

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Spring - Sommer 1999 Vol. 6 No. 1 - 2

OBSAH / CONTENTS

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

PÔVODNÉ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLES

THEORIES ON MORAL STANDING OF THE HUMAN EMBRYO AND FETUS - PART II. SCRIPTURE-BASED THEORIES *

Robert W. Evans

Abstract

Part II. of two parts reviews two most prominent Scripture-based theories concerning the moral standing of the embryo and fetus, i.e. assigning moral standing and a right to life either at the birth or at the conception. Author concludes, that though each life is differentiated in many ways from the initial moment of conception, each and every human preembryo, embryo and fetus possesses the very nature, value and dignity of being the imago Dei. As such, each human being, from the very earliest moment of conception, ought to be regarded as having moral standing and a right to life.

Key words: human embryo and fetus, moral standing, right to life, conception, birth.

Having considered several of the more prevailing non-scriptural theories concerning the moral standing of the embryo and fetus (1), we now turn to a discussion of scripturally-based theories. From the Bible, both birth and conception may be argued as the event at which time an entity may be assigned moral standing and a right to life. Here, both will be considered in turn.

Birth

One argument that may be advanced from the Scriptures is that moral standing is acquired at the moment of birth. In Genesis 2: 7 it states that "...the Lord God formed man out of the clay of the ground and blew into his nostrils the breath of life, and so man became a living being." According to this theory, since Adam became "a living being" at the moment he received breath, so each life is assigned moral standing at the moment it takes it's first breath; namely, at birth. Of course, under this construction, partial-birth abortion is mo-

* Part II. of two parts. Part I. Secular Theories was published in *Medical Ethics & Bioethics*, Vol. 5, 1998, No. 3-4, p. 1 - 6, 15.

Reklama

Advertisement

rally permissible and may be argued as compatible with biblical teaching.

There are several significant problems with this theory of moral standing. First, this view stands only if one is willing to argue that the factors involved in the creation of Adam ought to be considered normative. However, any such perspective is surely tilted. In the creation narrative, we see God personally fashioning Adam out of the clay of the ground - we are born of mother's wombs. God created Adam as a full human adult - we begin with conception, proceed through gestation, and are born. The first oxygen that Adam received was expelled from the very mouth of God - we first received oxygen while still in the womb. God created Adam as *néphesh*, or soul; he was a complete person - we proceed through various stages of maturation [1]. Indeed, there are too many unique features involved in the creation of Adam for one to reasonably argue that the various characteristics attending to the beginning of his life should be considered normative.

Second, when the biblical genealogies record that "so-and-so begat so-and-so," no precise differentiation between conception and birth is intended. Rather, it appears that God has crowned human beings with a spiritual-moral nature and that all requisite minimal features of God's image are present in each stage of humanity between conception and birth [2]. In support of this argument, one need only consider the poem of David, to be sung by all (Ps 51), and note that he considered himself to be a spiritual being between the time of conception and birth (Ps 51:7-8). David remarked that at the very moment of conception that he was both sinful and in possession of a conscience. Elsewhere, David states that God had been his guide from the moment that he was formed and that he later came to trust God at his mother's breast (Ps 22:10). Furthermore, Job provides us with a very transparent metaphor in which he views himself as having been formed and fashioned in the womb by the hands of God: "Your hands have formed me and fashioned me; will you then turn and destroy me? Oh, remember that you fashioned me from clay! Will you then bring me down to dust again? Did you not pour me out like milk, and thicken me like cheese? With skin and flesh you clothed me, with bones and sinews knit me together. Grace and favor you granted me, and your providence has preserved my spirit." (Job 10:8-12).

So while Adam was personally formed by God outside of the womb, here we find that humans are personally formed by God inside the womb—before they take a breath!

The theory of basing moral standing on birth or breath fails on several grounds. In short, this view is neither exegetically sound nor theologically tenable.

Conception

Another scriptural theory concerning moral standing regards conception as the defining event. According to this theory, an early embryo is conferred moral status as a human being, along with a corresponding right to life, at the moment of conception.

One of the more intriguing arguments concerning the conception theory has been advanced by Nigel Cameron [3]. Cameron frames his argument from the theological implications of the incarnation of Jesus Christ. According to this view, the life of Jesus Christ must have begun in His embryonic biological state due to the fact that this is the time at which He was conceived (rather than being created as a fully functioning person) and that such was necessary in order for Him to take on true manhood. Accordingly, it was at the moment of conception at which Christ's life-story began. Moreover, it is argued that the reason why God could take up residency within

a human being is because humans are already created in the image of God.

Therefore, in order for God to become truly man, His image must be present in the embryo prior to any quality of functioning on the part of the embryo. In other words, Mary's ovum must have contained all of the necessary qualities of God's image in it in order for God to assume the beginning of His earthly life in its substance. As Cameron summarizes, "...for God to become man by the miraculous fertilising [sic] of one of Mary's ova, it is necessary that a fertilised [sic] ovum should be image-bearing already and of its own nature." [4]

One potential weakness in Cameron's theory arises from his use of the term "fertilised" [5]. Modern biology holds that fertilization is a process over time, not an event in time [6]. Furthermore, fertilization includes the period of time during which the sperm is being prepared in both the male and female reproductive tracts prior to fusing with the egg, and the approximate twenty-four-hour period after the sperm penetrates the outer surface of an egg (i.e., oocyte) [7]. Only toward the end of this process do the chromosomes of both the sperm and egg align themselves (a process known as syngamy) and form a new genome. The process of syngamy culminates in the fertilized egg becoming a single-cell zygote. Conception is defined as "the process of becoming a zygote" [8].

In requiring that the process of fertilization be a completed act (i.e., "fertilised ovum") prior to locating the image of God within its substance, Cameron creates a problem. What is the moral standing of the entity during the early and intermediate stages of fertilization? Would it be morally permissible to terminate the process of fertilization at some point prior to the twenty-fourth hour? The answers to these questions appear to have considerable bearing upon the moral appropriateness of certain contraceptive and birth control methods. By stating that the "fertilised ovum" is image-bearing, Cameron (perhaps quite unwittingly) has left open the possibility that it is morally permissible to terminate an ovum that is still in the process of fertilization, and not yet completely fertilized.

Cameron's position would be strengthened if he were to concede that the image of God is located in the "fertilising ovum," [sic] rather than in the "fertilised ovum." Such would place the imputation of God's image in human beings at the initial moment of conception (i.e., fusion of sperm and egg), rather than at the completed stage of fertilization.

However, this does not resolve all of the issues of concern. Clinically, it is exceedingly difficult to determine the precise moment at which conception begins because women can vary considerably in their ovulation cycles. Often, women are instructed to note the date of the beginning of their last menstrual period and count that day as zero, or the moment of conception. However, most women produce an egg fourteen days after their last menstrual period resulting in the embryo already being "two weeks old" at the moment of conception. The actual age of the embryo then continues to be approximately two weeks off throughout the course of the pregnancy. As such, even in situations where a woman is able to identify the last occurrence of sexual intercourse, it remains nearly impossible to state with any degree of certainty the precise moment of conception.

In many cases, this point is moot. The preembryo begins implantation into the uterine wall at approximately six to nine days, and is usually completely imbedded into the uterine wall at ten days. Once implanted, pregnancy is regarded as established. [9, 10] Therefore, by the time a woman has learned that she is pregnant, both conception and fertilization have already taken place and are then completed processes. However, the problem of pinpointing the moment of conception still has moral implications

for the use of abortifacients. This quandary is in need of resolution.

In the biblical narrative, the angel Gabriel advises the virgin Mary that she will "...conceive and bear a son..." [11]. Emphasis is placed upon conception - the point at which fertilization begins - not on completed fertilization. Arguably, the image of God is imparted to human beings at the beginning of the process of fertilization, and moral standing and a corresponding right to life are, therefore, conferred at the initial moment of conception. On such a view, the use of any abortifacients that terminates pregnancy pursuant to conception would be morally prohibited. [12]

Summary and Conclusions

The purpose of this discussion has been to examine several of the more prominent religious theories concerning the moral standing of the human embryo and fetus. The results of this study suggest that moral standing, and a corresponding right to life, are conferred contemporaneously with the imputation of the imago Dei (i.e. image of God) at the earliest moment of conception. In short, moral standing is assigned anywhere and everywhere that human biological life has been initiated. Such a view prohibits moral standing from being attached to, or predicated upon, any quality or activity of functioning. Attaching God's image to any functional capacity or quality results in the thorny predicament of defining the bases of the grounding for moral standing and a right to life for those persons in whom the specified quality or qualities are absent or diminished (e.g., mentally retarded, disabled, comatose, morally aberrant, etc.). Rather, where human biological life has begun (regardless of its limitations or stage of development), there is God's image.

In summary, though each life is differentiated in many ways from the initial moment of conception, each and every human preembryo, embryo and fetus possesses the very nature, value and dignity of being the imago Dei. As such, each human being, from the very earliest moment of conception, ought to be regarded as having moral standing and a right to life.

