrické systémy, a proto v určité míře pokusy na zvířatech připouštějí. Přijmeme-li jejich zásady – tzn. budeme-li usilovat o změnu světa k lepšímu u vědomí toho, že zvířata se od člověka liší nejen kvantitativně (svými rozumovými schopnostmi), ale i kvalitativně (nemají nesmrtelnou duši), budeme-li dělat se zvířaty jen takové pokusy, které směřují jednoznačně k dobru člověka, a budeme-li přitom usilovat o minimalizaci zvířecího utrpení, pak bude naše jednání mravné – nemravné by naopak bylo, kdybychom tyto pokusy vůbec neprováděli.

Filosofické a myšlenkové systémy, které pokusy se zvířaty zásadně odmítají, jsou naopak většinou biocentrické – tzn. vnímají člověka jako součást přírody /7/. V Evropě má z nich nejdelší tradici sentimentální romantismus.

Sentimentální romantismus

Jeho počátky sahají až do středověku a jsou spojeny s františkánským hnutím, plným obdivu ke všemu živému. Toto hnutí však díky zakotvenosti v učení církve vnímá vždy zásadní rozdíl mezi člověkem a zvířetem a nelze je v žádném případě označit jako biocentrické. Romantismus ve vlastním slova smyslu se zrodil až v 19. století /18/. Boj milovníků zvířat tehdy vedl ke vzniku prvních zákonů na ochranu zvířat a zabránil realizaci řady sadistických pokusů /5/. Dnes se řadí k tomuto směru kromě starších dam a výstředních umělců (např. Brigitty Bardotové) především aktivisté různých ekologických iniciativ. Je zvláštní, kolik času a peněz obětují tito milovníci zvířat péči o několik osamělých psů, a tisíce osamělých starých lidí a nemajetných rodin s mnoha dětmi kolem sebe nevidí.

Novopohanské směry

V dnešní době touží většina lidí po nějakém duchovnu. Mnozí naplňují tuto svoji potřebu vírou v různé tajemné pověry, které ovládaly lidskou mysl kdysi v dávných dobách. Patří sem zejména astrologie, magie, okultismus a spiritismus. Všechny tyto směry odmítají racionální poznání, a proto se staví skepticky k výsledkům vědy a vědecké bádaní odmítají. Proto zaujímají negativní postoj i k pokusům na zvířatech /12/. Je smutné, že k tomuto pohledu má sklon i řada vzdělaných lidí – vždýt i tzv. léčitelství, alternativní medicína a homeopatie pracují často právě výše zmíněnými metodami /18/. Lékaři vydávají svědectví o desítkách zmařených životů, kdy došlo k zanedbání závažného onemocnění právě díky slepé víře v nějakého léčitele nebo jiného podivína.

Východní filosofie

Dalším vlivným myšlenkovým směrem jsou východní filosofie, které pocházejí většinou z Indie – ať už budhismus, hinduismus nebo jiné systémy /14/. Jde o staré myšlenkové směry, které však do Evropy dorazily ve větší míře až v poslední době. Tyto filosofie jsou hlášány různými mistry, guru nebo velkými matkami, jejichž portréty zdobí plakátovací plochy našich měst. Co se týče pokusů na zvířatech, zastávají většinou dvě základní stanoviska: 1. Zvíře má podobně jako člověk i rozměr spirituální – toto přesvědčení souvisí s vírou v reinkarnaci – z toho důvodu je jakýkoliv pokus na zvířeti nemorální, nemorální je rovněž zabíjení zvířat na maso, a proto jsou vyznavači těchto filosofí většinou vegetariáni. 2. Nemá cenu svět měnit – je potřeba ze světa nějak uniknout, proto nemá smysl ani vědecký výzkum. Vidíme, že tyto filosofie jsou, alespoň v této oblasti, v jasném protikladu k tomisticko-descartovskému postoji. Zatímco několik „největších duchovních osobností dneška“, které tyto myšlenky hlásají, cestuje po evropských státech, stamilióny jejich spoluobčanů v Indii živoří v pro nás nepředstavitelné duchovní i hmotné bídě.

