

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
Júl - September 1995 Vol. 2 No. 3

OBSAH / CONTENTS

■ Pôvodné práce/Original Articles	1
- Medical Ethics and Care of the Dying/Medicínska etika a starostlivosť o zomierajúceho pacienta <i>M. Petrini</i>	1
■ Retrospektíva/Retropective	6
* <i>Medzinárodné sympóziu o medicínskej etike/International Symposium on Medical Ethics, Bratislava, 29. - 30. 5. 1992</i>	
- The Significance and Scope of Contemporary Bioethics/Význam a rozsah súčasnej bioetiky <i>D. Callahan</i>	6
- Etika v každodennej praxi lekára/Ethics in an Everyday's Practice of a Physician <i>A. Bajan</i>	8
- Práva pacientov v našich podmienkach/Rights of Patients in Our Conditions <i>S. Bezáková, L. Šoltés</i>	9
- Práva hospitalizovaného dieťaťa/Rights of a Hospitalized Child <i>L. Šoltés</i>	10
- Medicínska etika - morálny kódex alebo aj zmena vzťahu k človeku? /Medical Ethics - Moral Code or Also a Change of the Relationship to the Man <i>M. Nemčeková, A. Hanzlíková</i>	11
- Etické problémy v dialyzačnej liečbe/Ethical Problems in Dialysis <i>A. Kováč</i>	12
- Porucha rastu u detí - bioetický problém/Growth Retardation in Children - Bioethical Problem <i>E. Mathéová, M. Pašková</i>	13
■ Plánované podujatia/Forthcoming Events	14
■ Oznamy redakcie/News from the Editor	14
■ Objednávka časopisu/Subscription Form	15

PÔVODNÉ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLES

MEDICAL ETHICS AND CARE OF THE DYING

M. Petrini

Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Facolta di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli", Roma (Italia)

Abstract

Paper deals with some of the important ethical issues involved in the care of dying persons in terminal care settings. It pays a special attention to the awareness of dying, brain death, pain control, quality of life, proportionate use of therapeutic agents, advance directives, and the problem of euthanasia. It concludes, that to provide a medical care, that alleviates pain and suffering, while respecting the principle of the sanctity of life, and not giving place to the unnecessary, disproportionate means of medical treatment, is both medically sound and consistent with the dignity of each individual. Recognizing that the patient cannot be "saved by medical science", means to respect the limits of the physical realities while at the same time allowing the spiritual beliefs about the life after death and the importance of the person as an embodied spirit to be fulfilled. Care of the dying person is a de facto conversion of the health service from the utilitarian and mechanistic to the holistic perspective. (Abstract written by the editor.)

Key words: death, dying person, brain death, terminal care, quality of life, advance directives, euthanasia

All of us are dying. To provide the care that ensures a meaningful and comfortable end of life is a privilege. Success requires compassion, technical expertise, and good teamwork. Medical decision making must seek to craft the best life that is possible for patients burdened by progressive chronic disease that is expected to be fatal.

This paper will examine the main problems that arise in terminal care. Much of the recent discussion in Europe has been in response to events in the United States of America. Events that have influenced and influence today medical science and technology has enabled health professional to prolong the lives of many who, in another era, would have died earlier. But those who could not be restored to health - the terminally ill - may become instead victims of the clinical technology imposed upon them.

To speak on ethics in terminal care signifies, primarily, to evoke two principles: the first, that the patient is a person who must be helped to live through a dramatic moment of his life in the belief that human life preserves its value inte-

Paper presented at the International Course on Medical Ethics: "Ethics of the Family Health and Care", Institute of Medical Ethics and Bioethics, Bratislava (Slovakia), September 2-4, 1994.

Reklama

Advertisement

grally, even when physical conditions increasingly tend to deteriorate. The second principle is that care means to accompany a person to the end of his earthly life, sharing his pain and sorrow.

This holistic therapeutic help should also be directed to support of the family, since entire family is shaken by the illness. The ill and his family must to live through a continuous adaptation to new realities, in a state of illness which creates deep changes in the human person and in family's relationships.

But suffering can bias also the caregiver-patient relationship. Humankind is unique in knowing that each person will die. Yet denial mechanism effectively push back concerns about mortality, even among caregivers. Confronting mortality in patients can cause anxiety and precipitate dysfunctional defenses. Only when the physician and other caregivers learn to confront their own fears can management of the patient be effective and patient-centered (Cobbs, Lynn, 1990).

The dying patient needs a doctor and caregivers whose concern for the patient will be lifelong, even in the absence of curative treatments. The effective physician allows time to listen to the patient, as well as time to explain and discuss. Through history taking, including review of old medical records, ordinarily is essential for understanding the story of the patients's past and future course of illness. The physical examination is helpful and, if done well, can help avoid unnecessary and burdensome diagnostic interventions (Cobbs, Lynn, 1990).

Often the care of the dying patient signifies a concept of care that is designed to relieve suffering and alleviate unwanted symptoms. Optimally, the dying patient is cared for by an interdisciplinary team of professionals and concerned others. The physician often coordinates and leads this team which includes nurses, social workers, clergy, volunteers, rehabilitation therapists, dietitians, and others. The quality of interaction among the team members will be reflected in the ability of that team to provide well-coordinated services to the patient. Patient care is optimal when there exists mutual respect among team members and fair amount of cross-training. Caring for dying people is stressful for all involved. Even the best solutions and remedies to illness and suffering are far from perfect. Despite the most valiant efforts, mistakes are made, shortcomings are perceived. In addition to providing more holistic and better coordinated patient care, the team approach permits mutual support among team members (Cobbs, Lynn, 1990).

Awareness of dying

There are a number of variables which may significantly influence how an individual responds to the knowledge of death. These variables include age, personality, disease process, culture, sex, simultaneously occurring stress situation, past experience with death and coping ability. The influence of societal attitudes on responses to dying is also important. An other important factor which may influence responses to dying, is awareness of death. The patient's responses to his own death will be influenced by how much he knows. In the same way, caregivers will guide their action and responses towards the patient depending upon the level of awareness which exists (Sims, 1988).

It is important that the patient and family are encouraged to participate in decision-making. For this task, it is necessary, as far as possible, that patient and family receive adequate information and instructions so that they feel confident in his role. This is the content of an informed consent: this concept define exactly what the word says: information is given to the patient and his family about a proposed treatment, procedure, or course of action, that is not undertaken until and unless the patient agrees to it. Gaining the informed consent is an ethical task. Underlying to this is the principle of autonomy or self-determination. Morally, it is difficult, if not impossible, to justify that anyone else but compe-

tent adults should make decisions for themselves (Jameton, 1977). It is essential to fully comprehend the ethical and legal importance of the right to refuse treatment as a component of the informed consent principle.

Now, we look into the other ethical questions, but, first of all we have to define the concept of death itself.

Brain death

The 1968 statement of the "Ad Hoc Committee of the Harvard School of Medicine to Examine the Definition of Brain Death" has given rise to a worldwide movements towards a new conception of death: brain death. While death in the ordinary sense is a fundamental mysterious datum in the experience of every man and easy to "diagnose" by anyone, "brain death" is such a highly technical notion of death that both its theoretical discussion and its concrete verification seem to be reserved to medical staff only (Seifert, 1992).

The term brain death was coined by the Frenchman X. Bichat in 1880 - long before it had any connection with matters of organ donation after death. The pathological process consists of the entire brain dying before irreversible cardiac arrest, and thus before the remainder of the body. Without medical intervention, brain death cannot readily be distinguished from cardiac death because only minutes elapse between the two events. With the loss of brain function, respiration, which is controlled by the brain stops, among other things. The heart, beating of its own accord, stops as soon as the remaining oxygen has been used up. Only if, and thus only when mechanical ventilation and other forms of intensive care able to delay this process by hours or days or, in some cases, by weeks or even months, is the distinction between brain death and cardiac death of clear and practical importance (Angstwurm, 1992).

However, the source of much confusion is the term "brain death" itself. This is an exceptionally poor term for such a key concept, as it is susceptible to several, very different interpretations. It can mean simply the death of an organ, the brain, implying nothing per se about life or death at the organismal level (Shewmon, 1992). An even worse term is the "cerebral death". Insofar as the cerebral hemispheres are only the upper part of the brain, to equate the "cerebral death" with "brain death" only adds anatomical inaccuracy to semiotic ambiguity (Shewmon, 1992). Today, the use of the term "cerebral death" is widely criticised and rightly so as being inappropriate and dangerous. If it is desired to state unequivocally that death of the entire brain has occurred, it would be right to speak about the "encephalic death" or "total cerebral infarction" (Ciccone, 1991).

Death as "complete and irreversible cessation of all central vital functions" is the best medical definition and criterion of death so far available (Seifert, 1992).

Pain control

Pain is a frequent and complex symptom of the dying patient. The mind-body connection in relation to pain is clearly reflected in the following definition: Pain is an abstract concept which refers to (1) a personal, private sensation of hurt; (2) a harmful stimulus which signals current or impending tissue damage; (3) a pattern of responses which operates to protect the organism from harm (Sternbach, 1968).

Acknowledging that pain is personal and private affirms that it is unique to the person experiencing it. The components of pain are many and they are interrelated: physical, emotional, spiritual, social, financial. Effective intervention, therefore, is multifaceted and multidisciplinary.

Concerned support and a caring relationship characterized by trust, empathy and respect are essential in order to provide a safe environment in which individuals facing death can disclose their fears and work through their feelings (Sims, 1988).

Concentration on the role of a professional knowledge and technical excellence alone, without acknowledging

the participation of the patient ignores and devalues the "whole person" dimension in suffering. If pain is perceived in isolation as a separate entity, the potential for suffering in the dying patient is increased and the opportunities for greater understanding and relief, decreased or lost. Good pain control requires both a sensitivity to the patient's needs on every level and the competence to meet them (Raiman, 1988). The fear of uncontrolled pain at death may exceed the fears of death itself, and the relevance of past pain memories and experiences allied with unspoken anxieties cannot be ignored.

Within the limits of the pharmacological intervention, we may point out that most dying patients who are experiencing pain or other troubling symptoms, will be more comfortable on a regular, round-the-clock dosing schedule of medication rather than treatment only after the symptoms become apparent. The goal of treatment is to suppress the symptoms and prevent their reemergence between doses. For example, round-the-clock dosing eliminates the "pain behavior" cycle, in which the pain returns as the analgesic wears off and the patient must wait until the caregiver can respond and until the medication takes effect. The delay heightens anxiety and exacerbates pain (Cobbs, Lynn 1990).

The concentrated and protracted use of painkillers is not, however, without its difficulties, since habituation usually requires the dosage to be increased in order to maintain effectiveness. It is worth recalling here a statement of Pope Pius XII. that is still valid. A group of physicians had asked: "Is the removal of pain and consciousness by means of narcotics permitted by religion and morality to both doctor and patient even at the approach of death and if one foresees that the use of narcotics will shorten life?" The Pope answered: "Yes - provided that no other means exist and if, in the given circumstances, the action does not prevent the carrying out of other moral and religious duties (Declaration, 1980).

In this case, as is clear, death is by no means intended or sought, although the risk of it is being incurred for a good reason; although the risk of it is being incurred for a good reason; the only intention is to diminish pain effectively by use of the painkillers available to medical science (Declaration, 1980).

Quality of life

Patient's quality of life is discussed frequently as a factor affecting life-sustaining medical decisions for the ill patient. Many factors make determinations of quality of life difficult to predict. The term quality of life has no obvious meaning, it is not clear to which empirical states the term refers, nor is it manifest how any particular person will evaluate those states.