References

- [1] Johannes Pedersen, *Israel, Its Life and Culture I-II* (London: Oxford University Press, 1926), 99-181.
- [2] Bruce K. Waltke, "Reflections from the Old Testament on Abortion", reprinted in *The Journal of the Christian Medical Society*, 19/1 (1988): 24-28.
- [3] Nigel M. de S. Cameron, ed., *Embryos and Ethics* (Edinburgh: Rutherford House Books, 1987), 12-13.
- [4] *Ibid.*, 12-13.
- [5] I wish here to express my appreciation to my friend, Vincent Ling, PhD, Staff Scientist in Immunology at the Genetics Institute in Cambridge, MA. Dr. Ling reviewed and commented upon the following section of the manuscript which deals with human biology and embryology. I gratefully acknowledge his assistance.
- [6] For a more complete description of the fertilization process, see C. R. Austin, *Human Embryos* (Oxford: Oxford University Press, 1989), 1-41; and, Clifford Grobstein, "The Early Development of Human Embryos", *Journal of Medicine and Philosophy* 10 (1985): 213-36.
- [7] W. Richard Dukelow and Kyle B. Dukelow, "Fertilization", in *The Encyclopedia of Human Biology*, Vol. 3, edited by Renato Dulbecco (San Diego, Calif.: Academic Press, 1991), 599.
- [8] Webster's Third New International Dictionary (Springfield, Mass.: G. & C. Merriam, 1971), 469.
- [9] Christopher Vaughan, *How Life Begins: The Science of Life in the Womb* (New York: Times Books, 1996), 8.
- [10] At about the fourteenth day, a dark-colored linear streak appears along the axis of the fertilized egg. At the fore-end of this streak - known as the "primitive streak" - the head will eventually be formed. The appearance of the primitive streak marks the beginning of the embryonic stage. Accordingly, it is most appropriate to refer to the early fertilized egg as a preembryo prior to approximately fourteen days. See Clifford Grobstein, "The Early Development of Human Embryos," ..., 213-36; and, Christopher Vaughan, *How Life Begins...*, passim.
- [11] Luke 1.31.

[12] The reader is here reminded that the purpose of this discussion is to locate the moral standing and right to life of the human embryo and fetus, not to define personhood. Indeed, a curious difficulty arises when one attempts to define personhood and personal identity as a function of conception. Sometimes there are genetic deficiencies that prohibit successful zygote development, though conception is said to have been successful. If conception were to be regarded as the moment that human personhood and personal identity are conferred, then it necessarily follows that each time a human zygote does not develop, or for that matter, does not implant (a situation which occurs over 50 per cent of the time, even though the embryo may be normal), it would signal the death of an individual. Moreover, these events generally occur quite spontaneously and usually without any awareness on the part of the mother or her physician. Indeed, it would make for a very difficult scenario should one regard each such event as a loss of a person. Rather, here we are content with the more modest claim that at least moral standing and a right to life are afforded at the moment of conception.

Evans, R. W.: *Teórie o morálnom postavení ľudského zárodka a plodu. Časť I. Biblické teórie. /Theories on Moral Standing of the Human Embryo and Fetus. Part II. Scripture-based Theories. Medical Ethics & Bioethics / Medicínska etika & Bioetika, Vol. 6, 1999, No. 1-2, p. 1-4.* Druhá z dvoch častí práce rozoberá dve najvýznamnejšie biblické teórie o morálnom postavení ľudského zárodka a plodu, t.j. uznanie ľudského morálneho statusu a práva na život od momentu narodenia, alebo od momentu počatia. Autor uzatvára, že hoci každý individuálny život sa v mnohom ohľade diferencuje od okamihu počatia, predsa každé ľudské preembryo, embryo a plod majú skutočnú ľudskú podstatu, hodnotu a dôstojnosť vyplývajúcu zo skutočnosti, že sú obrazom Boha. Z tohto dôvodu každému ľudskému jedincovi od najčasnnejšieho momentu počatia je potrebné priznať ľudský morálny status a právo na život. *Kľúčové slová:* ľudské embryo a plod, morálny status, právo na život, počatie, narodenie.

Received: November 30, 1998, accepted: December 9, 1998.

Author's present address: Dr. R. W. Evans, P. O. Box 820, Auburn, CA 95604-0820, U.S.A.

BIOETHICS IN THE PERIOD OF TRANSITION*

Jozef Glasa¹, Ján Bielik², Ján Ďačok³, Helena Glasová⁴, Mária Mojžešová³, Ján Porubský⁵

¹Department of Clinical Pharmacology, Slovak Postgraduate Academy of Medicine, Bratislava; ²Department of Internal Medicine, City Hospital, Nové Mesto nad Váhom; ³Institute of Medical Ethics and Bioethics (⁴Foundation), Bratislava; ⁵Institute of Pathology, Faculty of Medicine, Comenius University, Bratislava; Slovak Republic

Abstract

In Slovakia, bioethics was developed as a theoretical and medical practice-oriented discipline after the so-called Velvet Revolution in the year 1989, when the need of a profound economical, social, and cultural reform was felt as an indispensable prerequisite of the prosperous rise of the society. In the field of medicine and health care this transition was marked by an unprecedented interest in the old and novel ethical problems, brought in by the development of medicine itself, and by the necessary reforms of the national health care system (HCS). Since 1990 institutions of bioethics were created in a step-wise manner: Central Ethics Committee of the Ministry of Health (1990), Chair of Medical Ethics of the Postgraduate Medical School (PMS) in Bratislava (1991) - later on developed into the Institute of Medical Ethics and Bioethics (IMEB) of PMS and the Faculty of Medicine of the Comenius University in Bratislava (1992). Research ethics committees were set up in the research institutions and major hospitals in the country, according to the guidelines issued by the Ministry of Health (1992). *Medical Ethics & Bioethics*

* Paper presented as an abstract at the 4th Congress of International Association of Bioethics, Tokyo (Japan), November 1998.

(an international journal, quarterly, bilingual (Slovak - English)) was started (1994). First texts in Slovak language on medical ethics for university students (1994) and on nursing ethics (1998) were written. Postgraduate (since 1991) and regular undergraduate education (1992) of health care professionals (doctors and nurses) were established. Several international congresses, conferences and postgraduate courses were held. Multiple international contacts, exchange and collaboration were developed simultaneously.

Key words: transition, medical ethics, bioethics, health care reform.

In this paper we would like to share with you some thoughts and reflections stemming from our recent experience of developing bioethics, as a theoretical and, at the same time, practice-oriented discipline, in the conditions of unexpected, exciting, but difficult transition period, that our country - Slovak Republic - has experienced, together with other Central and Eastern European countries, since the fall of the "Iron Curtain" in Europe in 1989 - 1990.

Bioethics in Slovakia was born as an initiative of self-educated physicians, theologians, philosophers and members of other disciplines, that survived and grew up scientifically and morally in the underground or in privacy. It embodied in its protagonists different traditions of the medical ethical thought inherited from the past. From the very beginning it has been enriched by the intellectual input of the western traditional and modern (and 'postmodern') philosophical thought. Soon on, the original input of the research and study efforts in the field, as well as the work of national research institutions and various professional and scientific organizations became visible.

The Phenomenon of Transition

The phenomenon of transition could be seen as the "normal state of affairs" for the Man and the Mankind as a whole, while walking down the decades and centuries in this transient world. Transition might be nearly or fully invisible for the insiders. However, there are situations and periods in the individual, group or societal life, when the phenomenon of transition is especially strongly perceived by many. There are many other aspects of this phenomenon, some have been collected in the Figure 1.

Figure 1: Some Aspects of the Phenomenon of Transition

- Transition - "normal" state of the affairs: Man and Mankind walking in the transient world.
- Meaning of transition: (Dis-)oriented progress?
- Transition and the "problem of the firm point in the Universe". (Archimedes)
- (Bio-)Diversity, the mantra of "Pluralism", clonig of minds?
- The "postmodern" life-pesimism and the problem of Hope.
- The values of Man and the value of Man in transition.
- "Eternal" bio-ethical problems and the new (post-)modern dilemas.
- The under-development of a common moral grounding.

The values of Man are at stake in the period of transition. The less visible, but far more important drama behind the scene is concerned with the value of Man him-

self - herself. Figure 2 shows some of the famous "hot topics" of contemporary bioethics debate worldwide. The eternal themes are completed by new disturbing dilemmas. The hazards of the global debate in the transition period are caused, among other features, by an unprecedented under-development of a common moral grounding for the solution of both interesting and important quandaries faced.

Figure 2: Hot Topics in Bioethics

research in human subjects, in vitro fertilization, human cloning, assisted reproduction in man, birth and population control, withholding and withdrawing of the treatment, futile treatment, euthanasia, abortion, assisted suicide, surrogate motherhood, transplantation, xenografting, resource allocation and rationing in health care, implantation of artificial organs, equity in health, right to the health care, gender perspectives on health, sexual and reproductive health, patients' rights, physician-patient relationship, the goals of medicine (etc.)

Central and Eastern Europe in Transition, 1990-ies

The fall of the so-called "communist" - totalitarian regimes in the Central and Eastern Europe in 1989/1990 started the new, un-precedent period of transition in this part of the Old Continent (Figure 3). It has not yet stopped to be painful and complicated. Many questions are still raised and answers sought continue being unclear and difficult. The "old" problems inherited from the past combine themselves with the new challenges for "young" democracies. The problems of contemporary societal transition pose a serious challenge to the bioethics (to the "ethics of life") as well.

Figure 3: Transition in Central and Eastern Europe in 1990-ies

Transition to What? To Whom? Where?
For Whom? At What [Kind(s) of] Cost(s)?

- The fall of the so-called "socialism".
- The rise of nationalism(s), hatred, neo-colonialism, violence, suffering, poverty, etc.
- The problems inherited from the past, new problems imported and developed.
- New economical, political, social and cultural challenges for "new democracies".
- Nostalgia(s) after "Uncle State".
- New people wanted! Where one could get them?

While there is still some nostalgia commemorating the "Uncle State", the overall progress hardly could be stopped. New people are wanted to shape the paths of transition successfully - they are expected to find answers for many practical questions, and also for those posed from the moral point of view.