Liberální západní filosofie

Poslední výraznější skupinou filosofů, kteří odmítají většinu pokusů na zvířatech, jsou západní liberální a většinou ateističtí myslitelé. Formálně se sice hlásí k utilitarismu nebo k deontologii (případně i k dalším méně významným směrům – např. k tzv. kontraktualismu /10/, vycházejícímu z potřeby uzavření smlouvy mezi lidmi a zvířaty ve smyslu teorií Thomase Hobbesa), na rozdíl od klasických směrů však popírají Descartesem definovaný kvalitativní rozdíl mezi člověkem a zvířetem a nevěří v existenci nesmrtelné duše – tím se liší i od všech východních filosofí. Protože se domnívají, že člověk se odlišuje od zvířete jen kvantitativně – t.j. především vyspělostí svého nervového systému, docházejí k závěru, že téměř všechny pokusy na zvířatech jsou nemorální. Podle těchto „učenců“ má totiž zdravý pes větší hodnotu než mentálně těžce zaostalý člověk, a protože na mentálně zaostalých pokusy neděláme, neměli bychom je dělat ani na psech /16/. Nejslavnější hlasatel těchto názorů, australský filosof Peter Singer, jde ve svých úvahách ještě dále a navrhuje, abychom zabíjeli těžce postižené děti /8/.

Pokud přijmeme takovýto přístup, nedovede nás to do vysněného souladu s přírodou, ale do pozemského pekla. Proto by si měl každý, kdo se domnívá, že se lidé liší od zvířat pouze uspořádáním svého mozku, položit vážné otázku: „Patřím do lidské společnosti, nebo do zoologické zahrady?“

Je pochopitelné správné, když vystupujeme proti sadistickým nebo nesmyslným pokusům na zvířatech, jejichž cílem je pobavení, kariéra nebo hmotný zisk. Na druhé straně se však musíme stále důrazněji stavět proti názorům, které popírají, že člověk je vrcholem stvoření, nebo odmítají veškerý pokrok. Kdybychom to nedělali, dostali bychom se brzy na okraj propasti a ke strašlivému pádu by chyběl jen malý krůček.

Literatura

- (1) Bentham, J.: An introduction to the principles of morals and legislation. London 1789.
- (2) Donnelly, S. and Nolan, K.: Animals, Science, and Ethics. Hastings Center Report, May/June 1990.
- (3) European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental and Other Scientific Purposes. Council of Europe, Strasbourg 18.12.1986.
- (4) Femem, J., Balls, M. and Robinson, P.: Developing Alternatives to Animal Experimentation. Hobsons Publishing PLC, Cambridge 1993.
- (5) French, R.D.: Historical Aspects of Animal Experimentation. In: Encyclopedia of Bioethics. The Free Press, New York 1978, p. 75-79.
- (6) Genesis 1,28. Ekumenický překlad Bible. Praha 1984.
- (7) Koltermann, R.: Tierversuche. in: Grundzüge der modernen Naturphilosophie. Frankfurt am Main 1994.
- (8) Kuhse, H. and Singer, P.: Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants. Oxford University Press, Oxford 1986.
- (9) Neff, V.: Filosofický slovník pro samouky neboli Antigorgias. Mladá fronta, Praha 1993.
- (10) Parker, J.: Help from philosophy: Responding to the animal rights. Faeb Journal - Apr. 1994, p. 375-7.
- (11) Passmore, J.: Man s Responsibility for Nature. London 1980.
- (12) Prieur, J.: L'ame des animaux. Paris 1986.
- (13) Russell, W.M.S. and Burch, R.L.: The Principles of Humane Experimental Technique. London 1959.
- (14) Schweitzer, A.: Das Christentum und die Weltreligionen. C.H.Becksche Verlagsbuchhandlung, München 1925.
- (15) Schweitzer, A.: Die Ethik der Ehrfurcht vor dem Leben. In: Kulturphilosophie. Becksche Verlagsbuchhandlung, München 1925.
- (16) Singer, P.: Philosophical Perspectives of Animal Experimentation. In: Encyclopedia of Bioethics. The Free Press, New York 1978, p. 79-83.
- (17) Storig, H.J.: Malé dějiny filosofie. Zvon, Praha 1991.
- (18) Thomayer, J.: Jest vivisekce výkonem oprávněným? Listy - srpen 1889, Praha 1889.
- (19) Zákon České národní rady ze dne 15.dubna 1992 na ochranu zvířat proti týrání.