In addition, the traditional pressures in acute care facilities for aggressive treatment and the uncertainties of diagnosis and prognosis make predictions of patient's quality of life difficult. Other complicating issues include the physician's subjective values relative to the patient's characteristics, inadequate communication between physicians and patients, and basic problems with the measurement of quality of life (Pearlman et al., 1985; Spitzer et al., 1981; Flanagan, 1992).

The concept of quality of life can be used responsibly when clinicians attune their interactions with patients to the values and goals of the patient. In these contexts, a patient's own evaluation of the quality of his life may determine the choice of a therapeutic intervention and what is in his best interest.

Using quality of life as a factor in decisions involving life-sustaining procedures, however, can represent a crucial ethical concern in patient care (Pearlman, Jonsen, 1985; Tomlinson, Brody, 1988). With an informed competent patient who is able to communicate his feelings, respect for patient autonomy should foster respect for the patient's attitudes about the use of life-sustaining procedures. The underlying rationale is that this type of patient is able to determine what is beneficial for himself on the basis of his perceived current or future quality of life. This situation requires that

a clinician's subjective evaluation of the patient's quality of life generally be secondary to the patient's opinions (President's Commission, 1992). Ethical problems appear only when a patient's competency is in doubt or an incompetent patient's family or health care provider proposes that the patient's quality of life does not justify a medical intervention (Cobbs, Lynn, 1990).

Quality of life principle may be, however, used also for the justification of euthanasia. Translated from the Greek euthanasia means "easy and painless death", but here means an action or omission that by its nature or by intention causes death with the purpose of putting an end to all suffering.

We must firmly state once again that no one and nothing can, in any way, authorize the killing of an innocent human being, whether the later be a fetus or embryo, or a child, or an adult, or an elderly person, or someone incurably ill, or someone who is dying (Declaration, 1980).

In opposition to euthanasia there is the argument resting on the biblical injunction "thou shalt not kill". Respect for body in any of its functions as an integral component of humanness is presumed, and sanctity of life, rather than quality of life, is the cardinal principle (Weber, 1993). The fear that the logical extension of the quality of life argument will lead to an officially accepted, involuntary, direct or active euthanasia policy that would provide an opening wedge or "slippery slope" for justifying decisions by the "competent" in society to order the deaths of the handicapped, the elderly, the retarded, or "unacceptables" (O'Rave Amenta, 1986). The caution that once society lets down its guard of psychological and social barriers or starts to equivocate on the principle of sanctity of life, the choice of who will be allowed to live and die will be based on arbitrary physical, mental, or - worse - political criteria (Rothman, 1977). In truth, most current arguments that take into account the long-term consequences reject policies of officially approved euthanasia (Lo, Jonsen, 1980). Health professionals, in particular, would have much to lose, most importantly the trust of their patients and the public.

It is said, that if you relieve the patient's pain and if you can make him feel like a wanted person, which he is, then you are not going to be asked about euthanasia (Sanders, 1969,1970). However the proportionate use of therapeutic agents is really a problem.

The proportionate use of therapeutic agents

In our days it is very important at the moment of death to safeguard the dignity of the person and the Christian meaning of life, in the face of a technological approach to death that can easily be abused. Does this mean that all possible remedies must be applied in every circumstance? In the not too distant past moralists would have replied that the use of "extraordinary" means can never be obligatory. This reply is still valid in principle, but it is, perhaps, less evident today because of its vagueness, or because of rapid advances in the treatment possibilities. For this reason some prefer to speak of "proportionate" and "disproportionate" means. In any case, a correct judgement can be made regarding means, if the type of treatment, its degree of difficulty and danger, its expense and the possibility of applying it are weighed against the results that can be expected, all this in the light of the dying person's condition and resources of body and spirit.

The following clarifications will facilitate the application of these general principles:

- If other remedies are lacking, it is permissible, with the consent of the sick person, to use the most recent medical techniques, even if these are not yet fully tested and are not free of risk.

- It is also licit to discontinue the use of these means as soon as results disappoint the hopes placed in them but, in making this decision, account should be taken of the legitimate desire of sick person and his family as well as the opinion of truly expert physicians. The later are better placed

than anyone else for judging whether the expense of machinery and personnel is disproportionate to the foreseeable results and whether the medical techniques used will cause the sick person suffering or inconvenience greater than the benefits that may be derived from them.

● It is always licit to be content with the ordinary remedies which medical science can supply. Therefore, no one may be obliged to submit to a type of treatment which, though already in use, is not without serious risks or is excessively burdensome. This rejection of a particular treatment or remedy is not to be compared to suicide; it is more justly to be regarded as a simple acceptance of the human condition or a desire to avoid the application of medical techniques that are disproportionate to the value of the anticipated results or, finally, a desire not to put a heavy burden on the family or the community.

● When death is imminent and cannot be prevented by the remedies used, it is licit in conscience to decide to renounce treatments that can only yield a precarious and painful prolongation of life. At the same time, however, ordinary treatment that is due to the sick in such cases may not be interrupted. There is no reason for the doctor to feel anxious in such cases as though he had not come to the aid of a person in danger (Declaration, 1989).

Advance directives

In the anglo-saxon reality many individuals promote the idea of living will. First, they argue that individuals have a right to make decisions about the acceptance or rejection of any medical treatment based on their right to privacy and self-determination. When an individual becomes incompetent to make these decisions, these rights still exist and should be respected. Second, respecting a person's living will shows respect for the person. (O'Rourke, Brodeur, 1989).

The living will is - the term was coined by Luis Kutner in 1969 - a statement of the wish to be allowed to die and not be kept alive by artificial means or heroic measures. Signed by persons when mentally competent, it authorizes others to decide for them should they at some future time be unable to decide themselves. Living will authorize medication for the relief of pain and suffering even if this may shorten life, the assumption being that supportive or comfort care will be provided. This document may make suggestions for appointing an agent to make binding decisions, and they also may mention specific types of treatment that will be objected to, e.g. mechanical respiration, cardiopulmonary resuscitation, or nasogastric tube feeding (O'Rave Amenta, Bohnat, 1986).

The condition of competence for health care decision making presumes that the patient adult has the capacity to understand relevant information, to communicate with caregivers in relation to it, and to consider the various realistic alternatives within the context of reasonably stable set of personal values and life goals (Lynn, Osterweiss, 1985). In some cases, because of the nature and intensity of the stress, and owing to the types of decisions to be made, patients may slip in and out of competence.

In all cases, whether when totally incompetent or intermittently competent, if patients are determined unable to make treatment decisions, someone else must do those for them. The first thing to establish is who the someone else should be (National, 1985). Most often it is family or next of kin.

Not all people, however, agree with this assessment. First, they argue that living will legislation in general promote dying rather than living. Since society does not want to protect vulnerable individuals or respect those individuals whose "quality of life" or whose "productivity" in life is not "acceptable", living will provide one more mechanism by which a "death culture" rather than a "life culture" flourishes. Second, they point to the uncertainty of a living will's validity at the time of implementing the specific directives. Other people's question is the validity of the living

will itself. The third problem is the questioning of the patient's comprehensive knowledge at the time the living will is executed. Could the individual have a clear awareness of what could physically debilitate him and what the implications of given therapies are for a future medical problem? If the answer to that question is no, then the living will could not be valid. The attempt to limit specific medical interventions does not recognize the complex and ambiguous setting in which medical therapies are provided and medical decisions made. The focus is on the particular treatment, and not on the patient's values.

The other ethical problem of concern is the one of cardio-pulmonary resuscitation. The cardio-pulmonary resuscitation procedure is designed to help a patient to live. Moral questions arise when the possibility of life is no longer present, when the patient is suffering from a terminal disease and death is imminent, and when patient or family member asks a "do not resuscitate" order be written.

The "do not resuscitate" order should be looked upon as a medical judgment made by those responsible for medical care. The "do not resuscitate" order must be made in light of the patient's values and the status of his health. Thus, the "do not resuscitate order" must be given by the physician in light of what is good, sound medical treatment. If in the particular situation the patient in terminal condition is judged to be dying, the prolongation of life is an ethically disproportionate and nonobligatory procedure (O'Rourke, Brodeur, 1989). Clearly, in some cases the resuscitation would be an unnecessary burden for the patient or a useless medical procedure that would not help the patient return to a more beneficial situation (O'Rourke, Brodeur, 1989).

However, the decision "do not resuscitate" is not tantamount to the abandonment of the patient. Supportive measures should always be provided. There should be an adequate control of pain and other symptoms, food and drink provision, skin care, meticulous attention to hygiene, and other necessary comfort measures.

In **conclusion**, dying is a part of the life process for each individual. Helping a patient to die well, and providing medical care that alleviates pain while not giving unnecessary or nonobligatory care, can be medically indicated and consistent with the dignity of each individual (O'Rourke, Brodeur, 1989). Recognizing that the patient cannot be "saved by medical science", means to respect the limits of the physical realities while at the same time allowing the spiritual beliefs about life after death and the importance of the person as an embodied spirit to be fulfilled.

Care of the dying person is a de facto conversion of the health service from the utilitarian and mechanistic one to the holistic. Within this holistic framework, the notion of the "good" death combines three elements: It assumes a warm, intimate relationship with family, friends, and care-givers; a context of open awareness in which the dying person and those important to him can communicate openly; and a belief system that allows for the discovery of meaning. Whithin this holistic framework "death is not the enemy, inhumanity is" (Caroline, 1980).

References

- Angstwurm H.: Brain death as the death of a human being. In: White R.J., Angstwurm H., Carrasco de Paula I. (Eds.): Working group on the determination of brain death and its relationship to human death. Pontificia Academia Scientiarum, Roma 1992, p. 17 - 22.
- Caroline N.: Do doctors know the real enemy? Focus AACN, 27, 1980, p. 7.
- Ciccone M.: "Cerebral death": is this sufficient to establish human death? In: White R.J., Angstwurm H., Carrasco de Paula I. (Eds.): Working group..., p. 187 - 196.
- Cobbs E., Lynn J.: The care of dying patient. In: Hazzard E. W., et al.: Principles of geriatric medicine and gerontology. Mc Graw-Hill, New York, 1990, p. 354 - 379.
- Declaration of the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith "Euthanasia" (May, 5, 1980).
- Dolan M.: Sharing - Controlling pain in a personal way. Nursing, 82, 1982, 12, p. 144.
- Flanagan J. C.: Measurement of quality of life: Current state of the art. Arch. Phys. Med. Rehabil. 63, 1982, p. 56.
- George J., Annas J. D.: The Health care proxy and the living will. N. Eng. J. Med., 324, 1991, p. 1210 - 1213.
- Jamenton A.: The nurse: When roles and rules conflict. Hastings Center Rep., 7, 1977, p. 22.