Bioethics and Society in Transition - Slovakia

In Slovakia, the new democratic developments, especially at the beginning, were connected with the set of positive moral values stemming from the centuries-long Christian tradition (e.g. the leading political movement was called "People against Violence", in Czech Republic it was called "The Citizens' Forum"). A moral re-newal was seen as an important pre-requisite for a successful reform of the society and all public structures - damaged

or compromised by the late “communism”. The contribution of bioethics, soon after its birth in 1990, was expected to be “practical” - not only theoretical one. These expectations were not limited to the field of medicine, health care, environment or other life sciences. They included also a re-introduction of the “old” good values and virtues to the society as a whole. The story was far more complicated, however.

Medicine and health care, of course, were the fields of major public interest. The profound reform of the health care system, together with some “humanization” and improvement of existing medical care, were deemed more than necessary. Main characteristics of the **health care system reform** of in Slovakia are given in Figure 4. The complicated transition from the state-owned, centrally planned, fee-free health care system to a more decentralized one has been the major trend of the changes undertaken.

Figure 4: Main Characteristics of the Health Care System Reform in Slovakia

- Transition from the state-owned, centrally planned, fee-free health care to a more decentralized system, with a considerable proportion of the private sector.
- The right to the health care re-affirmed in the Constitution of the Slovak Republic, the state-guaranteed extent of care specified in the law.
- New system of funding: compulsory health insurance with a pluralism of health insurance companies, direct participation of the patient continuously increased (payments for some health care services, some drugs, etc.).
- Privatization (the primary care, dental care, pharmacies, some outpatient specialists).
- New system of the state management - marked decentralization.

The overall conviction about the necessity, and major expectations from the moral re-newal and humanization of medicine in the country created a fruitful atmosphere in which the birth and early **development of Slovakian bioethics** took place. It could be analysed from two different aspects:

- 1) The activities, structural developments and building of institutions of bioethics as a new discipline;
- 2) The concrete impact on professional, individual and societal thinking and behaviour.

The second aspect is very difficult, and perhaps also too early to assess at present: the period of transition as characterised above is still not over in Slovakia. Therefore we concentrate further on the first aspect mainly.

The people coming to the field of bioethics in Slovakia, composing the **“manpower” of the new discipline**, were members of different societal groups. The major group consisted of the former dissenters against totalitarian ethics and ideology. The other was composed of former university teachers of the so-called scientific “disciplines” of marxism - leninism, educated in abundance during previous political regime. The third group were pupils or proponents of different interest groups, “schools”, ideologies and value systems present in contemporary world bioethics. They were coming, or supported financially and “scientifically” from abroad.

The concrete developments achieved by Slovakian bioethics since the year 1990 might be divided into several areas: 1) “institutionalization” of bioethics in Slovakia, 2) legal developments important for the health care, medicine and bioethics, 3) participation in the professional and in the general public debate, 4) international collaboration and exchange.

The major **legal developments** of importance for the field of medical ethics and bioethics in Slovakia are shown in the Figure 5. The most important improvements were connected with passing of the new law on health care (The Law No. 277/1994) and the new law on drugs (The Law No. 140/1998). They, among other provisions, re-affirmed the rights of patients, the protection of subjects, and gave the necessary legal backing for the on-going transformation processes.

Figure 5: Legal Developments Important for Bioethics

- 1991 - novelization of the health law (Law No. 419/1991)
- 1992 - Constitution of the Slovak Republic (the right for the health care re-affirmed)
 - new laws on professional organizations of the health care workers (Laws No. 13, 14, 27/1992)
 - Guidelines on Ethics Committees in Health Care Facilities and Biomedical Research Institutions (guidelines of the Ministry of Health Slovak Republic)
- 1994 - new health law (Law No. 277/1994 on Health Care)
- 1998 - new Law on Drugs (Law No. 140/1998)

The most important steps of creation and development of the **“institutional” basis** of bioethics in Slovakia are given in the Figure 6. Within the “bioethics institutionalization” efforts in Slovakia - besides the foundation of the national research, teaching and information bioethics centre, i.e. the Institute of Medical Ethics and Bioethics in Bratislava; the “field working places” of bioethics, i.e. the ethics committees in biomedical research institutions, major teaching hospitals and regional hospitals - also the regular teaching of medical ethics, nursing ethics and bioethics has been started at the faculties of medicine, the nursing schools and in the postgraduate education and training of the health professionals. The opinion of ethics committee is asked nowadays within the review process of the biomedical research projects (including the clinical trials of new drugs), and, to some extent, in decision-making schemes concerning some health resources allocation problems, and also in solving of various ethical problems or considerations arisen from the everyday medical and nursing practice.

Figure 6: Bioethics “Institutionalization” in the Slovak Republic

- 1990 - Central Ethics Committee of the Ministry of Health
- 1991 - Chair of Medical Ethics at the Postgraduate School of Medicine (Bratislava)
- 1991 - ethics committees in the research institutions and in the major hospitals
- 1992 - Institute of Medical Ethics and Bioethics, Bratislava (national research, teaching and information centre in medical ethics, nursing ethics, health care ethics and bioethics)
- 1994 - scientific journal - Medical Ethics & Bioethics (English/Slovak, quarterly)
- 1995 - Commission for Bioethics of the Catholic Bishops’ Conference (Bratislava)
- 1997 - re-vitalization of the Central Ethics Committee of the Ministry of Health

A specific feature of these developments has been an important interest and support from the Ministry of Health, especially in the beginning phase of those efforts. The overall characteristics of the relationships between **“bio-ethics” and the Ministry of Health** could be given in the form of following “periodization”:

- The period of enthusiasm (1990 - 1993): marked by a very positive attitude and support given by the Ministry; conceptual work and various activities of the Central Ethics Committee; organization of two big international congresses in Bratislava (1991, 1992) and several international conferences; foundation of the Chair of Medical Ethics and the Institute of Medical Ethics and Bioethics, etc.;

- The period of disappointment (1993 - 1996): new ministry wrongly perceived the activities in bioethics as “political” ones; some suppression of the work of the Central Ethics Committee; lack of the support to the local ethics committees; slowing - down the process of implementation of bioethics in health care facilities and research institutions; lesser amount of international activities and exchange, etc.;

- The period of realism (1997 - till now): marked by growing understanding by the Ministry of the role and possible contribution of bioethics within the health care and its reform (including several provisions contained in the new health legislature); growing acceptance and support of the international collaboration and exchange (including the activities of the Council of Europe, the integration efforts towards the European Union, etc.); revitalization of the Central Ethics Committee work, etc.

The most important **guidelines** and **bio-ethics publications** and documents produced during the first developmental phase are listed in the Figure 7.

Figure 7: Guidelines and Important Bioethics Documents and Publications

-
- 1992 – Deontological Code of the Slovak Medical Chamber
 - Guidelines on Ethics Committees in Health Care Facilities and Biomedical Research Institutions
 - Questionnaire for Investigators and Reviewers (developed by Prof. T. R. Niederland, the useful aid for the research ethics review committees)
 - 1993 – book “Clinical Aspects of the Evaluation of New Drugs”, Niederland, T. R., Džúrik, R. (Eds.), (first book on GCP in Slovak language)
 - book “Contemporary Problems of Medical Ethics in Central Europe”, Glasa, J. (Ed.) (first international publication in bioethics)
 - 1994 – book “Selected Chapters of Medical Ethics”, Šoltés, L. et al. (first textbook of medical ethics for medical students in Slovak language)
 - 1998 – book “Nursing Ethics I.”, Glasa, J., Šoltés, L. (Eds.) (first book on nursing ethics in Slovak language)
 - book “Health Care under Stress”, Glasa, J., Klepanec, J. (Eds.) (first international book on resource allocation and rationing published in Slovakia)
-

They document both the effort of producing the texts in Slovak language with direct impact on the professional community in the country, as well as to built simultaneously the information and scientific links with the European and global bio-ethics. The later tendency is clearly expressed by **numerous international activities** and exchange work undertaken by the Slovak bio-ethicists during the last few years. The numerous international conferences organized so far in Bratislava have built

a nice tradition of the West-East bio-ethics meetings, with hundreds of participants, an atmosphere of open - minded and fruitful discussions, contacts and collaboration and modern net-working in the field.

A distinctive feature of the development of bioethics in Slovakia has been the existence of a broad **public debate** on various problems of medicine and health care, broadly covered, substantially influenced, or sometimes even started by the media (press, TV, radio). The major contributors to this debate might be listed as follows:

- Central Ethics Committee at the Ministry of Health (ethics review of legislation proposals, statements to various health care problems, humanization efforts and education activities, input into the media space);

- Institute of Medical Ethics and Bioethics, Bratislava (under-graduate and postgraduate teaching activities, research, information centre, scientific publications, media input);

- Local ethics committees (ethics review of research projects, opinions to ethical problems of the local health care, local bioethics education activities);

- Slovak Medical Association and its member Societies (statements on the concrete medical-ethical problems);

- Slovak Medical Chamber (professional ethics of the physician, Deontological Code, statements including ethical aspects of various problems of the health care system and of the professional ethics of the physician);

- Slovak Chamber of Nurses (Professional Code of the Nurse, statements on various problems of health care and of the professional ethics of the nurse);

- Slovak Association of Hospitals (original proposal of the Charter of Patients’ Rights, statements including ethical aspects of various problems of the health care);

- Slovak Association of the Original Drug Manufacturers (ethical Code of practice, statements on different problems of the health care);

- Catholic Church - Commission on Bioethics of the Catholic Bishops’ Conference of Slovakia (statements on different bioethics problems from the point of view of catholic moral teaching);

- Association of Christian Physicians and Health Care Workers in Slovakia (statements on the problems of health care and of the professional ethics from the christian perspective, journal *Acta Medica Christiana Slovaca*);

- Non-governmental organisations (patient self-help groups, charity organisations (Charita, Diakonia, etc.), foundations, funds, initiative groups, etc.).