Munzar, P.: Animal Experimentation from the View of Philosophy and Ethics. ME&B, 2(1)1995, p. 11- 13. Approaches of various philosophical and ethical systems to animal experimentation are discussed. The majority of scientists of antiquity thought, that animals are mere things. Christian philosophy of the Middle Ages said, that animals are not ends in themselves and that they were created for humans. Descartes wrote, that animals are mere machines and are not capable of feeling pain. In the 19th century two important theories were formulated - utilitarianism (according to this theory may be justified only experiments with the expected clear utility for humans) and deontology (the suffering of animals is according to this theory bad and that is why it is necessary to mitigate it). There are many theories, which are absolutely against experimenting on animals - sentimental romanticism of the 19th century, systems of neo-pagan superstitions (with the distrust to the sciences), philosophies of India (with the faith, that both animals and humans have immortal souls) and liberal western philosophies (these theories see the only difference between humans and animals in the development of brains).

Key words: animal experimentation, philosophy, ethics, history

Adresa pro korespondenci/Address for correspondence:

MUDr. Patrik Munzar, Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, Masaryk University, Joštova 10, 662 43 Brno, Czech Republic

5. 1. Každý má právo na poskytnutí také zdravotnické starostlivosti, která je primeraná jeho zdravotním potřebám, vrátane preventívnej starostlivosti a činností zameraných na podporu zdravia. Zdravotnícke služby majú byť k dispozícii priebežne. Majú byť dostupné pre všetkých spravodlivo, bez diskriminácie a podľa finančných, ľudských a materiálnych zdrojov, ktoré možno v danej spoločnosti dať k dispozícii.

5. 3. Pacienti majú právo na takú kvalitu starostlivosti, ktorá sa vyznačuje súčasne vysokou technickou úrovňou a ľudským vzťahom medzi pacientom a zdravotníkmi pracovníkmi.

SZO: Deklarácia o právach pacientov v Európe, Amsterdam, marec, 1994

TAKZVANÁ SEXUÁLNÍ SVOBODA A RODINA *)

T. Lajkep

Oddělení lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy University, Joštova 10, Brno, Česká republika

Abstrakt

Práce je zaměřena na kolisi tzv. sexuální svobody s požadavky rodinného soužití. Nejprve vymezuje rámec etiky jako vědecký, a nutně metafyzický. Odkrývá pojem přirozenost, jako nutný pracovní pojem. Na základě požadavků přirozenosti autor soudí, že jen harmonické rodinné prostředí, které jediné zůstává místem pro sexuální život obou partnerů, je vhodné pro harmonický rozvoj osobnosti dětí a zakládá manželské štěstí. V závěru práce je také zmínka o plánovaném rodičovství.

Klíčová slova: sexualita, svoboda, rodina

Je nepochybná pravda, že propagace sexu, sexuální výchova ve směru k větší otevřenosti a podobně má dneska zelenou, ale těžko lze anticipovat dopad takzvané sexuální svobody do běžného života rodin i dospívající mládeže. Otázkou sexu se nebudu zabývat ve smyslu fyziologickém ani psychologickém, ale etickém, tedy v rámci filozofie. Nakonec ovšem nemožno pominout ani vztah k problematice na úrovni zdravotnické, rodinné a sociální.

Jakékoli naše jednání má ráz skutků, kterými realizujeme svoje potřeby a přání, nutně však v sociální interakci. Jak to, že některé naše jednání je vysoce pozitivně oceňováno a chváleno, jiné však odmítáno a dokonce trestně stíháno? Čím je toto rozlišení vhodného a nevhodného vůbec principiálně umožněno? Je to věcí zvyku, přírodního výběru, ochrany zájmů vládnoucí třídy, nebo je něco takového skryto přímo v obsahu daného aktu, který - pokud je nevhodný - nekoreluje s určením jedince? Odpověz na tuto otázku znamená položení etického fundamentu, od něhož se mohou rozvíjet již zcela odstředivé etické úvahy.