Medzinárodné sympóziom o medicínskej etike/International Symposium on Medical Ethics, Bratislava, 29. – 30. 5. 1992

V máji 1992 sa uskutočnilo v Bratislave v priestoroch Kongresového centra "Istropolis" významné podujatie s medzinárodnou účasťou – Medzinárodné sympóziom o medicínskej etike/International Symposium on Medical Ethics. Organizátorom sympózia, ktoré sa konalo pri príležitosti Svetového Pro-Life kongresu (World Pro-Life Congress, Bratislava, May 28 – 31, 1992), bol Ústav medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK v Bratislave. Sympóziom prinieslo rad zaujímavých pohľadov na viaceré konkrétne etické problémy súčasnej medicíny a zdravotníckej starostlivosti, mnohé v podaní významných osobností slovenskej a českej medicíny a bioetiky, i viacerých hostí zo zahraničia. Nakoľko sa zatiaľ – z finančných a technických dôvodov – nepodarilo vydať súhrnnú publikáciu materiálov sympózia, rozhodla sa redakcia uverejňovať postupne dostupné texty príspevkov podujatia v tejto novej rubrike nášho časopisu. Veríme, že týmto spôsobom aspoň čiastočne splatíme dlh voči autorom prednášok a aktívnym účastníkom sympózia, ako aj voči našej lekárskej a zdravotníckej verejnosti.

SIGNIFICANCE AND SCOPE OF CONTEMPORARY BIOETHICS

Daniel Callahan

It is a great pleasure and honor to be part of this Congress. I have worked 25 years in the field of biomedical ethics, and I have been fascinated by its historical unfolding. I believe it is a social, and not merely a medical movement, a movement that brings together political, ethical, religious, scientific, and cultural trends.

I would like to begin by reminding you of the history of medicine, and how out of that history the field of biomedical ethics emerged. The first phase of medicine was of course the pre-modern phase. During that phase, before science had made its appearance, there was very little in the way of cure, and mortality rates were high and life expectancy short. The best that physicians could provide was care, palliation, and some diagnosis. The Hippocratic tradition, which dominated medicine in the West, was a tradition marked by medical paternalism and a fair degree of physician self-protection. Its values were, for the most part, its own internal values, and not greatly affected by the external values of the public. There was a great primacy given to individual patients welfare, a rejection of abortion and euthanasia, but also at the same time it was a medicine marked by a fair degree of quackery, many unproven cures, and generally a lack of success.

The great developments in medicine began to come during the 19th and 20th centuries. By the 19th Century, medicine had well begun to understand the importance of scientific research, and already mortality rates were dropping, the origin of many diseases was understood, and progress was being made in curing disease. At the same time, the organization and internal control of medicine was well underway, with the development of professional standards in many countries. Scientific research was increasingly the focal point of medical advancement, with a particular attack on infectious disease being mounted. By about 1870 or so in Europe, there was a striking increase in life expectancy, an increase based not so much on the medical advances as on improved nutrition, and sanitation, but nonetheless reflective of a better understanding of human health. Nonetheless, during this period of an emerging scientific ethic within medicine, the traditional ethics of medicine held sway. It was not an ethics much affected by public values or external pressures, and ethical problems for the most part were dealt with inside of medicine, well apart from the public eye.

Let me move forward very rapidly in history, up to the middle of the 20th Century. Of course during the early part

- Lo B., Jonsen A.: Ethical decisions in the care of the patient terminally ill with metastatic cancer. *Ann. Intern. Med.*, 92, 1980, p. 107.
- Lo B., Jonsen A. R.: Clinical decisions to limit treatment. *Ann. Intern. Med.*, 92, 1980, p. 764.
- Lynn J., Osterweiss M.: Ethical issues arising in hospice care. In: Torrens P. (Ed.): *Hospice Programs and Public Policy*. American Hospital Association, Chicago, 1985.
- McCaffrey M.: Nursing management of the patient with pain. 2d Ed., Lippincott, Philadelphia, 1979, p. 10-21.
- Moertel C. G.: Treatment of cancer pain with orally administration medications. *JAMA*, 244, 1980, p. 2448.
- National Hospice Organization, Ethics Committee. *Decisions in Hospice*. - National Hospice Organization Hospice Monograph, Arlington, Va (Ethics), 1985.
- Obade C. C.: The patient self-determination act: Right church wrong pew. *J. Clin. Ethics*, 1, 1990, 4, p. 320 - 322.
- O'Rawe Amenta M.: Ethical and legal considerations. In: O'Rawe Amenta M., Bohnet L.N.: *Nursing care of terminally ill*. Little and Brown Co., Boston, 1986.
- O'Rourke K. D., Brodeur D.: Medical ethics - common ground for understanding. The Catholic Health Association of the United States, St. Louis, 1989.
- Pearlman R. A., et al.: Variability in physician bioethical decision-making: A cause study of euthanasia. *Ann. Intern. Med.* 87, 1982, p. 420.
- Pearlman R. A., Jonsen A.: The use of quality of life considerations in medical decision making. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 93, 1980, p. 74.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Making health care decisions: The ethical and legal implications of informed consent in the patient - practitioner relationship*. Washington. Government Printing Office, 1982, p. 38.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Deciding to forego life-sustaining treatment*. Washington, U.S. Government Printing Office, 1983.
- Raiman J.: Pain and its management. In: Wilson Barnett J., Raimond J. (Eds.): *Nursing issues and research in terminal care*. J. Wiley & Sons Ltd., Chichester, 1988, p. 119 - 162.
- Rothman D., Rothman N.: *The professional nurse and the law*. Little and Brown Co., Boston, 1977.
- Saunders C.: Moment of truth, care of the dying person. In: Pearson L. (Ed.): *Death and dying - Current issues in treatment of the dying person*. Press of Case Western Reserve University, Cleveland, 1969.
- Saunders C.: The nature and management of terminal pain. In: Shoter E. (Ed.): *Matters of life and death*. Darton, Longman and Todd Ltd., London, 1970.
- Seiffert J.: Is "brain death" actually death? A critique of redefining man's death in terms of "brain death". In: White R.J., Angstwurm H., Carrasco de Paula I. (Eds.): *Working group...*, p. 95 - 144.
- Shewmon A.: "Brain death": a valid theme with invalid variations, blurred by semantic ambiguity. In: White R.J., Angstwurm H., Carrasco de Paula I. (Eds.): *Working group...*, p. 23 - 52.
- Sims S.: Coping with dying. In: Wilson Barnett J., Raimond J. (Eds.): *Nursing issues...*, 1988, p. 73 - 89.
- Spitzer W. O., et al.: Measuring the quality of life of cancer patients. A concise QL-index for use by physicians. *J. Chronic. Dis.* 34, 1981, p. 585.
- Sternback R.: *Pain - A psychophysiological analysis*. Academic Press, New York, 1968, p. 12.
- Tomlinson T., Brody H.: Ethics and communication in do-not-resuscitate orders. *N. Engl. J. Med.*, 318, 1988, p. 43.
- Weber L.: Ethics and euthanasia. An other view. *Am. J. Nurs.*, 73, 1973, p. 1228.
- Weber G.: Tips on implementing the patient's self-determination. *Nursing & Health Care*, 2, 1993, p. 86 - 90.
- Winslade W. J.: Legal regulation of terminal care: Options and obstacles. *Texas Medicine*, 87, 1991, 2, p. 70-75.

M. Petrini: Medical ethics and care of the dying/Medicínska etika a starostlivosť o zomierajúceho pacienta. ME&B, 2, 1995, 3, p. 1 - 6. Práca sa zaoberá niektorými závažnými etickými otázkami starostlivosti o zomierajúcich v podmienkach terminálnej starostlivosti. Zvláštnu pozornosť venuje uvedomeniu si skutočnosti umierania u pacienta a zdravotníckych pracovníkov, ďalej problému mozgovej smrti, liečby bolesti, kvality života, proporcionálneho použitia liečebných prostriedkov, tzv. advanced directives (rozhodnutí o budúcej liečbe, resp. jej odmietnutí), eutanázie. Uzatvára, že poskytovanie medicínskej starostlivosti, ktorá zmierňuje bolesť a utrpenie, pričom rešpektuje princíp nedotknuteľnosti ľudského života a nevystavuje pacienta nepotrebným a neproporcionálnym terapeutickým zákrokom, je nielen medicínsky správne, ale zodpovedá aj dôstojnosti každého jednotlivca. Uznávanie faktu, že daný pacient nemôže byť zachránený prostriedkami "lekárskej vedy", znamená rešpektovanie fyzickej skutočnosti, ako aj ponechanie priestoru pre uplatnenie duchovného presvedčenia o živote po smrti a význame osoby ako vteleného ducha. Starostlivosť o zomierajúce osoby znamená prechod zdravotníckej starostlivosti od utilitaristickej a mechanistickej k holistickej perspektíve činnosti. (Abstrakt redakcia.) **Kľúčové slová:** smrť, umierajúca osoba, mozgová smrť, terminálna starostlivosť, kvalita života, eutanázia.

Address for correspondence: Prof. M. Petrini, M.D., Centro di Promozione e Sviluppo dell'Assistenza Geriatrica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli", Largo A. Gemelli No. 8, 00168 Roma (Italia)

of the 20th Century scientific medicine progressed very rapidly, and the Second World War was itself a great stimulus to medical advance. By the middle of the 1960s, a great explosion of medical technology was underway, most of the major infectious diseases had been conquered, and life expectancies had significantly improved. As medicine and health care generally became more important industries, consuming a great deal of money and able to boast great successes, some new moral problems began to appear. Among the first were problems involving the use of human subjects for research purposes without their consent. The Nazis of course had done this during the Second World War, but in the West the great shock for many was that otherwise reputable researchers in democratic countries were also making use of research subjects without their consent. During the mid-1960s a number of articles appeared in the United States and Great Britain pointing to the abuse of research subjects in this respect. One of the first important developments in the field of medical ethics was this increased concern for research subjects, and out of that concern developed an increased concern for the related rights of patients. At the same time, medicine in many countries was becoming much more a matter of public policy and public interest. There was also a sense that medical integrity had failed because of certain abuses.

During the 1960s, a great number of technological developments took place to enormously stimulate the field of medical ethics, and indeed lead to a broadening of the field of medical ethics to encompass the general areas of social science, biological research, and some parts of environmental science as well. The term bioethics, which emerged in the early 1970s, was meant to cover this wider terrain. Nonetheless, the important technological developments of the 1960s were the major stimulus for the advent of contemporary bioethics. They included prenatal diagnosis and genetic counseling and screening; the advent of effective contraceptives, and of safe abortion; the advent of organ transplantations, beginning with the kidneys and then moving on to the heart; the advent of kidney dialysis, and of a new definition of death, and the widespread use of the respirator. There developed also intensive care units, coronary care units and neonatal care units.

At the same time these technological advances were taking place there was a growing public concern about the impact of technology on human life, and there were in many quarters in the West criticisms of those in authority, and those pretending to wield particular expertise. This attack on authority and expertise came to include a criticism of medicine as well. The media came to have a growing interest in the burgeoning field of medicine, and also in the ethical problems that this was developing. Increasingly, the public role of medicine became more important simply because of the large amounts of money being spent on health care, and the fact that many legislators had to make decisions affecting the practice of medicine and the delivery of health care. Finally, in many countries there was a fresh concern with moral pluralism, with the relation of religion and society, and considerable disagreement began to develop on the different moral responses to the technological developments.

I would want to summarize this history by pointing to four major developments, which began to emerge first in the 1960s and came to fuller development with the 1970s and 1980s. Bioethics, I propose, is a function of four major variables:

First, scientific developments within the biomedical sciences. The bioethical discussion is fueled by the technological and scientific developments, and since the very beginning of the new bioethics movement they have remained the principal source of stimulation and new issues.

Second, practice patterns and mores within the field of medicine. It has become clear that, as scientific medicine has developed, as larger and larger amounts of money, pu-

blic and private, are spent on it, this has begun to change the role of the physician, the relationship of the physician and the patient, and the relationship of the medical profession to society. There has certainly been some change in the self-conception of the physician, now open to public criticism, and often beset by demands for increased rights on the part of patients. In many cases, because of restrictions on available resources, physician authority to make some medical and moral decisions has been limited, and may be increasingly limited in the future.