In conclusion it could be observed, that bioethics in Slovakia has made a considerable progress in quite a short period of time (about 8 years). It has been able to constitute itself as a modern, practice-oriented, multidisciplinary developed and shaped scientific discipline, whose voice is still more clearly heard in the relevant national and international fields (medicine, health care, biomedical and life-sciences research, legislation initiatives, professional and general public debates). The existing pre-requisites for the further development of bioethics in Slovakia support some optimistic expectations for the future.

References

- [1] Glasa J. (Ed.): Contemporary Problems of Medical Ethics in Central Europe. Charis, Bratislava (Slovakia), 1992, pb, 128 pages. [2] Glasa J.: Medical ethics and bioethics in the Slovak Republic (1990 - 1992). Int. J. Bioethics, 4, 1993, p. 228 - 230. [3] Council of Europe Conference on Teaching of Bioethics in Europe, Bratislava (Slovakia), Nov. 23 - 25, 1993, Med. Ethics & Bioethics (Bratislava), 1, 1994, No. 1, p. 3 - 5. [4] Glasa J., Klepanec J., Šoltés L.: Teaching of medical ethics within pregraduate and postgraduate medical education. Med. Ethics & Bioethics (Bratislava), 1, 1994, No. 1, p. 6 - 8. [5] Slovak Ministry of Health (Bratislava): National Guidelines for Ethics Committees in Health Care Facilities and Biomed-

cal Research Institutions. *Med. Ethics & Bioethics* (Bratislava), 1, 1994, p. No. 2, 6 - 8. [6] Šoltés, L., et al.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky./Selected Chapters of Medical Ethics. (In Slovak), Texts, Faculty of Medicine, Comenius University, Bratislava, 1994, 104 pages. [7] Glasa, J.: The ethical considerations in GCP, informed consent and ethics committees. In: Holomán, J., Glasa, J. (eds.) "Liver and Drugs '94", Proceedings in Hepato - Pharmacology, Vol. 1, 1995, 333 pp., Liver and Drug Fdn., Bratislava (Slovakia), p. 67 - 73. [8] Glasa, J., Holomán, J., Klepanec, J., Šoltés, L.: Ethics committees and achievement of good clinical practice, *Thérapie*, 51, 1996, s. 369 - 372. [9] Glasa, J.: Attuali controversie e future prospettive della bioetica: Un'analisi dell'Europa Centrale. Comitato Nazionale per la Bioetica: Bioetiche a confronto, Rome, (1995) 1997, 104 pgs, p. 61 - 70. [10] Glasa, J., Klepanec, J. R., Rakús, A., Mikolášik, M., Dačok, J., Mojžešová, M., Šoltés, L.: Development of Bioethics in Slovakia in the Period of Transition. In: Glasa, J., Klepanec, J. R. (Eds.): Health Care under Stress, IMEB Fdn. - Charis, Bratislava, 1998, 147 pgs, p. 131 - 139. [11] Glasa, J.: Bioethics: a case for the future of man. In: Vlavianos - Arvanitis, A., Morovič, J. (Eds.): Biopolitics. The Bio-Environment. Vol. VI, Danube River Bonds, Biopolitics International Organisation, Athens, Greece, 1998, 527 pgs, p. 80 - 84. [12] Glasa, J., Bielik, J., Porubský, J., Glasová, H.: Informed consent in health care and in biomedical research in the Slovak Republic. International Symposium on Biomedical Ethics "Informed Consent in European Reality", Zagreb, Febr. 26 - 27, 1999, Symposium Book, p. 48 - 49.

(Other literature by the author.)

Glasa, J., Bielik, J., Dačok, J., Glasová, H., Mojžešová, M., Porubský, J.: Bioethics in the Period of Transition. / Bioetika v prechodnom období. Medical Ethics & Bioethics / Medicínska etika & Bioetika, Vol. 6, 1999, No. 1-2, p. 4-8. Na Slovensku sa bioetika rozvíjala ako teoretická a súčasne aj na medicínsku prax orientovaná vedecká disciplína až po takzvanej "Neznej revolúcii" roku 1989. V tomto období sa pocítovala potreba hlbokkej ekonomickej, sociálnej a kultúrnej reformy, ako nevyhnutného predpokladu budúcej prosperity a priaznivého vývoja spoločnosti. V oblasti medicíny a zdravotnej starostlivosti bolo toto prechodné obdobie charakterizované zvýšeným záujmom o staré i novšie etické problémy, ktoré priniesol samotný vývoj medicíny, ako aj prichádzajúce reformy zdravotníckeho systému. Od roku 1990 sa postupne budovali inštitúcie bioetiky: Centrálna etická komisia Ministerstva zdravotníctva (1990), Katedra medicínskej etiky na Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (IVZ) v Bratislave (1991) - neskôr rozšírená na Ústav medicínskej etiky a bioetiky (ÚMEB) IVZ a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave (1992). Podľa smerníc vydaných Ministerstvom zdravotníctva (1992) sa vo výskumných ústavoch a väčších nemocniciach zakladali etické komisie. V roku 1994 začalo vydávanie časopisu *Medicínska etika & Bioetika - Medical Ethics & Bioethics* (medzinárodný časopis, štvrťročník, bilingválny: slovensko - anglický). Vyšli prvé učebné texty v slovenskom jazyku pre študentov medicíny (1994) a učebnica ošetrovateľskej etiky (1998). Od roku 1991 začalo pravidelné postgraduálne vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a od roku 1992 výuka medicínskej etiky na LF UK v Bratislave. Uskutočnili sa mnohé medzinárodné kongresy, konferencie a postgraduálne kurzy. Súčasne sa rozvíjali medzinárodné kontakty, vedecká a pedagogická výmena a spolupráca. **Kľúčové slová:** prechodné obdobie, medicínska etika, bioetika, reforma zdravotníctva.

Received: December 29, 1998
Accepted: January 9, 1999

Address: Dr. J. Glasa, SPAM, Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovak Republic, E-mail: Glasa@upkm.sk

ZMĚNY V NÁZORECH STUDENTŮ NA NĚKTERÉ ETICKÉ PROBLÉMY BĚHEM VÝUKY LÉKAŘSKÉ ETIKY

Tomáš Lajpek

Ústav lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy University, Brno, Česká republika

Abstrakt

Článek pojednává o některých změnách v názorech studentů na obtížné etické problémy, během výukových seminářů lékařské etiky na LF MU v Brně. Autor předkládá jednotlivé kasuistiky, ze kterých se na seminářích vychází, a doplňuje je nejobvyklejšími reakcemi studentů.

Klíčová slova: výuka lékařské etiky, postoje studentů, kasuistiky.

Ačkoli lékařská etika patří k relativně nejmladším samostatným medicínským oborům, má její výuka ve větši-

ně zemí Evropské unie již svou historií a tradici. Je to dáno mimo jiné také tím, že obtížné etické a právní problémy jsou v současné lékařské praxi stále častější, a dobrá klinická péče budoucnosti bude nutně doplněna o další aspekty terapeutického vztahu, přinejmenším o ty, které uvádí např. A. Hope v Oxfordském manuálu pro výuku lékařské etiky [2]:

1. Citlivost k etickým aspektům terapie.

2. Porozumění a znalost legislativního rámce ve kterém se budou uskutečňovat obtížná medicínská rozhodnutí.

3. Rozvoj komunikační obratnosti, aby lékař byl vhodným partnerem v dialogu s pacientem a příbuznými.

Také na Lékařské fakultě Masarykovy university v Brně budeme vstupovat do nového tisíciletí již s poměrně přesnou představou o tom, jaká má být organizace přednášek a seminářů tohoto relativně nového oboru. V několika posledních letech také můžeme zaznamenat vzrůstající zájem studentů o bioetiku. Začátky výuky lékařské etiky byly ve znamení jakéhosi odporu, neboť studenti často tvrdili, že "etika se nedá naučit" a že vlastní etické názory a postoje se odvodí až z výkonu praxe. S tímto názorem se již dnes nestkáváme. Studenti si stále více uvědomují, že etické souvislosti diagnostiky, terapie a komunikace s pacientem jsou minimálně stejně důležité, jako ovládnání diagnostických a terapeutických postupů, a etická problematika jednotlivých lékařských oborů je na našich seminářích živě diskutována.

Jeden ze seminářů je zaměřen na problematiku počátku života a technologických intervencí do lidské reprodukce. Základem tohoto semináře jsou jednotlivé kasuistiky, které však v sobě vždy obsahují také obecnější problémy. Myslím, že by bylo zajímavé shrnout, jak se studenti LF MU stavějí k některým problémům.

Hned na začátku je třeba připomenout, že zde uveřejněné závěry jsou mým osobním hodnocením. Bylo by totiž obtížné nějak objektivizovat měnící se postoje studentů. Na to, jaký má jejich názor dynamiku, má totiž vliv také ten, kdo tento seminář vede. Proto jiní učitelé mohou mít i jiné zkušenosti.