Tam, kde je mravnost chápána jako epifenomén, jako něco, co souvisí s pravidly nějaké dohody, se zavedením nějakých schémat, rituálů a podobně, které vystihují jen jakési nadstavbové potřeby společnosti, a nyní mohou být chápány jen jako součást přežívajících atavismů, tam nepřekvapí, že v oblasti sexu je podle tohoto názoru všechno, nebo téměř všechno, možné. Takový názor nutně musí mít potíže s definováním hranic, takže se všechno opravdu důležitě chrání představou arbitrární dohody, která také vymezuje platnost zákonů. "Clara pacti, boni amici," jak s oblibou cituje náš sexuolog dr. Uzel. Protože je tato hranice pouze arbitrární, bývá namnoze zpochybňována. Zdravotníci a lékaři, kteří jsou ve službách tohoto názoru, mají o svém poslání zhruba toto mínění: zbavovat veřejnost predsudků ve vztahu k sexu, poučovat o vhodné antikoncepci, prohlubovat intenzitu sexuálních zážitků, vést mládež k odpovědnému rodičovství a v neposlední řadě varovat veřejnost před šířením pohlavních nemocí a účinně jim bránit. Moderní sexuologové, aby o těchto tématech vůbec mohli diskutovat a působit na veřejnosti, mají jeden velice delikátní úkol: učinit z této intimní záležitosti věc společné diskuse. V každém případě - minulá staletí, kdy se o sexu vůbec nediskutovalo - jim připadají temná. Těžko však asi budou moci dokázat, že větší otevřenost v otázkách sexu, sexuální poradny, všelijaké pornofilmy apod., způsobily nějaký úbytek sexuálních komplikací, který by stál za řeč.

Je však základní pohled například středověku na naše problémy v oblasti sexuality nějak iracionální? Především je třeba uvést, že sex je např. pro Tomáše Akvinského, nejvlivnějšího křesťanského teologa a filozofa, "vynikající dobro". Naprostá absence smyslnosti, odvrácení od pohlavní rozkoše, kterou někteří pokládají za křesťanský ideál, se v Teologické summě označuje ne jako defekt, ale přímo jako mravní nedostatek /1/. Zatímco u zvířat je vlastním smyslem sexuality plození, neplatí totéž samozřejmě pro člověka, který stojí výš. Ze všech dober manželství - fides, proles, sacramentum, t.j. životní společenství, dítě, svátost, je podle Tomáše fides dobrem které přísluší bytostně člověku. Protože však sex je, jak bylo řečeno, vynikající dobro, je třeba dbát na zachování řádu rozumu (ordo rationis). Ordo rationis znamená, že něco je uspořádáno podle pravdy skutečných věcí. A zde začíná kolise s dnešní interpretací, neboť dnešní představy vycházejí z redukce filozofického nazírání nejvýše tak na přírodní zákony, eventuálně na jakousi dohodu. Všichni známe, kam to vede. Na začátku stojí představa, že znalost přírodovědecká, fyzikální, matematická, kybernetická, ekologická, sociální

apod. stačí k dostatečnému vysvětlení světa a za nedlouho se objeví názor, že síla myšlenky dokáže tento poznaný svět běh změnit – "Filosofové svět poznávali, jde však o to měnit jej". V naší interpretaci to tedy znamená, že např. homosexualita byla deviací jenom proto, že byla tak chápána, ale že jiný pohled dokáže transponovat homosexualitu na úroveň legitimního heterosexuálního styku.

Je tedy na místě posoudit výchozí moment rozdílných názorů. Pochopitelně se to týká i názorů na postavení etiky v systému vědy. Je vůbec možná etika, a potažmo lékařská etika, jako věda? Předkládám nějaké apodiktické soudy a závěry? Ponecháme-li stranou definice, brzy přijdeme k poznání, že etické přesvědčení je výslednicí předchozích úvah o poznání, realitě, Bohu, přírodě apod. Těžko se však lze spolehnout na empirické zkušenosti i závěry odborných věd, protože každý přece jenom nějak cítí, že právě aplikace určitého vědeckého poznání na praktický život člověka, by se měla řídit něčím sjednocujícím, podle nějakých pravidel, která platí ještě nad to, než že by pravidla života byla výzkumech jednotlivých věd bezprostředně ovlivňována. Každý také cítí, že to není jen tak nějakou etickou normu – jako "pravdu", bez ohledu na ono zmíněné "ordo rationis", které se v reálném životě nakonec stejně prosadí. Je tedy určitě vhodné dokazování, že etika vědou – a to sjednocující a základní vědou, je.