Third, moral, social and cultural values of society. Medicine is no longer isolated from the larger social and cultural currents, and those currents will affect not only the allocation of resources to health care, but also the values brought into the health care system by physicians who live in the larger society, by the influence of the public and public opinion, and by the impact of legislative and other governmental decisions.

Fourth, ethical and moral theories of philosophy and religion. A final element of great importance are the reigning moral and ethical theories within the fields of philosophy and religion. For the most part, many of these debates are academic in nature, but because of the widespread teaching of biomedical ethics, access to the media and other sources of public information, many questions that were once considered merely theoretical in philosophy and theology are now being openly discussed by the public.

What I want to emphasize in pointing to these four major variables is that they all work together and interact with each other. The scientific and technical developments affect the allocation of resources, how they are used reflect social and cultural values, and all of these are looked at and analyzed by theologians and philosophers, many of whom speak as much these days to the general public as to other professionals.

I would like to identify what seem to me to have emerged as the main issues in the field of bioethics. Perhaps the central and most important issue, which really came out of the debate in the 1960s on the use of human subjects for research, is the nature of the doctor-patient relationship. While the change has been greater in some countries than in others, the whole question of traditional physician paternalism has been raised again and again. Increasingly patients are thought to have rights, to be able to exercise self-determination, and to have the ability and the capacity to understand enough medical information to make their own decisions. In the United States, patient autonomy has moved forward very far, sometimes threatening the autonomy of physicians. In other countries, Central Europe for instance, the more traditional paternalism still holds sway. Nonetheless, in all countries there is increased recognition of the role and importance of the patient, and of the right of the patient to information and to some decisionmaking.

The care of the dying and the termination of treatment is perhaps the issue of next most importance. This has come about in great part because, in the care of the dying medicine has generated some of its most difficult moral problems. There have been issues concerning how we are to define death, particularly in the company of machines that keep hearts and lungs going artificially. What are we to do about people in a persistent vegetative state, who will live much longer now because of simple, inexpensive antibiotics than would have been the case 20 or 30 years ago. Questions arise about when to terminate treatment in the face of increasingly effective technologies, technologies which often can extend life without keeping the quality of that life at a high level. The issue of active euthanasia and assisted suicide is being debated in a number of countries, most notably The Netherlands and the United States.

Another area of great importance is that of reproduction and child bearing, and here in particular one sees the impact of numerous technological developments not only the capacity for couples to have or to not have children, but also to affect the timing and spacing of their children. Incre-

asingly, there is genetic knowledge available to the public, and they are making a growing use of genetic counseling and prenatal diagnosis. At the same time research is going forward in genetic engineering that promises to give couples more control not only over undesirable genetic traits, but also may lead to the addition of some positive genetic traits. Fetal surgical therapy and fetal genetic therapy together with in vitro fertilization, surrogate motherhood, and the like of course also introduce not only ethical questions but reflect great scientific advances as well.

The fourth area of great importance is that of the allocation of resources. Modern health care is an enormously expensive venture, and every developed country has begun to have problems in controlling the cost of health care, occasioned in part by an aging population, by expensive technological developments, and by increased public demand. Inevitably, the allocation of resources raises fundamental questions of how much of a nation's resources should go to health in comparison with other social needs, who should make the decisions, and the role of individuals in deciding their own fate and health care. There are questions of fairness and equality of access, questions of the extent to which the government ought to support health care, questions of the use of cost-benefit analysis, and finally questions concerning the goals and ends of medicine. This last issue is of special importance, since the way we are going to define the purpose of medicine and health care in the future in going to make a great deal of difference in the allocation of resources to it.

Contemporary bioethics has seen the emergence of a number of different methodological strategies. In addition to the traditional perspectives of the major world religions, there has been added the work of contemporary moral philosophers, who have added to the traditional ethics of medicine, and medicine from a theological perspective, some of the more secular principles of contemporary medicine. There are a variety of theories used now in biomedical ethics. They include an ethics of principles, popular in the United States, principles that encompass autonomy, justice, and beneficence.

Others, not so attracted to principles stress an ethic of virtue, and particularly note that the tradition of medicine has been stronger on a virtue ethics than a principle ethics. There are those who, following Kant, stress, an ethic of rights and duties, and particularly the right of autonomy. Utilitarianism is a powerful force in the area of the allocation of resources. Very broadly these days there is a great debate about whether ethics ought to be conceived as an universal ethics, one that will see the same principles applied across different cultures, or the extent to which it should be context dependent. In general, contemporary moral philosophy has moved away from universal moral principles, to a greater interest in the cultural context of moral decisions.

In summary, I would say that the great change from the traditional medical ethics to the contemporary biomedical ethics comes down to something like the following. There is a shift from a narrow doctor-centered individual ethics carried out within the privacy of the profession, to an increasingly public enterprise, involving contributions from all social segments, and along with these contributions great tensions because of different values and perspectives brought by the different actors. Increasingly and inevitably biomedical ethics will become a public, legal, and political issue, if only because the issues rarely can be contained narrowly within professional ethics, but also because biomedical ethics has a public impact and generates public interest.

Perhaps the most important thing that has happened within the field of medicine, providing a setting for bioethics, might be called the democratization of medicine. There is a growing interest in greater equality between doctor and patient, and greater equality and access to health care. There is an enormous concern about the place of pluralism in modern health care, and how we are to reconcile competing moral values. There is certainly a competition for power

and influence among different interest groups within medicine and health affairs. The role of the public is important, not only is providing money for health care systems, but also for their role in courts and legislatures.

To me the most exciting and important development in the field of biomedical ethics is to see the way in which the field has moved from the periphery of medicine to its very center. Twenty or 25 years ago, when contemporary bioethics was just beginning to come into existence, it was thought very much a fringe activity, of interest only to a few, and dealing with one or two moral dilemmas that were being generated by contemporary medicine. It was not considered a mainstream activity, and for the most part ordinary physicians – trained in the positivist tradition of contemporary medicine – scorned or ignored the subject altogether. However, it has become increasingly clear that the questions raised by bioethics touch on the very goals and purposes of medicine itself. One can not ask about the termination of treatment, the use or legitimacy of contraceptive methods, genetic techniques, without asking what medicine is all about. At the same time, there is a growing recognition within the field of medicine that many issues once thought to be purely medical or scientific, now have a significant moral component. To me the great revolution in medical ethics came with the recognition that so called medical decisions almost always contain a moral element as well. Once that was recognized, the stage was set for contemporary biomedical ethics. Increasingly, bioethics will be at the center of debates in medicine, and many of these debates are going to turn on the future role, goals and ends of medicine.

A: Prof. D. Callahan, director, The Hastings Center, 255 Elm Road, Briarcliff Manor, NY 10510, USA

ETIKA V KAŽDODENNEJ PRAXI LEKÁRA

A. Bajan

Pod lekárskou etikou sa často prezentuje predstava riešenia problémov spojených napríklad so situáciami udržovania života pri permanentnom vegetatívnom stave, rozhodovanie o eutanázii, o pozadí transplantácie orgánu, ktorý je nedostatkový, o realizácii tzv. medicínskych indikácií pre umelé prerušenie gravidity.

To sú iste nemalé problémy medicínskej etiky, vyžadujúce závažné rozhodnutia a postoje, so závažným dopadom. Okrem nich však existuje celý rad ďalších etických problémov, vyskytujúcich sa v každodennej praxi lekára, ktoré nemusia byť tak vysoko profilové, môžu mať však výrazný dopad pre chorého preto, že zahrňujú bezprostrednú osobnú komunikáciu a jednanie s chorým ako subjektom. S človekom, s vlastnými predstavami hodnôt, s vlastnými perspektívami života.

Z celej palety etických problémov tejto kategórie, rád by som sa dotkol jedného z najčastejších a najbežnejších v každodennej lekárskej praxi a to je informácia, resp. rozhovor lekára s chorým o jeho chorobe. Vynára sa tu celý rad otázok. Povedať pacientovi všetko o jeho chorobe, o situácii v ktorej sa nachádza? Povedať mu to dnes, práve teraz, alebo čakať na príhodný moment vo vývoji choroby, alebo vyčkať vhodnú situáciu? Povedať mu to autoritatívne, všetko o diagnóze a prognóze, alebo povedať len niektoré skutočnosti a ostatné ponechať na pacienta, aby si utvoril závery sám?

V celej histórii medicíny a lekárskej praxe sa stretávajú v tomto pohľade s postojmi, ktoré možno rozdeliť do dvoch základných skupín. Jeden stavia na predpoklade, že chorý má o svojom skutočnom stave vedieť čo najmenej. Dôvody, ktoré sa uvádzajú pre tento postoj, sú viaceré: lekár nemôže vždy s naprostou istotou vedieť, či je nim stanovená diagnóza naprosto správna. Z praxe môžeme potvrdiť, že chorý môže reagovať na oznámenie pravdy depresívne, zúfale, ba i suicídiom. Druhý postoj stavia na predpoklade, že pacient

má poznať svoj stav. Zdôvodňuje sa tým, že tento postoj je určitým prejavom úcty k pacientovej osobnosti a oznámenie pravdy v ňom vzbudí silu k prekonávaniu svojej choroby.

Zdá sa, že nie sú jednoznačne presvedčivé ani dôvody pre zamlčovanie pravdy, ani dôvody pre bezohľadné informovanie chorého. Usudzujeme, že etický prístup vyžaduje hľadať a nachádzať určitú strednú cestu, ktorú volíme individuálne, na základe komplexného chápania chorého ako osobnosti, s prihliadnutím na aktuálnu situáciu a semaoticko-psychický stav pacienta. Pritom sa snažíme poskytnúť toľko informácií a toľko pravky, aby sa chorý mohol zorientovať v situácii. Veľmi bude pritom pochopiteľne záležať na charaktere ochorenia. Iný musí byť prístup pri prognosticky priaznivom ochorení, iný pri malígnom charaktere ochorenia. Sú chorí, ktorí plnú pravdu o chorobe s nepriaznivou prognózou znesú, vyrovnávajú sa s ňou. Väčšinou, podľa dlhodobej praxe, ide o pacientov veriacich, pozerajúcich na smrť ako na prirodzené zakončenie jednej fázy života a podľa toho pravdu od lekára prijímajú. V praxi sa stretávame neraz aj s takou skutočnosťou, že chorý nechce vedieť pravdu o svojej chorobe. Nie sú výnimkou v tomto smere ani zdravotnícki pracovníci. Je potrebné aj tento postoj rešpektovať a v tomto zmysle volíme aj náš prístup k nemu.

Povinnosť informovať chorého, podať mu vysvetlenie, vyplýva nielen z etických ale i z právnych zásad. Právne zásady ale nemôžu zabezpečiť všetko, čo je potrebné požadovať v rozsahu nášho svedomia. Z etického hľadiska ide teda predovšetkým o to, aká má byť tá naša informácia, alebo aká má byť pravda, ktorú treba chorému oznámiť, do akej miery ho informovať o postupe, o prognóze jeho choroby. Predovšetkým charakter našich informácií, nášho vysvetlenia chorému nemôže byť nebezpečnejší ako choroba sama. To znamená, že naše vysvetlenie nemusí byť úplné, vyčerpávajúce, ak máme pred sebou chorého, pre ktorého by táto informácia mohla znamenať zhoršenie existujúceho stavu. Je mnoho ráz ťažké odhadnúť, ako má byť informácia formulovaná aspoň natoľko, aby ju bol chorý schopný prijať a spracovať.