I. kasuistický rozbor

Dvacetiletý chlapec měl vážnou automobilovou nehodu. Byl přivezen na kliniku, ale tam již lékaři konstatovali mozkovou smrt. Protože tento hoch se lékařům jevil jako vhodný dárc orgánů pro transplantaci, byli pozváni jeho rodiče k ověření souhlasu. Rodiče s transplantací souhlasí, ale otec má zvláštní přání. Odebrat spermie již mrtvému synovi. Vysvětluje to tak, že to byl jejich jediný hoch, oni sami jsou bezdětní a chtěli by mít vnoučka - pokračovatele rodu. Mrtvý hoch sice má snoubenku, ale ta není schopna se aktuálně vyjádřit, zdali by s umělým oplodněním souhlasila. Rodiče tvrdí, že jim to nevadí, pokud ona svolná nebude, najdou si jinou ženu, která by byla ochotnější. [1]

Po přečtení tohoto případu se studenti obvykle rozdělí na dva tábory. Jedni říkají jasně ne, druhí se ptají proč ne? Obvykle bývá více těch studentů, kteří by v tomto případě vyhověli žádosti rodičů a spermie jim odevzdali.

Argumenty studentů pro odebrání spermií na žádost rodičů:

1. Nepoškozuje se tím nikdo druhý.

2. Je to přání rodičů a lékař má povinnost jim vyhovět.

3. Prarodiče mohou dobře vychovávat takto počaté dítě.

4. Pokud by spermie požadovala snoubenka, mělo by se vyhovět spíše jí, než rodičům.

5. Když má lékařská věda nyní k dispozici tyto možnosti, měla by je také využít. I když je to nezvyklé, morální hodnocení se brzy přizpůsobí technickým vymoženostem a takovéto zásahy nám nebudou připadat nemorální.

Argumenty studentů proti odebrání spermií:

1. Nikdo nemůže zjistit názor mrtvého, zda by si takovým způsobem přál mít dítě. Protože tento postup je krajně nezvyklý, lze předpokládat, že by to nejspíš nechtěl.

2. Rodiče nemají právo nakládat s orgány zemřelého tak, jak se jim zlíbí.

3. Dítě má právo na to, aby mělo otce.

4. Lékař nemá povinnost vyhovět všem žádostem.

Učitel má možnost použít tento příklad k diskusi o obecnějším problému. Může se například zeptat: "Co myslíte, na základě tohoto případu, je možné rozšířit uplatnění metody asistované reprodukce na tzv. neterapeutické indikace?"

Většinou je potřeba další vysvětlení: "Víte, že umělé oplodnění bylo zpočátku chápáno jako metoda k překonání neplodnosti partnerských dvojic. Od začátku zde byli dva partneři, kteří nemohli spolu mít dítě. Byl to tedy vlastně jakýsi druh terapie, když se předpokládalo, že neplodnost je nemoc. V neterapeutických indikacích se ale o nemoc nejedná. Je to například tehdy, kdyby žena chtěla mít dítě bez sexuálního styku s mužem. Ten případ, o kterém mluvíme je vlastně také jakýmsi druhem neterapeutické indikace. Umělá reprodukce by zde měla sloužit k naplnění sociálních zájmů určitých skupin. Nehrozilo by pak nebezpečí, že by se umělá reprodukce stala vysoce komerční záležitostí, která by s terapií již neměla nic společného? Byly by v takovémto prostředí dostatečně zohledněny zájmy dítěte?"

Studenti většinou přicházejí na to, že zájmy dítěte by v tomto procesu umělé reprodukce měly mít přednost před zájmy žadatelů. Protože nás však vývojová psychologie učí, že výchově dítěte prospívá především harmonická heterosexuální rodina, pak minimální požadavek pro etické schválení umělé reprodukce je ten, aby se dítě počínalo s úmyslem narodit se do kompletní rodiny.

II. kasuistický rozbor

Manželé chtějí mít dítě, ale ukáže se, že žena není schopná dítě donosit. Uvažují o možnosti, že jim jiná žena za úplatu dítě donosí. Sepíší s touto ženou řádnou smlouvu. Po porodu jim však tato náhradní matka odmítá dítě vydat. Jak má rozhodnout soud?

Většinou studenti vědí, že v právní praxi států, kde je náhradní mateřství povoleno, je za matku považována žena, která dítě porodí. Učitel je může upozornit na to, že zákony a morálka spolu nemusí vždy korespondovat, a vyzvat je k diskusi o tom, zda s takovým rozhodnutím soudu souhlasí. Studenti se opět rozdělí na dvě skupiny.

Někteří si myslí, že, pokud je smlouva řádně sepsána, nemá žena, co dítě porodí, právo od ní odstoupit. Takto by se do práva vnesl chaos, když by i po sepsání byla smlouva jednostranně vypověditelná.

Jiní si myslí, že rodička právo na dítě má. Během 9 měsíců si mohla s dítětem utvořit vztah, který si nemohla racionálně představit. Právo by mělo respektovat citový vztah matky a dítěte.

Učitel se však může zeptat: "Jak postupovat v případě, když rodiče - žadatelé prokáží, že dítě se narodí do nevhodných sociálních poměrů. Může být pak dítě odebráno matce i přes její nesouhlas v tzv. "lepšímu zájmu dítěte" a jakoby náhodou svěřeno do péče původních žadatelů?"

Tato otázka vyvolá u studentů někdy doslova zděšení. Náhle si mnozí uvědomí, jak velký prostor skýtá instituce náhradního mateřství pro skryté manipulace, sociální nátlak, jak nerovnoprávné postavení mohou zaujímat různé subjekty zúčastněné na této hře a jak se z dítěte může lehce stát zboží, o kterém se vedou nekonečné soudní pře. Většina z nich nakonec přijme s úlevou informaci o tom, že instituce náhradní matky není u nás zákonně povolena.

III. kasuistický rozbor

Žena je ve 36. týdnu těhotenství. Při vyšetření se ukáže, že plod má hydrocefalus. Zvětšená hlavička tvoří porodní překážku. Plod je maturován, mohlo by se uvažovat o předčasném porodu. Teoreticky je možný dvojitý způsob vedení porodu: buď císařským řezem, který má svá obvyklá rizika (anestésie, krvácení, možné poškození urogenitálního traktu apod.), nebo provést kraniotomii plodu a dítě porodit normální cestou. Tento způsob vedení porodu je však neslučitelný s přežitím dítěte. Dále je uvedeno, že pokud je dítě porozeno císařským řezem má dvoutržtinovou šanci na přežití. Asi 60 % přeživších dětí je pak v různém stupni mentálně retardováno. Má žena právo na to být seznámena s oběma alternativami a má právo si mezi nimi zvolit? [1]

Tento drastický příklad vyvolává dalekosáhlé polemické diskuse. Zahrnuje v sobě právo na informace, právo se rozhodnout a představuje i situaci, kde práva dítěte a práva matky jsou ve vzájemném konfliktu.

Většina studentů míní, že lékař nejenom smí, ale dokonce musí matku informovat o obou alternativách. Matka by pak měla mít zákonnou možnost rozhodnout se v jednom, či druhém směru. Nikdo jí nemůže nutit, aby porodila (možná) poškozené dítě, když nechce.

Menšina studentů zastává názor, že od jistého týdne gestace matka nemá právo rozhodovat o tom, jestli dítě bude žít nebo ne. Ať je dítě poškozené nebo ne, matka má povinnost porodit živé dítě a neměla by tedy být s druhou alternativou vůbec seznávaná.

Učitel opět může využít těchto hlasů a zeptat se, jak postupovat, když matka má normální zdravé dítě, ale nechce porod císařským řezem - třeba z ryze subjektivních důvodů. I když je to extrémní situace, můžeme si představit, že dítě je plně maturované, zdravé, ale matka si umane, že císařský řez nepodstoupí. Dítě však normálně nelze porodit. Má tedy být dítě segmentováno? Je toto také přípustná alternativa?

Většina studentů se nyní cítí pobouřena. Tato situace jim připadá diametrálně odlišná. "V čem je odlišná?" - ptá se učitel. "V prvním případě je dítě (možná) poškozené, ve druhém ne. Poškozené dítě má tedy jakési "oslabené" právo na život? Zdravé dítě má naproti tomu právo na život v plném rozsahu - bez ohledu na to, jestli matka chce nebo ne?" Mnozí studenti tedy změní názor a míní, že od určitého týdne gestace by všechny vyvíjející se plody měly mít nárok na právní ochranu.

Problém, o který jde, však již byl vysloven. Existuje v nás asi nevědomá tendence dívat se na život druhého člověka z pozice soudce, který rozhoduje o tom, jestli je tento život kvalitní, jestli si tento život zaslouží být žit. Existuje i tendence prorokovat - anticipovat osud poškozeného dítěte a mluvit o tom, že kromě strádání jej v životě již nic dobrého nečeká. Zapomínáme, že i my máme vliv na to, jak se nemocní a postižení mezi námi cítí. I naše postoje přispívají k jejich životnímu komfortu.

Po tomto případě následuje obvykle diskuse o etické problematice potratů. Většina studentů má za to, že život člověka vzniká od okamžiku početí. Tento názor je mezi studenty jednoznačně nejrozšířenější. Stejně tak mezi studenty převažuje názor, že žena má právo požádat o potrat, kdykoli to uzná za vhodné, právě v těch mezích, které určuje zákon. Následuje otázka, jak je možné na jedné straně souhlasit, že potratem se usmrtí lidská bytost, a na druhé straně uznat, že zahubení lidské bytosti může být eticky a právně legitimní. Studenti obvykle odpovídají tak, že lidská bytost je hodna právní ochrany až od určitého stupně gestačního vývoje. Tato shoda mezi nimi je však pouze zdánlivá, neboť poté následuje diskuse o tom, od kterého období gestace a proč právě v tomto období gestace, je lidská bytost nositelem takových práv, které

neumožňují druhým lidem - včetně matky - zpochybnit základní právo této bytosti a to právo na život.