Připomeňme však, že i ony bezprostřední předpoklady, ze kterých etika vychází, musejí být vědecké. Protože se etika obrací k základům bytí, k branám poznání a v určitých aspektech si klade nárok na všeobecnou závaznost, je třeba přiznat, že jediné metafyzika, a to metafyzika jako skutečná věda, dokáže zajistit mandát etiky jako vědecké disciplíny. Proto pokusy scientistů, kteří metafyziku neuznávají, i existencialistů, kteří metafyziku zamlžují, ústí v absenci ontologického fundamentu. Základní pojem, který moderní filosofie a medicína opustila, je pojem bytnosti (esenciality), který zakládá pojem přirozenosti. Máme za to, že všichni lidé mají jednotnou přirozenost. Přirozenost je základem osobnosti, schopnost individuálního života i společenské komunikace je tajemstvím přirozenosti. Přirozené je pro člověka užívání rozumu, citů, jistá pudová vybavenost apod. Nejvlastnější, jistým způsobem vydlučující z ostatní přírody, je však pro člověka právě schopnost užívání rozumu, a také možnost tzv. svobodných rozhodnutí, tedy schopnost uvědomnění si cíle i vynaložení volných schopností k jeho dosažení. Pochopitelně, že vlivem některých defektů může být tato schopnost snižena až nepatrná, ale v možné míře zobecnění se přiblíží k tomu, co se obvykleji přichází, než k tomu, co je vlivem určitých patologických okolností také možné.

Jsem si vědom, že tento filosofický exkurs, by si zasloužil mnohem větší prostor, ale je třeba se obrátit k hlavnímu tématu této práce.

Práce je zaměřena na rodinu. Tvrdím ze své zkušenosti dětského psychiatra i na základě výše uvedeného filosofického vymezení, že pro harmonický rozvoj osobnosti dítěte je nutné harmonické rodinné prostředí, kde každý vykonává právě tu společenskou roli, která mu přísluší. Otec – ekonomická i morální opora rodiny, matka – laskavá ochránkyně domácí atmosféry, atd. Zní to možná příliš banálně a samozřejmě, ale z hlediska současné reality to tak jednoznačné není. Taková rodina vyžaduje určitou zralost obou partnerů, jistou ekonomickou samostatnost, ochotu přijmout dítě a konec konců i přesvědčení, že jenom v tomto legitimním svazku se uskutečňuje sexuální vztah obou partnerů. Jakákoli nevěra vnáší do rodiny zmatek, nejistotu, skrývání, přetvářování a nedůvěru. Nekompletní rodina – při veškeré snaze, neposkytne dítěti to, co by mohla poskytnout rodina kompletní a harmonická. Je napovážena, umožní-li zákon, aby bylo dítě počato případně vychováváno v homosexuálním svazku. Něco takového nelze pochopit ani akceptovat. Právo menšiny má své meze, které jsou dány přirozenou nelegitimitou takového vztahu. Tam kde je fyziologická nemožnost počít dítěte daná homosexuálním vztahem, tam je i přirozená nemožnost harmonicky vychovávat dítě. Podobně se to má i vůbec s případným souhlasem k homosexualitě. Je potřeba nezakrývat, že takové spojení není přirozené. Eventuální povýšení homosexuálního styku na úroveň styku heterosexuálního je dehonestací vrcholných požadavků přirozenosti a ignorováním mravní zákonitosti nutné k dosažení dokonalosti. Oddání se homosexualitě se vrací zpět k nositeli – fixuje jeho neschopnost dát se cestou sjednocení s životním řádem a vtiskuje mu jiné nepřiměřené projevy – zejména promiskuitu a sklon k požívání. Bezúspěšně ukájení sexuálního pudu pak rozvrací člověka mravně i psychicky. Požadavek sexuální svobody tedy stáčí život do iluzivních poloh.