Pri ochorení s nepriaznivou, život ohrozujúcou prognózou, by informácia nemala poškodiť predovšetkým psychický stav chorého. To znamená, že lekár musí voliť taký spôsob, ktorý rešpektuje reálnu osobnosť chorého a miera informácie sa prispôsobuje danej skutočnosti. Mnohokrás, v praxi u našich chorých s malígnymi procesmi sa osvedčuje systém postupného dávkovania pravdy, pri ktorom sa chorému dáva určitý časový priestor pre adaptáciu a spracovanie informácií. Optimálna situácia, i keď zriedkavá je vtedy, ak chorý sa nedožaduje vysvetlení, ale sa zverí s plnou dôverou lekárovi.

Poukázali sme iba na jeden úsek medicínskej etiky všedného dňa. Aj keď sa nevyznačuje dramatickosťou bleskových rozhodnutí v niektorých kritických situáciách napríklad urgentnej medicíny, sú to predsa len rozhodnutia neľahké. Vychádzajú z etickej perspektívy, v ktorej vystupuje lekár ako osobnosť, ktorá hlboko zasahuje do životných osudov a perspektív druhého človeka. Preto si myslíme, že tieto prístupy nemôžu mať charakter náhodnosti, automatickosti alebo mechanickej rutiny. Tak ako mnohé iné skutočnosti v medicíne, i tu dochádza k individuálnym rozhodnutiam, ktoré testujú lekárov postoj k týmto etickým princípom všedného dňa. Musia sa preto stať jeho neoddeliteľnou súčasťou práve tak, ako všetky iné rozhodujúce postupy v každodennej práci s pacientom.

A: Prof. MUDr. A. Bajan, DrSc., Pneumologická klinika ÚTRCH a IVZ, Krajiniská ul., 825 56 Bratislava - Podunajské Biskupice

PRÁVA PACIENTOV V NAŠICH PODMIENKACH

S. Bezáková, L. Šoltés

Jednou z najdôležitejších ľudských potrieb je zdravie. Každý človek nesie osobnú zodpovednosť za svoje zdravie

a má tiež právo na rozhodovanie v otázkach svojho zdravia. Rovnako má právo na pomoc spoločnosti, aby si svoje zdravie udržal, narušené zdravie znovu získal, príp. sa adekvátne vyrovnal so skutočnosťou, ktorá ho presahuje. Ako nás upozorňuje Prof. Gormally, nesmieme nikdy zabúdať na zraniteľnosť pacienta, jeho bezbrannosť a odkázanosť. Strata zdravia predstavuje náročnú životnú situáciu. Pacient má právo na odbornú pomoc, ale potrebuje rovnako naliehavo pocíti istoty a dôvery, že sa stretne s odborným i ľudským prístupom v takej miere, že jeho dôstojnosť, sebaúcta a autonómia nebudú ohrozené. Dnes, keď je dôvera k lekárovi i k sestre mnohokrás radikálne narušená, je nutné urobiť všetko pre obnovu dôvery pacienta. Jednou z ciest a zárukou tejto obnovy je i prijatie a schválenie práv pacientov.

Poskytovanie zdravotníckej starostlivosti je primárne záležitosťou etická, potom medicínska, organizačná, ekonomická. Spoločnosť má povinnosť zaručiť právo na kvalitnú starostlivosť založenú na etických zásadách. V zmysle Ženevskej dohody má zaručiť základné ľudské práva, to znamená, dať ľuďom to najlepšie, čo im patrí, ak berieme do úvahy ľudský život, dôstojnosť a jedinečnosť ľudskej osoby. Federálne zhromaždenie ČSFR v januári 1991 ratifikovalo Listinu základných ľudských práv a slobôd. V tejto nadväznosti, v zmysle skúseností vyspelých demokratických spoločností, ale predovšetkým z hľadiska súčasného postavenia pacientov u nás, je naliehavé zaoberať sa úlohou a formulovať práva pacientov.

V našich podmienkach až dosiaľ pojem "práva pacienta" zostáva úplne novým, neznámym, tak z hľadiska svojho významu, ako i obsahu, ale hlavne jeho dopadu na úroveň a kvalitu vzťahov medzi zdravotníkmi a pacientami. Je nevyhnutné, na jednej strane akceptovať právo na život, ako všeobecnú dohodu. Rovnako dôležité, na strane druhej je uznať a zabezpečiť, aby ľudský život mohol pokračovať v optimálnych podmienkach.

Pacienti všade na svete trpia úzkosťou často len preto, že im nikto nevysvetlí, čo ich čaká v najbližšej budúcnosti. Často tápu v neistote a v neinformovanosti. Stávajú sa závislými, neistými, dezorientovanými, pretože im ani lekár, ani sestra nedodá odvahy, ba ani neposkytnú príležitosť nahlas formulovať svoje obavy, alebo nevysslovené otázky. Narážajú na bariéry, ohraničené autoritou lekára, na bariéry neschopnosti prekročiť nevykreté spôsoby správania sa, bariéry neschopnosti orientovať sa v potrebách pacientov, na neschopnosť empatie, na povrchné chápanie nárokov vlastnej role lekára, alebo sestry.

Z hľadiska medzinárodne platných humanitárnych práv, t.j. úcty k životu, dôstojnosti a jedinečnosti ľudskej osoby bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, farbu pleti, vek, pohlavie, politickú alebo sociálnu príslušnosť, pristupujeme k naliehavému riešeniu práv pacientov v našich podmienkach. Patrí sem predovšetkým:

- etická kvalita základného vzťahu zdravotnícky pracovník - pacient,
- praktické aspekty diagnostických, terapeutických a ošetrovateľských výkonov a postupov,
- postavenie pacienta v medicínskom výskume a biomedicínskom experimente.

Až dosiaľ sa zdravotnícki pracovníci stavajú k právam pacienta najmenej tromi odlišnými spôsobmi:

1. Na základe prirodzeného mravného zákona. Podľa neho ich konanie je vhodné s morálnymi normami. Sú si hlboko vedomí naliehavej, kategorickej a absolútnej povinnosti voči pacientovi, vyplývajúcej práve z prirodzeného mravného zákona.

2. Na základe dobrovoľnosti, náhodilosti, alebo výberovosti. Títo konajú viac intuitívne, nie na báze vnútorného zakotvenia morálky. Vnútorný hlas svedomia, spoločne s láskou k ľuďom, povýšený na etický imperatív, konať povinnosť - znamená konať mravné dobro, ich neriadi tak, aby poskytovali služby s porozumením a s ohľadom na potreby ľudskej osoby vo všetkých jej dimenziách.

3. Ignorujú práva pacientov ako základné ľudské práva. Správajú sa často chladne, ľahostajne, často netaktne, odmietať, stáva sa, že ponížujú pacientov.

To je dôvod na intenzívnu diskusiu o právach a postavení pacientov, ako i vonkajšej i vnútornej stránke profesionálnej etiky zdravotníckeho povolania. Pre zdravotníckych pracovníkov zostáva naliehavou potreba uvedomiť si a rešpektovať to, že telesné, psychické, sociálne a spirituálne aspekty v starostlivosti o pacienta musia byť vzájomne úzko prepojené. V záujme pacientovho zdravia, pohody, či dokonca prežitia, je bezpodmienečne potrebná holistická zdravotníčka, a najmä holistická ošetrovateľská starostlivosť, ako ju oddávna poskytujú rehoľné sestry. Odbornosť, právo a etika musia byť v spojení v takej miere, že lekári, sestry a ostatní zdravotnícki pracovníci budú schopní lepšie pochopiť a chrániť hodnoty ľudskej existencie.

V tomto zmysle predkladáme návrh práv pacientov. Ako východisko nám slúžia práva pacientov vypracované Americkým združením nemocníc, získané na základe spolupráce s nezávislou americkou nadáciou Project HOPE – "udia – ľudom", s ktorou Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve uzavrel "Dohodu o spolupráci na rozvoji zdravotníckych služieb a vzdelávania v zdravotníctve".

Práva hospitalizovaného pacienta (návrh)

1. Pacient má právo na ohľaduplnú, humánnu, vysoko odbornú starostlivosť, poskytovanú s porozumením kvalifikovanými pracovníkmi.

2. Pacient má právo na úplnú, zrozumiteľnú, taktne vyslovenú a jemu pochopiteľnú informáciu od lekára, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, diagnostického, alebo terapeutického postupu, alebo prognózy. Pacient má právo poznať meno lekára, zodpovedného za jeho liečbu, ako i mená sestier a ďalších zdravotníckych pracovníkov, ktorí ho liečia alebo ošetrojú.

3. Pacient má právo na informácie od lekára potrebné na to, aby mohol vyjadriť svoj informovaný súhlas pre začatie ďalšieho diagnostického, alebo terapeutického postupu, s výnimkou stavu pohotovosti ohrozenia života. Pacient má právo na informácie v prípade, že existujú lekárske významné dôvody na zmenu starostlivosti. Súčasne má právo na informácie o alternatívnych diagnostických, alebo terapeutických postupoch, ako aj o rizikách, ktoré sú spojené s liečebným postupom. Pacient má právo vedieť meno osoby zodpovednej za diagnostické a liečebné postupy u neho.

4. Pacient má právo odmietnuť liečbu v rozsahu povolenom zákonom, súčasne má právo byť informovaný o zdravotných následkoch takéhoto rozhodnutia.

5. Pacient má právo na súkromie. Rozhovory o chorobe, informácie, vyšetrenia, liečba sú dôverné a mali by sa uskutočňovať dôverne. V súvislosti s vyšetrením, ošetrovaním a liečbou pacient má právo na rešpektovanie súkromia a osobnej dôstojnosti. Prítomnosť ďalších osôb a to i v súvislosti so vzdelávaním, môže byť prípustná len so súhlasom pacienta.

6. Pacient má právo na informácie o existencii profesionálnych vzťahov menovite medzi zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí ho liečia.

7. Pacient má právo očakávať, že všetky informácie, správy a záznamy týkajúce sa jeho liečby budú považované za dôverné a to i v prípade spracovania počítačom.

8. Pacient má právo na vysvetlenie a radu v prípade neštandardného liečebného postupu, alebo medicínskeho výskumu. Až po písomnom informovanom súhlase sa môže pacient zapojiť do výskumu. Pacient má právo kedykoľvek, bez vysvetlenia, bez udania príčiny, ukončiť alebo odmietnuť účasť na výskume.

9. Pacient má právo na plynulý priebeh liečby. Má právo vopred vedieť o mieste a časovom rozvrhu vyšetrení, poznať meno lekára, ktorý je mu v konkrétnom čase k dispozícii. Po prepustení z nemocnice má právo očakávať, že nemocnica určí ďalší postup liečby, ako i primeranú starostlivosť, podľa toho, čo si vyžaduje povaha ochorenia.

10. Pacient má právo na to, že nemocnica primeraným spôsobom zabezpečí ďalšiu starostlivosť zodpovedajúcu jeho stavu, potrebám a požiadavkam. Ak je to z lekárskeho hľadiska nutné a možné, pacient môže byť premiestnený do iného ústavu len po tom, ako získa úplné informácie a vysvetlenie o potrebe premiestnenia a po predchádzajúcom súhlase inštitúcie, kam má byť premiestnený.