Diskuse tedy odkrývá hlubší filosofickou problematiku. Hledá se odpověď na otázku: Co je to lidská bytost? Jaká má člověk základní práva? Jaká mohou být eticky legitimní omezení těchto práv?

Studenti často dojdou k názoru, že aktuální právní stav nemusí být vždy v souladu se základními etickými požadavky. S problematikou potratů se obvykle velmi snadno vypořádávají. Mohu si snad dovolit citovat výrok jedné ze studentek, který jako by charakterizoval jejich rozporuplné názory na tento problém: "S potratem nesouhlasím, je to vražda. Je potřeba to lidem neustále připomínat. Ale se současným zákonem, který umožňuje liberální přístup k potratům, souhlasím." Naším záměrem je, aby si studenti uvědomili, že i když se něco v praxi běžně děje, není tato samozřejmost ještě sama o sobě důvodem k bezproblémovému přijetí. Tak jsou studenti vedeni k tomu, aby si sami udělali na věc názor, pouze na základě kritické reflexe. Praxe bývá často vzdálená od etického ideálu.

Z našich zkušeností při vedení seminářů vyplývá, že etické problémy v medicíně mohou být předmětem racionálního diskursu. Tento racionální diskurs může u většiny studentů vést ke změně předchozích, většinou emotivně laděných postojů. Je výhodou, že dochází ke korekci těchto postojů ještě před tím, než jsou fixovány a prohlášeny za racionální. Semináře vedou k hlubšímu zamyšlení i nad složitostmi osobního života, neboť ukazují, že lékař do terapeutického vztahu promítá svoje osobní životní postoje. Zpětně se od studentů často dozvídáme, jak zásadní změny v hodnocení určitých etických problémů oni osobně prodělali během výukového bloku o lékařské etice.

Literatura

[1] Cases in Bioethics, second edition. The Hastings Center report, St. Martin's Press, New York, 1993. [2] Hope, A.R., Fulford, K.W., Yates, A.: The Oxford Practice Skills Course. Oxford University Press, Oxford, 1996.

Lajkep, T.: Změny v názorech studentů na některé etické problémy během výuky lékařské etiky. / *Changes of opinion of students on some ethical problems during the teaching of medical ethics. Medical Ethics & Bioethics / Medicínska etika & Bioetika*, Vol. 6, 1999, No. 1-2, p. 8-10. Based on the personal experience of the author, the paper deals with some changes of medical students' views on various ethical issues, seen by the author during teaching of medical ethics at the students' seminars held at the Institute of Medical Ethics of the Faculty of Medicine Masaryk's University in Brno. Author gives case examples of concrete debates and describes and comments on the reactions of students. *Key words:* teaching of medical ethics, attitudes of students.

Do redakcie prišlo: 12. februára 1999, prijaté na publikáciu: 15. marca 1999.

Adresa: MUDr. Tomáš Lajkep, PhD., Ústav lékařské etiky LF MU, Joštova 10, 66243 Brno, Česká republika (Czech Republic).

THE IMPORTANCE OF ANIMALS IN BIOMEDICAL RESEARCH

Martin Janitor

Department of Microbiology and Virology, Faculty of Natural Sciences, Comenius University, Bratislava (Slovak Republic)

Abstract

Virtually every major medical achievement of the last century has depended directly or indirectly on research with animals. Animal studies have provided the scientific knowledge that allows health care providers to improve the quality of life for humans and animals by preventing and treating diseases and disorders, and by easing pain

and suffering. Knowledge gained from animal research has contributed immeasurably to the dramatical increase of human life span. The aim of the article is to review the historical necessity of animal research for understanding of major medical problems.

Key words: animal research, animal testing, non-animal models.

The knowledge obtained from animal research that has significantly extended the human life is not only from the research of the 20th century, but it covers approximately 4.000 years of the history of mankind.

The earliest written records of involving animals in medicine date to 2000 BC, when Babylonians and Assyrians documented surgery on humans and animals. The roots of real animal research-based knowledge could be found in the intellectually free climate of the ancient Greece. The first documented animal experiments were conducted by the anatomist Erasistratus, who in the 3rd century BC demonstrated the correlation between food intake and weight gain in birds. In the 2nd century BC, the physician Galen used a variety of animals to show that arteries contain blood and not air, as has been previously believed. During that period physicians accumulated a wide list of achievements, including a description of embryonic development, the establishment of the importance of the umbilical cord for fetal survival and the recognition of the relationship between the optic nerves, which arise from the eyes and the brain. The Greeks and later Romans developed schools of higher learning, that included medical schools, and they documented their findings in the libraries.

The pace of biomedical research increased in 1700s. Pioneering scientists of that era described the relationship between nerve impulse and muscle contraction, observed tissue repair and cellular division, discovered that food is digested by secretion of stomach, and measured the heat generated by body metabolism. In each case, these discoveries were made by means of observations in animals.

In the 1860s Louis Pasteur discovered, that microscopic particles, which he called vibrions (i.e. bacteria), were the cause of a fatal disease in silkworm. When he eliminated the vibrions, silkworms grew free of disease - the first demonstration of germ theory of disease.

The second half of the 19th century began a new era in biology and medicine. It is possible to observe, that every important medical development (vaccination, anaesthesia, blood transfusion) depended on animal experimentation. The 20th century has seen enormous growth in animal experimentation both in the "science" and in the industry.

The need of the whole animals for biomedical research was reduced, when the methods for growing cells and tissues in artificial media were introduced. These non-animal methods helped to understand such fundamental areas as cell growth and differentiation, cellular interactions, signalization, transformation of normal cells to cancerous ones, cellular aging, etc. However, the whole animal models were still irreplaceable for many key experiments, as listed in Table 1. [3, 4, 5].

A short look at the list of Nobel Prizes for medicine awarded in 1980s and 1990s shows that the whole animals were directly involved in the research of eleven of the sixteen winners. (Table 2, p. 12) [1, 7]

On the other hand, the use of research animals today is often difficult, costly, and requires strict adherence to the various regulations. [2, 10] E.g. the costs of a two-year chronic toxicity test in rats is typically about 600.000,- USD. [6] Because of this, the incentives to introduce the non-animal, or alternative methods of testing are great. In

Table 1: Animals in Biomedical Research

Work initiated or culminated	Medical advance	Species studied
Early 1900s	elucidation of malaria-parasite life cycle, cardiac catheterization techniques, tuberculosis research	pigeons dogs cattle, sheep
1920s	discovery of insulin and the treatment of diabetes, thymus research	dogs pigs, monkey
1930s	transfusion, blood groups, blood typing anticoagulants sulfa drugs	many species cats mice, rabbits
1940s	treatment of rheumatoid arthritis yellow fever vaccine streptomycin, chlortetracycline discovery of Rh factor in blood typing	rabbits, monkey mice, monkey many species rhesus monkey
1950s	cardiac pacemakers poliomyelitis vaccine cancer chemotherapy open-heart surgery	dogs rabbits, primate rabbits, primate dogs
1960s	defibrillation of heart discovery of tumor inducing viruses kidney and liver transplantation cortisone therapy hypothermia techniques	dogs chickens dogs rabbits dogs
1970s	computed tomography heart transplantation treatment of leprosy nonaddictive painkillers discovery of natural opiate pain control systems	pigs dogs monkeys rats, monkeys many species
1980s	artificial heart in vitro fertilization techniques gene replacement techniques development of antiviral therapy discovery of causative agent of AIDS monoclonal antibodies	dogs, cows mice, primates mice, rats many species primates rabbits, mice
1990s	human gene therapy experimental AIDS vaccines chemical communication between cells genetic control of early structural development	many species primates frog fruit fly

many cases, these could offer economical and scientific advantages. The non-animal assays would presumably be faster and more easily reproducible. Several categories of non-animal test methodologies are currently in use; however, all of them have inherent limitations.

Physico-Chemical Techniques

The use of these techniques is aimed to identify human responses to chemicals and biological substances. In some instances, they are more sensitive and less costly than animal methods.

Mathematical and Computer Aids

Mathematical models can be useful in improving the

design of scientific experiments and helping to predict an organism's responses to varying levels of exposure to a particular chemical. However, mathematical constructs are no substitute for observation of the effects of a substance in a complex, living system.

Computer-assisted data banks offer the ability to reduce test duplication through greater accessibility of results to scientists working in laboratories all over the world. One example is the Cosmetic Ingredient Review, which eliminates the need for safety data on formulations for which ingredients have already been tested. Computers are also useful in the initial evaluation of chemicals slated for further study. Unsuitable chemicals can be eliminated from consideration prior to the institution of animal testing. But computers can process and store only the existing knowledge - much of which came from animal studies. Animal testing is still needed to expand that knowledge base.

Cell, Tissue and Organ Cultures

Living cells, tissues and even whole organs obtained from animals and humans can be used in the laboratory for preliminary screening of chemical compounds. They can help to identify substances that are so toxic that there is no purpose in continuing to investigate their potential use in humans. However, the tests with cultured or preserved cells, tissues or organs cannot provide an assurance of the compound's safety. Testing on tissue culture will not reveal the effects of substance in an organism composed of many different organs and systems. Further testing in an intact, living organism is needed to provide accurate safety data. In addition, the usefulness of this technique depends in many cases on the nature of the culture medium in which biological materials are kept viable. Artificial media may cause cells to undergo the structural and biochemical changes that alter their function and, thus, invalidate the test results. In addition, these tests sometimes yield false positive or negative results.