Vraťme se opět k rodině. Mnozí poukážou na různé kulturní zvyklosti a podmíněnosti, poukazují na polygamii a pod. Je třeba však vědět, že monogamní manželské soužití pravděpodobně bude i na

dále tím nejideálnějším svazkem, ve kterém se odehrává výchova dětí. Ne všechno, co se odehrálo v historii je tím pádem eticky legitimní. V islámských zemích vývoj směřuje k nukleární rodině.

Podle Amíra Alího je monogamie ideál, polygamie je vlastně ustanovení charitativní a je povolena jen v mimořádných případech (váleční sirotkové, vdovy, a pod.). Prakticky je v současné době podíl polygamních manželství v islámských zemích nevelký /2/.

Rodina je tedy místem přátelského společenství všech členů rodiny i místem pohlavního života obou partnerů. Tím se dostávám k dalšímu problému a tím je plánování rodičovství. Široce diskutovaná je otázka antikoncepce. Je prokázáno, že miniinterrupce ani interrupce nejsou antikoncepční metodou, proto se problematikou interrupcí nebudu zabývat. Mnoho lidí, žijících na území našich států se hlásí ke křesťanství. Nejvlivnější je hlas církve katolické. Papežové však ústy encyklik Casti connubii a Humanae vitae zavrhnou jakoukoli antikoncepci, kromě použití přirozeného cyklu. Manželé se mohou zdržet v plodném období plození, mají-li k tomu zřetelný důvod, aby neměli dítě /3/.

Tato metoda předpokládá určité období fyziologické nemožnosti oplodnění. Není však dostatečně spolehlivá. Nejde jen o výkyv teplot, ale např. po šestinedělí, když žena kojí a nedostává se menstruace, není možné zcela jednoznačně určit plodné a neplodné období**. Při tom je tato doba zvláště důležitá, neboť často nebývá žádoucí, aby se další dítě narodilo v jednoročném odstupu, případně ještě v kratší době. Takovéto plánování je jistě v souladu s řádem rozumu (ordo rationis), a jeho ignorování přináší mnoho životních komplikací. Podobně jako je možné uskutečnit pohlavní styk v době, kdy se předpokládá, že nejsou fyziologické podmínky pro početí, z důvodu sledování aktuální nevhodnosti počít dítě, tak by mohlo být argumentováno ve prospěch použití těch bariérových metod, které v okamžiku pohlavního styku zabraňují splnutí vajíčka a spermie, neboť se jedná o situaci podobnou, jen v jiném časovém uvedení ***). Celkově lze mít za to, že ochota přijmout dítě nebo děti v manželství naplňuje rozhodujícím způsobem dobro instituce manželství a neznamená povinnost rodit dítě každý rok.

Problematikou je však uznaní oprávněnosti takové antikoncepce, která je vlastně interrupcí. Něco takového závažným způsobem narušuje fyziologické pochody, a vytváří pocit bezstarostnosti a pocit odcizení k zárodku, který, třebaže v ženě těle přebýval krátkou chvíli, byl již člověkem.

Tuto krátkou práci – která spíše nastiňuje, než vyčerpává některé důležité problémy společenského a rodinného soužití bych chtěl zakončit několika postřehy ze své praxe dětského psychiatra. Nestává se často, že by se v mé ordinaci objevilo dítě vychovávané v harmonických rodinných podmínkách. Velice často se však stává, že se setkám s dítětem jehož problémy jsou přímo odrazem neutěšené rodinné situace. To není náhoda, ale zákonitost a nás to staví před požadavek akceptovat tento přirozený řád a vysvětlovat osvětou, ale také institucionálně zabezpečovat vhodné podmínky pro život našich rodin.

*)Práce přednesená na podujatí *International Course on Medical Ethics: "Ethics of the Family Health and Care"*, ÚMEB – IVZ, Bratislava, 4. 9. 1994.