11. Pacient na vlastnú žiadosť, alebo na žiadosť príbuzných má právo na duchovnú pomoc, útechu a zaopatrenie podľa svojho vierovyznania.

12. Pacient má právo byť informovaný o zamýšľanom prepustení z nemocnice najmenej jeden deň vopred, má právo na konzultáciu s lekárom a na včasné oznámenie o prepustení osobe, podľa jeho vlastného výberu.

Zostáva úlohou etických komisií, odbornej zdravotníckej, ako i laickej verejnosti poznať, osvojiť si a zvnútorniť, interiorizovať práva pacientov a začleniť tieto do liečebného a ošetrovateľského procesu ako jeho integrálnu súčasť. Popri tom zostáva pred všetkými zdravotníckymi pracovníkmi naliehavá povinnosť a úloha, cieľavedome vychovávať a viesť ľudí k vedomiu ich vlastnej dôstojnosti, sebaúcty, autonómie, aby si bol každý človek vedomý svojich práv, a aby každý, pokiaľ je toho schopný, ak nie, tak jeho zástupca, úplne prirodzene žiadal, nárokoval si poskytovanie služieb s ohľadom na vlastnú dôstojnosť, sebaúctu a autonómiu. Pacient musí sám zostať manažérom vlastného zdravia.

A: Dr. S. Bezáková, IVZ, Limbová 12, 833 03 Bratislava

PRÁVA HOSPITALIZOVANÉHO DIEŤAŤA

L. Šoltés

Pokroky a úspechy pediatrie, tak v prevencii ako aj diagnostike a liečbe nezmenili veľa na skutočnosti traumatizácie dieťaťa v prípade jeho ochorenia. Táto traumatizácia dieťaťa chorobou sa môže ešte znásobiť diagnostickými a terapeutickými postupmi a najmä hospitalizáciou. Preto stále viac prenikajú do našej každodennej praxe pediatra psychologické a etické postupy zamerané na humanizáciu pediatickej starostlivosti.

Všeobecne môžeme konštatovať, že deti v nemocnici, zvlášť dlhodobe hospitalizované trpia mnohými emočnými poruchami, ktoré majú svoj pôvod v podstatne zmenených podmienkach prostredia dieťaťa, v odlúčení od rodičov a rodiny a v rôznych formách úzkosti a strachu, ktoré dieťa v nemocnici neprevádzajú a ktoré ani nevie prejavíť alebo prejavuje len nepriamo.

Tieto reakcie sa môžu zmierniť alebo i zvýrazniť vplyvmi vychádzajúcimi z vlastnej osobnosti dieťaťa alebo z rodinného a nemocničného prostredia. Iste neplatí len pre dieťa, že choroba alebo i iná trauma jedného člena rodiny vplyva na iných členov rodiny. Tento vplyv je však vo vzťahu dieťaťa a jeho rodičov či rodiny oveľa emotívnejší. Rodičia vedome, alebo často i nevedome prenášajú svoje emočné reakcie na dieťa a to tak v kladnom ako i zápornom zmysle. Ak predstavujú rodičia osobnosti vyrovnané s dobrým vzťahom a dôverou voči zdravotníckemu zariadeniu, budú pôsobiť viac pozitívne na dieťa počas jeho choroby a hospitalizácie ako i na celý proces uzdravovania.

Ale podobne môže pôsobiť na dieťa i samotné zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa choré dieťa nachádza a to nielen svojou odbornou úrovňou, ale i organizáciou chodu zariadenia a humanizáciou celkovej starostlivosti o choré dieťa na zmiernenie traumatizujúcich vplyvov choroby a hospitalizácie dieťaťa alebo i naopak.

Preto neprekvapujú v posledných rokoch snahy definovať práva hospitalizovaného dieťaťa, ktoré by tieto humanizačné aspekty starostlivosti o choré dieťa v nemocnici definovali a súčasne by zavazovali zdravotníckych pracovníkov k ich uplatňovaniu. Uvedomujeme si pritom, že žiadna char-

ta práv hospitalizovaného dieťaťa nemôže vyriešiť emočné problémy hospitalizovaného dieťaťa a že vždy bude záležať na etickej úrovni lekárov a sestier, ich výchove a vedeniu, ako sa tieto práva budú realizovať v praxi, aby sa tak zabezpečilo optimálne prostredie pre harmonický rozvoj osobnosti dieťaťa i počas jeho hospitalizácie.

Charta práv hospitalizovaného dieťaťa bola vypracovaná a schválená na prvej európskej konferencii o hospitalizovaných deťoch v r. 1988. Medzi hlavné zásady tejto charty práv hospitalizovaného dieťaťa patrí dôvod hospitalizácie dieťaťa. Dieťa sa má hospitalizovať iba vtedy, ak starostlivosť, ktorú jeho aktuálny stav vyžaduje, nie je možné dobre zabezpečiť doma a v ambulancijnej starostlivosti.

Dieťa v nemocnici má vždy mať pri sebe svojich rodičov alebo ich zástupcov. Dokonca sa vyžaduje od zdravotníka, aby sám navrhol a podporoval rozhodnutie rodičov zostať s dieťaťom a to bez ekonomickej ujmy zo straty zárobku.

Rodičia, a podľa mentálnej úrovne a veku i dieťa, majú právo byť informovaní o priebehu choroby a to zrozumiteľným a pravdivým spôsobom ako i o všetkých rozhodnutiach týkajúcich sa vyšetrovania a liečby.

Dieťa má byť chránené pred zbytočnými vyšetreniami, výskumom alebo i liečbou. Pre návštevníkov detských oddelení by nemali platiť žiadne obmedzenia, pokiaľ by neboli v rozpore s aktuálnymi a objektívnymi záujmami dieťaťa. Deti by sa nemali hospitalizovať na oddelení dospelých a mali by mať podmienky k vyučovaniu, hrám a odpočinku. Vybavenie detského oddelenia nábytkom, vmaľovaním a výzdobou by malo celkovo dieťa stimulovať a byť v súlade s jeho potrebami. Starostlivosť o dieťa v nemocnici vyžaduje tiež zo strany ošetrojúceho personálu osobitný takt a pochopenie s rešpektovaním súkromia dieťaťa. K tomu je treba primerane vyškolených pracovníkov, ktorí sú schopní a pripravení odpovedať na fyzické, emočné i sociálne potreby dieťaťa a jeho rodiny.

Najčastejšou námietkou pre zavedenie týchto zásad na detských oddeleniach je ich nedostatočné priestorové a personálne vybavenie. Avšak mnohé práva hospitalizovaného dieťaťa vyžadujú len dobrú vôľu a ochotu zmeniť zabehané praktiky uzavretej prevádzky detských oddelení.

Ak sme sa rozhodli na tomto fóre hovoriť o právach hospitalizovaného dieťaťa a niektorých aspektoch súvisiacich s hospitalizáciou detí, boli sme vedení snahou, aby zabezpečenie základných potrieb dieťaťa a to tak telesných, ako aj duševných a sociálnych, napriek jeho chorobe a hospitalizáciám, nerušilo harmonický vývoj dieťaťa a prispelo rovnakým dielom k jeho genetickým danostiam, k plnému rozvíniu jeho osobnosti: stať sa vyrovnaným a zodpovedným dospelým.

A: Prof. MUDr. L. Šoltés, DrSc., ÚMEB, Limbová 12, 833 03 Bratislava

MEDICÍNSKA ETIKA - MORÁLNY KÓDEX ALEBO AJ ZMENA VZŤAHU K ČLOVEKU?

M. Nemčeková, A. Hanzlíková

Na tých, ktorí poskytujú pomoc v chorobe, uľahčujú bolesť iným a zmiernujú duševné utrpenie, sa kladú mimoriadne morálne požiadavky. V našej súčasnosti, popri riešení ekonomických, politických a iných spoločenských otázok sa dostala do centra pozornosti potreba humanizácia medziľudských vzťahov. Ak pociťujeme nedostatok humanizácie vo všetkých oblastiach nášho života, o to citlivejšie si ich uvedomujeme v zdravotníctve. S týmto úzko súvisí záujem o teoretické otázky etiky, ako aj praktické morálne problémy každodenného života, čo môžeme považovať za prejav tejto potreby - zmeniť daný nevyhovujúci stav. Na druhej strane sa stretávame s určitým podceňovaním zložitosti týchto problémov a so zjednodušujúcimi predstavami, že žiaduce zmeny správania takmer automaticky zabezpečí prijatie zodpoveda-

júcich etických kódexov (lekárov, sestier, či zdravotníkov).

Morálny kódex, ktorý vyjadruje ciele a hodnoty povolania považujeme za dôležitý, určenie jeho obsahu vyžaduje poznať to, čo od povolania očakáva spoločnosť, akú dôveru do neho vkladá. V morálnom kódexe by sa mala odrážať celá filozofia povolania, teda v našom prípade ošetrovateľstva.

V dejinách etiky, ktorá podľa Aristotela je "praktickou filozofiou", sa pravidelne opakuje dilemma: Je človek mravný, ak plní povinnosť (kódexy, normy), alebo je mravnosť úsilím o dobro, ktoré vychádza z porozumenia, lásky a úcty k človeku? Všetky nedemokratické systémy v dejinách ľudskej spoločnosti (v akom sme donedávna dlhé roky žili), dávali prednosť normativizmu, podriadeniu sa povinnosti. Morálne kódexy tu boli na to, aby ospevovali navonok vnútorne zdevastovanú morálku. Je vidieť, že kódex mravného správania má význam len v slobodnej demokratickej spoločnosti, kde síce naznačuje normy správania, ale vyžaduje zvnútornenie jeho obsahu, slobodné rozhodnutie sa mu podriaďiť.

Z týchto dôvodov je potrebné položiť si niekoľko otázok. Na základe akých východísk môžeme morálnu normu slobodne vnútorne prijať a riadiť sa ňou v zložitej štruktúre ľudskej činnosti a v spletitých medziľudských vzťahoch? Na základe čoho získame úctu k človeku a jeho ľudskej dôstojnosti? Čím pacientovi neuškodíme a ako mu pomôžeme? Stačí pre porozumenie človeku a jeho životným problémom kódex? Je možné ním zaručiť aj lásku, prívetivosť a dobrotu srdca, ktorú popri liečebnej starostlivosti chorí potrebujú?

Človek uskutočňuje svoju činnosť na základe určitej skúsenosti, jednak vonkajšej, ktorá je založená na preferencii rozumu a vedeckého poznania, ale v živote sa spravidla riadi aj skúsenosťami vnútorného prežívania, hľadaním osobnostného zmyslu ľudskej existencie a životných hodnôt. Vonkajšia skúsenosť, ktorá chápe svet ako sumu predmetov a vecí, prinášala viac úžitku, najmä materiálneho, preto novoveká civilizácia jednostranne preferovala racionalitu a vedecké poznanie. Intelektualizmus, podľa H. Bergsona "práca ducha za studena", sa stal v poslednom storočí všeobecným prístupom človeka k svetu i k sebe samému. Medicína, ktorá je vždy parciálnou súčasťou určitej kultúry, nemohla byť nepoznačená touto paradigmou. A tak naša civilizácia, ktorá okrem racionálne - kritického myslenia, vychádzala z kresťanskej tradície, odsunula jeden zo základných princípov kresťanstva - nesebeckú, sebaaprekonávajúcu lásku. Ak hovoríme o morálnom kódexe sestry a lekára, môže byť inšpirujúcim podobenstvo z Biblie o rozsievачovi a štvorakej pôde: "...Ušami budete počúvať, ale nebudete rozumieť, a očami budete pozeráť, ale nebudete vidieť. Lebo otupelo srdce tohto ľudu...". Slovo (ale aj norma) ako zrno môže padnúť na okraj cesty, na skalú, do trnia. Len zasiaté do dobrej pôdy prinesie úžitok (Mt. 13, 14-23).