Micro-organisms and Lower Invertebrates

Single-cell organisms such as protozoa and bacteria (used e.g. in the Ames test) are increasingly useful in early screening for toxic and mutagenic effects. However, because of their simple physiology, they shed little light on complex toxicity questions, and thus are less useful in late stages of testing protocols. Invertebrate animals such as insects and molluscs are also useful in early screening, but the results obtained are often too general to be applied to the multi-organ system toxicity problems in humans.

In any discussion of non-animal testing methods the following additional facts should be considered:

Table 2: Animal Studies of Nobel Prize Winners

Year	Scientist(s)	Animal(s) used	Contribution made
1980	Benacerraf, Dausset, Snell	mouse, guinea pig	identification of histocompatibility antigens and mechanism of activity
1981	Sperry, Hubel, Wiesel	cat, monkey	processing of visual information by the brain
1982	Bergstrom, Vane, Samuelsson	ram, rabbit, guinea pig	discovery of prostaglandins
1984	Milstein, Jerne, Kohler	mouse	technique for monoclonal antibody formation
1986	Levi-Montalcini, Cohen	mouse, chick, snake	nerve growth factor and epidermal growth factor
1987	Tonegawa	mouse embryo	basic principles of antibody synthesis
1989	Varmus, Bishop	chicken	cellular origin of retroviral oncogenes
1990	Murray, Thomas	dogs	organ transplantation techniques
1991	Neher, Sakmann	frog	chemical communication between cells
1992	Fischer, Krebs	rabbit	regulatory mechanism in cells
1995	Lewis, Wieschaus	fruit flies	genetic control of early structural development

1. The search for new methodologies is a process of trial and error guided by an accurate understanding of basic physiological mechanisms. However, once again, without animal testing these basic mechanisms cannot be fully understood.

2. The requirements of regulatory agencies implicitly hold that toxicity testing are done by the best methods available. Alternative methodologies, therefore, must be at least as scientifically reliable as the tests they replace.

3. The validity of non-animal testing methods can only be confirmed in laboratory animals or - in human beings. [8, 9]

The current public debate about the research with animals highlights the complexity - both ethical and scientific - of the medical research process. The benefits of research are obvious in advances of medical and veterinary science. The long and complicated process that leads to those advances is more difficult to understand. But there is a great need for such understanding, if society has to find an appropriate balance between the need to protect laboratory animals and the one of improving the health and well-being of humans and animals.

References

[1] Altman L.K.: Work on Body Design of Fruit Fly wins Nobel. *Science Times*, October 10, 1995. [2] American Public health and role of animal testing. A statement from the United States Public Health Service, december 1992, p. 4-7. [3] *Animal Research & Human Health : The use of Animals in Product Safety Testing*, Washington 1992. [4] *Animal Research & Human Health : Understanding the Use of Animals in Biomedical Research*, Washing-

ton 1992. [5] *Animal Research & Human Health : Caring for Laboratory Animals*, Washington 1996. [6] Association for Laboratory Animal Science. [7] Breen, B.: Why we need animal testing. *Garbage*, April 1993, p. 38 - 45. [8] Henriksen, O.: Angling for analogies. *NCCR Reporter*, November 1994. [9] National Association for Biomedical Research, 1995. [10] Stott, J., Almond, N.: Assessing animal models of AIDS. *Nature Medicine*, 1995, Vol. 1, No. 4, p. 295 - 297.

Janitor, M.: Importance of Animals in Biomedical Research. / Význam zvierat v biomedicínskom výskume. Medical Ethics & Bioethics / Medicínska etika & Bioetika, Vol. 6, 1999, No. 1-2, p. 10-12. Temer každý významný medicínsky objav posledného storočia závisel priamo alebo nepriamo na výsledkoch výskumu uskutočneného na zvieratách. Štúdie na zvieratách priniesli vedecké poznatky, ktoré umožňujú zlepšovať kvalitu života ľudí i zvierat prevenciou a liečbou ochorení a poškodení zdravia, zmierňovaním bolesti a utrpenia. Poznatky získané výskumom na zvieratách prispeli významnou mierou k predĺženiu života človeka. Cieľom príspevku je podať stručný prehľad historickej potreby a významu výskumu na zvieratách pri riešení významných medicínskych problémov. *Kľúčové slová:* výskum na zvieratách, testovanie na zvieratách, alternatívne modely.

Received: April 15, 1999.

Accepted: April 20, 1999.

Address: RNDr. Martin Janitor, PhD., Prírodovedecká fakulta Univerzity Komenského, Katedra mikrobiológie a virológie, Mlynská dolina, 842 15 Bratislava, Slovak Republic.

ZOMIERAJÚCI ADOLESCENT - PROBLÉM SPREVÁDZANIA

¹Mária Glasová, ²Lýdia Klusová-Križanová

¹Katedra psychológie a patopsychológie, ²Katedra pedagogiky telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených, PdF UK, Bratislava (Slovenská republika)

Abstrakt

Príspevok zhrňa niektoré poznatky psychoonkológie vo vzťahu k procesu adaptácie a zvládania situácie viacnásobnej životnej krízy letálne chorých dospelých. Prnáša niektoré skúsenosti z práce s adolescentami, hospitalizovanými na onkologickom oddelení v slovenských podmienkach. Poukazuje na určité nedostatky v komplexnej, zvlášť psychologickú a špeciálno-pedagogickú, ako aj sociálnej starostlivosti o onkologicky chorých adolescentov a ich rodinu, ako aj o ošetrojúci personál týchto pracovísk.

Kľúčové slová: psychoonkológia, adolescenti, psychická kríza, adaptácia, zvládanie.

V komplexnej starostlivosti o pacientov s diagnózou nádorového ochorenia sa v posledných desiatkoch stále viac upozorňuje na psychické aspekty, zvlášť emočné stránky tohto ochorenia, ktoré môžu vplyvať na jeho priebeh i celkovú kvalitu života pacienta [1, 2, 6, 10, 23]. Poznanie a objasnenie fungovania týchto mechanizmov môže pomôcť v prevencii zbytočnej traumatizácie a psychických porúch u onkologických pacientov [25].

Psychické súvislosti nádorových ochorení sú predmetom štúdia **psychoonkológie**. Spoločenské aspekty nádorového ochorenia, ktoré totiž nezasahuje len pacienta, ale dotýka sa aj jeho rodiny, priateľov, kolegov v zamestnaní a všetkých tých, ktorí s ním prichádzajú do styku ("pacientom" je aj systém vzťahov konkrétneho pacienta) - skúma **psychosociálna onkológia** [10]. Pri správnom odbornom prístupe k onkologicky chorému, ktorý zahŕňa aj jeho sociálne prostredie, nemusí sa samotný fakt nádorového ochorenia premietnuť do života pacienta výlučne negatívne, ale môže sa stať paradoxne katalyzátorom jeho ďalšieho duševného rozvoja, rastu, ako aj obohatenia jeho prostredia [1, 3]. Táto osobná (rodinná) **hraničná krízová životná situácia** môže za optimálnych podmienok viesť k **prehodnoteniu existenciálnych otázok** (filozofia života, životný štýl, rebríček hodnôt), ale aj k zblíženiu v medziľudských vzťahoch [3, 20, 23, 24].

V **okamihu spoznania diagnózy** sa v **prežívaní** pacienta ale aj jeho rodiny a blízkych objavujú pocity straty, zármutku, ktoré sa dotýkajú minulosti, prítomnosti a osobitne budúcnosti - akoby bola stratená spoločne plánovaná budúcnosť [18]. Zásadne je ohrozené napĺňanie základných ľudských potrieb [16]: napr. potreba životnej istoty, najviac napĺňanej v citovom vzťahu; potreba životnej perspektívy alebo otvorenej, stimulujúcej budúcnosti - budúcnosť sa uzatvára, čo môže viesť k zúfalstvu [1, 5].

Pacientova **psychická reakcia na nádorové ochorenie** má dynamický charakter, tj. mení sa v čase [10, 14, 21]. Ovplyvňujú ju viaceré **faktory** [1]: a) objektívna prognóza ochorenia a jej subjektívne chápanie u pacienta, b) vek, pohlavie, sociálne postavenie pacienta, c) príčina ochorenia v súvislosti so životným štýlom pacienta, d) vlastné symptómy ochorenia, e) priame účinky choroby a liečby na funkcie mozgu a nervového systému, f) psychické účinky podávanej liečby, g) sociálna stigmatizácia pacienta kvôli ochoreniu, h) vzťahy pacienta s ošetrojúcim personálom, h) charakteristiky pacienta ako osoby (minulá životná skúsenosť, osobnosť, rodinné vzťahy, náboženské presvedčenie, sociálne podmienky).

V prípade onkologicky chorých adolescentov sa okolnosti komplikujú prítomnou normatívnou adolescentnou vývinovou krízou [19]. **Obdobie dospievania** sa považuje za obdobie moratória v tom, že voči niektorým prejavom adolescentov sa zaujíma všeobecne zhovievavejší postoj [4]. Dospievajúci sa sústreďujú na riešenie základných existenciálnych otázok - osobnej identity (Kto som?) a životného zmyslu (Kým budem? Kým sa stanem? Kam smerujem?). Neistota, citová nevyrovnanosť (labilita), nadmerná sústredenosť na seba (egocentrizmus) a závislosť sú obvyklými charakteristikami prežívania zvlášť prvých rokov dospievania. V čase dotvárania svojej identity sa oslabujú väzby s pôvodnou rodinou a nové, stabilnejšie sociálne väzby nie sú ešte dotvorené.