***) Pozn. red.: Toto umožňují ovulační metody – tzv. hlenová (Billingsova), případně symptotermální. J.G.

****) Pozn. red.: Bližšie o postoji Katolíckej cirkvi, ktorý je s uvedeným tvrdením v protiklade, viz. napr.: J. Slabý: *Pastorální medicína a zdravotní etika*, skriptá, UK, Praha, 1991, s. 117 – 122, alebo: T. J. O'Donnell: *Medicine and Christian Morality*, 2nd Edition, Alba House, New York, 1991, 331 pp. J.G.

Literatura

- (1) Josef Pieper, *Das Viergespann*, Herder 1970, s. 213–220.
- (2) Luboš Kropáček, *Duchovní cesty islámu*, s. 130, 1993, Vyšehrad Praha.
- (3) P. Beneš Albert OP, *Morální teologie*, Krystal OP s.r.o. 1994.

Lajkep, T.: So-called Sexual Liberty and Family, ME&B, Vol. 2, No 1, p. 13 – 14. The essay deals with a collision of a so called sexual liberty with preconditions of harmonic family life. It shows the ethical problems as scientific and necessarily metaphysical. It presents the term „naturalness“ as a necessary concept. On the basis of naturalness the author presumes that only harmonic family atmosphere, which remains the only place for sexual life of both partners, is suitable for a harmonic development of personalities of children and is a presumption of conjugal happiness. In the end of the essay there is also a reference to the responsible parenthood. *Key words: sexuality, liberty, family*

Adresa pre korešpondenciu/Adress for correspondence:
MUDr. T. Lajkep, Oddělení lékařské etiky LF MU,
Joštova IO, 662 43 Brno, Česká republika

OBJEDNÁVKA/SUBSCRIPTION ORDER FORM

MENO: **AKAD. TITUL(Y):**
Name Acad.Title(s)

ORGANIZÁCIA:
Organization/Institution

ADRESA:
Address

PSČ: **MESTO:** **KRAJINA:**
Post Code City Country

1)* **Objednávam(e) záväzne** ks jednotlivých čísel časopisu „Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics“, ktoré prosím(e) zaslať na vyššie uvedenú adresu.
Predplatné na rok 1996 (SR a ČR) () organizácia 150,- S.k. (4 čísla, vrátane poštovného) () jednotlivec 110,- S.k.

v celkovej sume: - S.k. uhradené poštovou poukážkou na konto: VÚB Bratislava mesto, č.ú. 171330-012/0200. (Prosíme priložiť potvrdenie o zaplatení - ústrižok poukážky!)

2)* **Yes, send** pcs of single issues of the journal „Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics“, to the above indicated address.
Subscription for the year 1996 Europe () institutional 35,- DM (4 issues, incl. postage), () individual 30,- DM, Overseas () institutional 42,-DM, () individual 37,- DM

in the total amount: - DM should be paid by the bank transfer for: Ludová banka Bratislava, a.s., Bank code 3100, through: VOLKSBANKEN-AG A-1090 Wien, Peregringasse 3, SWIFT:VBOEATWW, for: Account name: Ústav med. etiky a bioetiky, Acc. No.: 1 000 837 104. (Please, enclose a copy of the bank order!)

Dátum: **Podpis, pečiatka:**
Date Signature, Sigillum

* - Použite bod 1) (SR a ČR) alebo 2) (ostatné krajiny) podľa Vášho trvalého bydliska.
Use, please, text 1) (Slovak and Czech Republic) or 2) (other countries) according to the place of your residence.

*Finančné príspevky a dary na podporu činnosti Nadácie „Ústav medicínskej etiky a bioetiky“ možno poslať na konto nadácie v Ludovej banke Bratislava, č. účtu – korunový: 4000450202/3100, devízový: 1000837104/3100.
Financial contributions towards the activities of the Foundation „Institute of Medical Ethics and Bioethics“ (in convertible currencies) should be sent through VOLKSBANKEN – AG, A-1011 Wien, Peregringasse 3, TELEX 134206, SWIFT: VBOEATWW, to the bank account at Ludová banka Bratislava a.s., acc. No.: 1000837104/3100.
For the payments made in Slovak crowns use, please, the bank account at Ludová banka Bratislava a.s., acc. No.: 4000450202/3100.*

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

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

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

PRINTED IN SLOVAKIA

Reklama

Advertisement