Veda nemôže odpovedať na všetky problémy ľudského života, osobitne života ohraničeného a spútaného chorobou, jeho existenciálnych otázkach hľadania nového zmyslu, o jeho duchovnej dimenzii. Ochorením a vstupom do zdravotníckeho zariadenia sa človek nemení na biologický objekt ošetrovateľskej starostlivosti, i keď, žiaľ, je väčšinou takto chápaný. Naopak, chronicita, či nevyliciteľnosť ochorenia ho poznačí nielen somaticky, ale prehĺbi jeho psychické, sociálne i duchovné problémy. Preto úrodná pôda pre normu konania je porozumenie človeku. Úcta k jeho ľudskej dôstojnosti sa môže utvárať len v jednote racionálneho poznávania a porozumenia človeku. Len na základe celostného prístupu k pacientovi môže zdravotník uspokojovať jeho materiálne i duchovné potreby.

Ľudské konanie, vrátane ošetrovateľskej starostlivosti, je určované aj mnohými mimomorálnymi činiteľmi. Aj to je dôvod, prečo humanizácia zdravotníckej starostlivosti nemôže spočívať len v prijatí morálnych kódexov.

Predpokladáme, že ďalšími faktormi premeny medziľudských vzťahov v systéme starostlivosti o chorého človeka budú:

1. Zmeny ekonomické. Materiálne - organizačné zlep-

šenie podmienok ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach štátu, ale aj vytvorenie nových sociálnych väzieb v privatizovanom systéme zdravotníckej starostlivosti. Lekár i sestra budú mať klienta v chorom.

2. Legislatívne úpravy, ktoré juristicky zabezpečia práva pacientov, ale aj ochranu zdravotníkov. Téma práv je osobitnou problematikou.

3. Prijatie morálnych kódexov pre činnosť zabezpečujúcu starostlivosť o človeka. Je to dôležitá, ale nepostačujúca podmienka.

4. Za najdôležitejší faktor humanizácie považujeme zmenu medicínskeho myslenia. Prekonávanie orgánocentrickej paradigmy, redukovújúcej človeka na biologickú rovinu jeho života, ako aj abstraktných sociologizujúcich prístupov k nemu. Vysoká profesionalita je podmienená celostným pohľadom na človeka. Vyžaduje nielen zvládnuť a neustále zdokonaľovať technickú a liečebnú stránku ošetrovateľstva, ale aj zdravotníka ako bytosť otvorenú trpiacemu. Podľa G. Marcela je to schopnosť osobnosti byť so mnou celá, keď ju potrebujem.

5. Zmeny vzdelávania (obsahové aj formálne)

a) okrem vysokej odbornosti medicínskej a ošetrovateľskej, klásť pri výuke dôraz na získavanie praktických návykov žiadúceho správania prostredníctvom etických cvičení, psychologických hier a rôznych modelových situácií. To umožní sebazpoznávanie, formovanie pozitívnych osobnostných vlastností, schopnosť empatie, vžívanie sa do problémov iných a tým rozvíjanie samostatnej tvorivej činnosti v procese dozrievania profesiovej stránky osobnosti zdravotníka.

b) osobitne by sme chceli poukázať na potrebu nácviku komunikatívnych schopností, rôznymi formami a úrovňami komunikácie, v samostatnom vyučovacom predmete.

c) z formálnych zmien sa ukazuje nutným posunúť hranicu, kedy sa jediniec rozhoduje pre ošetrovateľské povolanie. Východiskom by malo byť ukončené všeobecné stredoškolské vzdelanie, na ktoré by nadväzoval graduovaný systém základného pomaturitného štúdia cez vysokoškolské bakalárske, magisterské a doktorandské štúdium. Pri výbere na povolanie by bolo vhodné prihliadať na osobnostné vlastnosti, hodnotovú orientáciu, získané výchovu od útleho detstva.

d) je samozrejmosťou, že humánneho človeka môžeme vychovať len v humanizovanom systéme školstva.

Záverom chceme zdôrazniť, že morálka je vždy určitým vzťahom k človeku (k inému i k sebe samému). Morálne zodpovedná osobnosť, ktorá sa riadi svedomím, je schopná rozoznávať dobro a zlo na základe riešenia mravných konfliktov a vnútornej skúsenosti. Len ľudsky bohatá osobnosť si dokáže vytvoriť k trpiacemu človeku vzťah neponižujúceho milosrdenstva a pomôže mu prekonávať pocity úzkosti, osamotenosti, bezmocnosti a straty zmyslu života.

Literatúra

1. Bergson, H.: Dvojí pramen mravnosti a náboženství, Praha, 1936.
2. Biblia, Slovenská evanjelická cirkev a.v. v ČSSR, 1989.
3. Marcel, G.: K filozofii naděje, Praha, 1971.

A: PhDr. M. Nemčeková, CSc., Ústav ošetrovateľstva, JLFUK, Sklabinská 26, 03753 Martin.

ETICKÉ PROBLÉMY V DIALYZAČNEJ LIEČBE

A. Kováč

Morálne a etické princípy a pravidlá regulujú život spoločnosti a uplatňujú sa v rôznych oblastiach spoločenského života počnúc rodinou a školou až po zamestnanie, náboženstvo, sexualitu, a pod.. Princípy tvorby morálnych pravidiel vychádzali zo základných potrieb človeka a to jednak telesných (jedlo, majetok, zdravie) ako aj psychických (sebarealizácia, kariéra, moc a pod.). V priebehu vývoja spoločnosti sa tieto princípy menili. Tak napr. v otrokárskej spoločnosti bolo "morálne" zbiť alebo aj zabiť otroka, nie je to dovolené ale naopak odsúdeniahodné v modernej spoločnosti.

Dnešné humanistické pravidlá morálky a etiky možno zhrnúť do 3 základných princípov: 1. princíp nepoškodenia (nezabiješ, nepokradneš, atď.), 2. princíp pomoci (pomôcť inému, hlavne slabým a chorým), 3. princíp uznania a podriadenia sa týmto pravidlám. Praktické uplatňovanie týchto základných princípov je potom závislé od prevládajúceho svetonázoru spoločnosti a jedinca. V lekárskej a zdravotníckej morálke sa uplatňujú takisto všetky 3 základné princípy. Lekár a zdravotník podriaďujú svoje konanie predovšetkým pravidlu prikazujúcemu pomôcť chorému človeku.

V oblasti dialyzačnej liečby dochádza k dvom hlavným rozporom medzi požiadavkami morálky a konaním lekára:

A) poskytnutie pomoci (liečby) v podmienkach obmedzených ekonomických možností,

B) rozpor medzi druhým a prvým princípom, t.j. keď poskytnutie liečby a udržovanie života (princíp pomoci) vedie k tak výrazným odchýlkam od "normálneho" života, že sa stáva zdrojom útrap (porušenie princípu nepoškodenia).

Ad A) Pri poskytovaní dialyzačnej liečby sa vo väčšine zemí sveta stretávame so selekciou pacientov v dôsledku nedostatočnej kapacity. Dialyzačná liečba je totiž veľmi nákladná, t.č. cca 400 000 Kčs na jedného pacienta ročne, takže neúmerný podiel finančných zdrojov pripadá na pomerne malú skupinu pracovne nevykonných alebo práceneschopných pacientov. Preto rozsah liečby poskytovanej v jednotlivých zemiach je priamo úmerný ich ekonomickej sile. Pokiaľ v SR sa poskytuje liečba cca 180-tim pacientom na milión obyvateľov, západoeurópsky priemer je medzi 300 až 400 pacientov/mil. obyvateľov, kdežto v Japonsku sa lieči viac ako 700 pacientov/mil. obyvateľov. Pretože incidencia nových prípadov pacientov s obličkovým zlyhaním je 60–80 pacientov/mil. obyvateľov ročne a už liečení pacienti dlhodobo prežívajú, prakticky všade prekračuje počet pacientov kapacitu dialyzačnej liečby. Nedostane preto pomoc každý, kto by ju potreboval. Lekári vypracovali kontraindikácie dialyzačnej liečby, teda podmienky, pri ktorých sa nemôže alebo nemusí uskutočniť (Tab. 1.).

Z tabuľky je zrejmé, že pri nemožnosti napojenia prístroja na obeh pacienta (nemožnosť a.v. fistuly alebo jej zlyhanie) sa hemodialýza nedá vykonať. Problematické sa stávajú pri individuálnom rozhodovaní relatívne kontraindikácie, napr. slepí diabetici s renálnym zlyhaním môžu ďalej žiť ovšem za podmienok slepoty, ustavičného pichania inzulínu a závislosti na dialyzačnom prístroji. Okrem týchto medicínskych kritérií sa dostáva lekár do morálnych rozporov pri posudzovaní dvoch rovnakých pacientov, napr. dvoch mladých žien, z ktorých jedna má malé dieťa, je však k dispozícii len jedno dialyzačné miesto. Táto okolnosť už však vlastne nie je medicínskym ale sociálnym prvkom. Jedným z kritérií v týchto prípadoch by mohlo byť časové poradie: "kto príde skôr, ten bude zaradený do liečby". Tak sa ovšem môže stať, že sa prijme 70-ročný diabetik a neprijme mladá žena s dieťaťom. Zohľadňovanie veku je však tiež rozporné, mladý pacient je síce "perspektívny", starý pacient však oponuje: "celý život som pracoval a teraz nemám dostať liečbu? Ten druhý ešte nič nespravil". V podmienkach dostatočnej kapacity všetky tieto úvahy odpadajú a výber sa stáva nepotrebným. Z uvedeného vyplýva, že pacient žiada pomoc, lekár ju chce poskytnúť, ale nemôže. Vinník sa nedá nájsť, pretože "vinná" je vlastne celá spoločnosť, lebo nevyrába dostatok prostriedkov pre zabezpečenie liečby. V jednotlivom konkrétnom prípade však neprijatie do liečby znamená smrť jednotlivca a porušenie oboch základných morálnych princípov. Našťastie môžeme v súčasnosti konštatovať, že v posledných troch rokoch sa počet dialyzačných stredísk a tým aj dialyzačná kapacita značne zvýšili. Pokiaľ v r. 1988 bolo v SR len 7 dialyzačných stredísk, t.č. existuje v SR 21 stredísk a počet dialyzovaných pacientov sa zdvojnásobil (t.č. 920 pacientov).

Pri akútnej dialyzačnej liečbe sa táto problematika nevyskytuje, pretože sa zásadne poskytuje liečba všetkým, ktorí ju potrebujú. Vyňatí sú len pacienti so skutočnými medicínskymi kontraindikáciami, ako je napr. šokový stav, nemožnosť

cievneho prístupu, viacorgánové zlyhanie, a pod.. Aj vo vyspelých štátoch s dostatkom dialyzačnej kapacity sa stretávajúme s druhým okruhom morálnych problémov a to je poskytnutie pomoci – udržanie života dialýzou – ovšem za cenu značných obmedzení v telesnom, psychickom, pracovnom, rodinnom i sexuálnom živote pacienta, ktoré sa môžu stať tak výraznými, že znamenajú útrapy a tým vlastne poškodenie pacienta.

Ad B) Život pacienta v chronickej dialyzačnej liečbe prináša so sebou celý rad obmedzení. Vyplyva to zo samotnej liečby, ktorá trvá 4–5 hodín, zväčša 3x týždenne. Znamená to časové straty, vo väčšine prípadov práceneschopnosť, namáhavé cestovanie do strediska, bolestivé vpichy do a.v. fistuly. Sama liečba býva spojená s dyskomfortom. Sprievodná málokrvnosť vedie k zníženiu telesnej i sexuálnej aktivity. Zníženie zárobku predstavuje aj ohrozenie zabezpečenia pacienta i jeho rodiny. Trpia tým najmä muži, ktorí strácajú chorobou dominantné postavenie v rodine. Život človeka sa zmenil na existenciu systému človek-stroj. Napriek tomu sa väčšina dialyzovaných pacientov adaptuje na novú životnú situáciu dobre, psychicky ich drží vedomie zachovania života a nádeje na úspešnú transplantáciu. Morálne problémy sa vyskytujú v dvoch oblastiach:

a) U pacientov, ktorých adaptácia nie je dobrá, ktorí nespolupracujú, ktorí pociťujú obmedzenia života ako trýzeň a nedokážu sa zmieriť so svojim osudom. V ich očiach sa lekár stáva skôr stelesnením a zdrojom utrpenia, skôr škodcom ako pomocníkom. Prejavuje sa to častými konfliktami, lekár a sestry dokážu stále ťažšie presvedčiť pacienta, že mu chcú dobre, keď jemu je zle. Niektorí pacienti nachádzajú východisko v suicídii (napr. navodením hyperkalcémie po požití jedla bohatého na draslík).

b) U pacientov s komplikáciami, hlavne bolestivými, alebo vedúcimi k ďalším obmedzeniam života. Príkladom môže byť kostná choroba s bolesťami kostí, obmedzením pohyblivosti, prípadne s neutišiteľným svrbením. Iným príkladom je srdcové zlyhanie vedúce k dýchavici alebo mozgová porážka vedúca k jednostrannému ochrnutiu. Poskytovanie ďalšej pomoci (liečby) sa tu stáva predlžovaním útrap a vedie k ďalším komplikáciám a tým poškodeniu pacienta a teda k rozporu s princípom “nepoškodíš”. Zastavenie liečby sa na druhej strane rovná porušeniu princípu “pomôcť” a približuje sa k problematike eutanázie.

Morálne a etické problémy sú v oblasti chronickej dialyzačnej liečby a s ňou súvisiacej transplantácie obličiek veľmi výrazné, dosahujú hraníc medzi životom a smrťou a sú svojím spôsobom jedinečné. Uplatnenie princípov lekárskej etiky sa dostáva prinajmenej zčasti do rozporu s morálkou spoločnosti, ktorá umožňuje produkciu a nahromadenie veľkého bohatstva, zároveň však prideľuje len jeho zlomok pre pomoc chorým. Lekárska morálka je diametrálne odlišná od morálky vojenskej, na účely ktorej sa však celosvetovo vydávajú neúmerne prostriedky mnohonásobne presahujúce potreby dialýzy, transplantácie, prevencie a liečby chorôb. Ostáva dúfať, že súčasné snahy o odzbrojenie povedú k rozdeleniu prostriedkov na humanistické účely.

Tab. 1: Kontraindikácie hemodialyzačnej liečby (podľa J. Erbena, 1987)

A) Absolútne kontraindikácie	B) Relatívne kontraindikácie
1. malignita so zlou prognózou	1. rozdiel medzi biologickým stavom organizmu a skutočným vekom
2. ťažká celková arterioskleróza	2. imobilní chori
3. čerstvá mozgová príhoda	3. neschopnosť dostatočnej spolupráce
4. dlhotrvajúca srdcová dekompenzácia	4. často recidivujúca vredová choroba duodéna
5. nedostupnosť a.v. fistuly s problematickou femorálnou alebo subklaviálnou kanyláciou	5. slepí diabetici
6. ťažká kachexia	6. chori s karcinómom bez metastáz
7. chronický etylizmus s postihnutím pečene	
8. cirhóza pečene	

Literatúra

1. Erben, J.: Indikace akutní a chronické dialyzační léčby. Sborník referátů přednesených na X. Čs. farmako- terapeutických dnech, Gottwaldov, 17. – 18. 6. 1987, s. 40 – 42. 2. Kováč, A., Gerhardt, W., Schrocke, G., Fischer, R., Weilaand, P.: Hamodialyse aus der Sicht der Patienten, I u.II Dt. Gesund. Wesen, 35, 1980, č. 3, s. 107 – 110, č. 4, s. 143 – 145. 3. Kováč, A., Ukropcová, D., Menkyna, R.: Kvalita života pacientů v dlhodobom dialyzačnom programe. Lek. Obzor 30, 1981, č. 7, s. 413 – 417. 4. Schreiner, G. E.: Ethics in Nephrologic Progress. In: Bonomini, V., Scolari, M. P., Stefoni, S., Vangelista, A.: Biotechnology in Renal Replacement Therapy. Karger, Basel, 1989, s. 1 – 13. 5. Stolínová, J.: Étika a právo v lekárskej praxi. Novinky v medicíne, Avicenum, Praha, 1990, s. 1–42.

A: Doc. MUDr. A. Kováč, CSc., Katedra vnútorného lekárstva IVZ, Limbová 5, 833 05 Bratislava

PORUCHA RASTU U DETÍ – BIOETICKÝ PROBLÉM

E. Mathéová, M. Pašková

Psychosociálne problémy, ktoré súvisia s nízkou telesnou výškou jedinca sú vážne. Dieťa malého rastu je vystavené stresom pre agresiu a manipuláciu ev. sociálnu izoláciu už v rámci detského spoločenstva. V dospelosti má pocit diskriminácie a psychosociálnej deprivácie často po celý život. Liečba porúch rastu dieťaťa je preto integrovaným bioetickým problémom v zmysle zachovávaní daru života a jeho kvality.

Príčiny zaostávania rastu u detí sú rôzne: nedostatočná výživa, poruchy geneticky podmienené, chronické ochorenia (chronická renálna insuficiencia, coeliakia, atď.), deficit rastového hormónu. Správna a včasná diagnostika a adekvatná terapia týchto porúch môže účinne prispieť k zlepšeniu rastovej krivky dieťaťa. Terapeutické postupy sú rôzne v súvislosti s rôznymi príčinami zaostávania rastu u detí: kontrola výživy, u chronických ochorení, ako je chronická renálna insuficiencia a coeliakia, ide o dlhodobé monitorovanie kalcium–fosfátovej homeostázy. Deficit rastového hormónu (growth hormone – GH) je jednou z najzávažnejších príčin porúch rastu v detskom veku, ktorého liečba spočíva v dlhodobej suplementácii GH (2).

Biosyntetický rastový hormón – rekombinantný somatotropín (rhGH) je vysoko účinný a čistý preparát, ktorý sa začal podávať deťom v roku 1985. Je to polypeptid molekuly hmotnosti 22 000 zložený z reťazca 191 aminokyselín. Medzinárodné kooperatívne štúdiá (1) ukázali, že podávanie rhGH deťom s deficitom rastového hormónu vedie k štatisticky významnému nárastu telesnej výšky za rok a upravuje rastovú krivku. Terapia s GH je finančne nákladná (približne 200 000 Kčs/1 dieťa a rok) a je preto v popredí celosvetového zdravotníckeho a etického úsilia aplikovať suplementáciu GH na princípe sociálnej spravodlivosti.

V zmysle týchto iniciatív sa v súčasnosti začala i u nás v tomto roku v Česko-Slovensku liečba s RH u detí s poruchami rastu pre hormonálny deficit. Významným doplnkom etiopatogenetickej liečby porúch rastu detí je vytvorenie podmienok pre správnu sociálnu interakciu, pomocou psychickej a emocionálnej podpory zo strany zdravotníkov psychologov, sociálnych pracovníkov, ale najmä rodičov a blízkych príbuzných a okolitých detských spoločenstiev.

Integrovaná bioetická zdravotnícka starostlivosť o deti s poruchami rastu je v súlade so základnými právami detí v zmysle “Európskej charty chorých detí”. Choré dieťa však nemá byť ponímané len ako biologický objekt medicínskej starostlivosti. Práva chorého dieťaťa kodifikované v normách a bioetická analýza v tejto súvislosti majú byť základným východiskom k plneniu princípov mravnosti a ľudského úsilia v zmysle úcty a lásky k človeku.

Literatúra

(1) Genentech Collaborative Study Group. Idiopathic short stature: results of a one-year controlled study of human growth hormone treatment. J. Pediatr., 115, 1989, p. 713 – 718. (2) Isaksson, O., Westphal, O., Gunnarsson, R.: Proceedings of 8th International Symposium on Growth and growth disorders. Stockholm, September 1989, 158 pp.

A: Doc. MUDr. E. Mathéová, CSc., Detská klinika, Moyzesova ul. 9, 040 01 Košice

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

- **Allocation of Resources and Choices in Health Care**, October 12 – 15, 1995, Sant Cugat del Valés, Spain.
- **Inner City Psychiatry**, October 20, 1995, London, United Kingdom.
- **4th Forum of the Ethics of Caring in Paediatric Practice**, October 26, 1995, London, United Kingdom.
- **Medical Ethics in a Multicultural Society**, November 21, 1995, London, United Kingdom.
- **Paediatrics, Ethics and Law**, November 24, 1995, London, United Kingdom.
- **Euthanasia: Towards a European Consensus?** November 24 – 25, 1995, Brussels.
- **Randomised Controlled Trials: Ethical and Legal Issues**, November 28 – 29, 1995, London, United Kingdom.
- **The Moral and Spiritual Implications of Medical Technology**, November 28, 1995, London, United Kingdom.
- **Ethical Issues in PVS**, December 8 – 9, 1995, Bonn, Germany.
- **Journées annuelles d'Ethique**, January 26 – 27, 1996, Paris, France.

OVERSEAS/ZÁMORIE

- **Values of Health Care: Diverse Perspectives**, October 12 – 15, 1995, San Diego (USA).
- **Sixth International Congress on Ethics in Medicine**, October 22 – 25, 1995, New York (USA).
- **Dilemmas in Decision Making**, November 2 – 3, 1995, Morristown, New Jersey (USA).
- **Ethical Issues in the Protection of Human Subjects**, November 13 – 14, 1995, Baltimore (USA).

● **Health care Ethics in a Multicultural Society**, November 23 – 25, 1995, Vancouver, Canada.

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

AKTIVITY A AKCIE ÚMEB/ACTIVITIES OF IMEB

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

- **Workshop: Etické komisie**. 9. 12.1995 (zmena termínu!), 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 časopis ME&B v roku 1995 vychádza štvrťročne. Pôvodná cena predplatného sa nezvyšuje.** Prosíme o láskavé ospravedlnenie oneskoreného vydania tohto čísla časopisu (technické dôvody).

– For **financial and organizational reasons** the ME&B journal is published as a **quarterly in 1995. The price of subscription remains unchanged.** Editors apologize for the delay of publishing of this issue of the journal (technical reasons).

● 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.

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 redakcií a recenzie. Príspevky a materiály uverejňuje v slovenskom alebo anglickom jazyku. Vybrané materiály vychádzajú dvojjazyčne. Vedecke 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