Fakt choroby s ev. trvalým obmedzením do budúcnosti **spracovávajú adolescenti oveľa ťažšie** ako mladšie deti alebo dospelí [19, 21]. Ohrozenie života, realitu **smrti** chápu ako šokujúcu, nespravodlivú, zničujúcu, traumatizujúcu skutočnosť. Reagujú hnevom, zmätene, odporom, deštruktívnym správaním (externalizujú) alebo únikom od aktivity, stiahnutím sa do depresie (internalizujú) [8]. Objavujú sa aj únikové reakcie v podobe zneužívania škodlivých látok alebo iných autodeštruktívnych prejavov [18]. Depresia sa ľahko prehlbuje a vážnym rizikom je možnosť suicídia (u adolescentov sú všeobecne častejšie) [21].

Dospievajúci, ktorí všeobecne reagujú precitlivo na hodnotenie, nezáujem alebo neprijatie, uprednostňujú **v prístupe k nim** na prvom mieste akceptáciu a porozumenie, dôverný rozhovor s dostatočným priestorom pre počúvanie, ale aj súcit. Vo svojom adolescentnom egocentrizme a neistote však len veľmi ťažko prijímajú zvýšenú pozornosť druhých (rovesníkov alebo dospelých) a odmietajú, aby sa k nim pristupovalo nejakou výnimočne v porovnaní s druhými [1, 18, 19]. Neujasnenosť spoločenského statusu dospelých, ktorí sú v niektorých situáciách považovaní za už dospelých a v iných ešte za deti [14], však môže byť zdrojom ďalšieho emočného preťaženia (žiada sa od nich, aby sa vedeli ovládať).

Základom starostlivosti sa stáva budovanie dôvery a nádeje u pacienta a v celom systéme zúčastnených vzťahov [3, 9, 12, 13, 18, 22, 25]. V **komplexnej psychosociálnej, liečebno-pedagogickej a duchovnej starostlivosti** o onkologicky chorých adolescentov sa odporúča podľa aktuálneho stavu všeobecne podporovať fyzickú aktivitu, osobitnú pozornosť venovať práci s emóciami a hodnotami, využívať relaxáciu, imagináciu, arteterapeutické prostriedky (písomný prejav - denníky, listy, maľba, kresba, práca s hlinou, muzikoterapia, biblioterapia) a podporovať aj meditáciu a duchovnú reflexiu [1, 8, 11, 18, 19, 20, 24].

V nasledujúcej časti uvádzame niektoré **skúsenosti** z práce a stretnutí s letálne chorými dospelými, ktoré sa získali počas dvojročnej **spolupráce psychológa a špeciálneho pedagóga na detskej onkológii v našich podmienkach** (z 23 dospelých pacientov, dlhodobo sledovaných v rokoch 1994 - 1996, už viac ako tretina nežije)[11]:

1) Odhliadnuc od súčasných ekonomických a spoločenských problémov, možno povedať, že medicínska a ošetrovateľská starostlivosť na detských onkologických oddeleniach má dobrú úroveň.

2) Na týchto oddeleniach však stále nie je vytvorený dostatočný priestor pre kontinuálne poskytovanie psychologické podpory a poradenstva detskému, adolescentnému pacientovi, osobitne jeho rodine, ale rovnako i zdravotníckemu personálu. Režim týchto oddelení je pomerne rigidný (vyhradzuje dopoludnie pre vyšetrenia, terapeutické zákroky, prípadne špeciálne upravené vyučovanie pre školopovinné deti).

3) Pre najrizikovejšie vekové skupiny, najmladšie a najstaršie deti absentuje prítomnosť odborníka, terapeuta alebo poradcu, ktorý by im pomohol vyplniť voľný čas, poskytol psychickú podporu, radu a pomoc. Predpolud-

ňajšia prítomnosť hrového terapeuta, resp. liečebného pedagóga je skôr výnimkou, spravidla je vyhradená na popoludnie a zabezpečuje ju vychovávateľ (jeho odborné kompetencie vzhľadom k uvedeným požiadavkám a štandardom sú obmedzené). Prítom extrémna úroveň úzkosti sa preukázala vo väčšine prípadov sledovanej skupiny dospievajúcich, nepriamo aj u rodičov a ošetrojúceho personálu.

4) Existujúce vážne nedostatky v legislatíve a praxi sociálnej pomoci sťažujú zabezpečenie stálej prítomnosti blízkych osôb, prípadne ich častejších návštev na oddelení (minimálne pre ťažšie stavy detských pacientov), chýbajú tiež nové formy paliatívnej starostlivosti pre deti a dospievajúcich.

5) Stále chýbajú praktické návody prístupov k detskému a adolescentnému pacientovi, ako aj špeciálne programy ďalšieho vzdelávania v tejto oblasti, ktoré by boli zvlášť určené pre ošetrojúci personál, ale aj napr. pre rodičov.

Literatúra

[1] Barraclough, J.: Cancer and emotion. A practical guide to psychoncology. 2nd ed. Chichester, John Wiley and Sons, 1994. [2] Cassidy, S.: Emotional distress in terminal cancer: discussion paper. Journal of the Royal Society of Medicine, 79, 1986, s. 717 - 720. [3] Danielson, C. B., Hamel-Bissel, B., Winsteda-Fry, P.: Families, health, and illness. Perspectives on coping and intervention. Mosby, St. Louis, 1993. [4] Erikson, E. H.: Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1970. [5] Frankl, V. E.: Lékařská péče o duši. Cesta, Brno 1995. [6] Goldman, A. (ed.): Care of the dying child. Oxford medical publications, Oxford University Press, 1994. [7] Greer, S.: The management of denial in cancer patients, Oncology, 6, 1992, 33 - 40. [8] Hart, R., Mather, P. L., Slack, J. F., Powell, M. A.: Therapeutic play activities for hospitalized children. Mosby-Year Books, St. Louis, 1992. [9] Hickey, S. S.: Enabling hope, Cancer Nursing, 9, 1986, 3, 133 - 137. [10] Holland, J. C., Rowland, J. H.: Handbook of psychooncology. Oxford University Press, New York, 1989. [11] Klusová - Křižanová, L.: Problémy procesu adaptácie v prežívaní letálneho ochorenia u detí a dospievajúcich. Pedagogická fakulta UK, Bratislava, 1996, diplomová práca. [12] Křivohlavý, J.: Psychologická péče o perimortální pacienty. Čs. psychologie, 33, 1989, 1, 97 - 49. [13] Křivohlavý, J.: Psychologická péče o umírající pacienty. Čs. psychologie, 33, 1989, 5, 483 - 486. [14] Kübler-Ross, E.: On death and dying. MacMillan, New York, 1969. [15] Langmeier, J., Krejčířová, D.: Vývojová psychologie. Grada Publishing, Praha, 1998. [16] Matějček, Z.: Principy rodinné výchovy. In: Křesťanství a psychologie. Zborník KA Praha, 6, 1992, s. 30 - 38. [17] Moorey, S., Greer, S.: Psychological therapy for patients with cancer. Oxford, Heinemann, 1989. [18] Newman, F.: Children in Crisis. Scholastic Canada Ltd., 1993. [19] Pičman, J.: Psychoterapie u adolescentních pacientů na onkologické klinice. Čs. psychologie, 33, 1989, 6, s. 595 - 599. [20] Poláková, J.: Člověk v mezních situacích. In: Poláková, J.: Možnosti transcendence. Zvon, Praha, 1994. s. 11 - 39. [21] Řičan, Krejčířová, et al.: Dětská klinická psychologie. Grada Publishing, Praha, 1997. [22] Scanlon, C.: Creating a vision of hope: The challenge of palliative care. Oncology Nursing Forum, 16, 1989, 4, 491 - 496. [23] Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. Praha, Ecce Homo, 1995. [24] Svatošová, M. a spol.: Hospic slovem a obrazem. Praha, Ecce Homo, 1998. [25] Watson, M. (ed.): Cancer patient care: Psychosocial treatment methods. Cambridge, BPS Books, 1991.

Glasová, M., Klusová-Křižanová, L.: Zomierajúci adolescent - problém sprevádzania. / Dying Adolescent - Problem of Accompanying. Medical Ethics & Bioethics, Vol. 6, 1999, No. 1 - 2, p. 13-14. Paper summarizes some important aspects in psychooncology in relationship with the adaptation and coping processes present in the situation of multiple life crisis in adolescents with lethal diseases. Current experience of working with adolescents hospitalized at the department of clinical oncology in Bratislava (Slovakia) are presented. Some shortcomings within the complex psychological, paedagogical and social services to the adolescent cancer patients, their families and the health care personell are analysed. *Key words:* psychooncology, adolescents, psychological crisis, adaptation and coping processes.

Do redakcie prišlo: December 12, 1998.
Prijaté na publikáciu: January 22, 1999.

Adresa: PhDr. M. Glasová, Katedra psychológie a patopsychológie, PdF UK, Račianska 59, 813 34 Bratislava

ETHICS OF MULTICENTER CLINICAL RESEARCH

DEBRA Regional Meeting, Bled (Slovenia) 7-8 June, 1999

Povl Riis *

Abstract

The report on the international meeting on ethics of multicenter clinical trials arranged by the Council of Europe (Directorate for Legal Affairs) at Bled (Slovenia) for the Czech Republic, Slovakia, Hungary, Croatia, and the host country. The six core topics dealt with at the meeting are reported on (i.e.: 1. the high quality demands of the applied methodology - condition *sine qua non*, 2. the high standards of protection and respect for the project patients and healthy volunteers, 3. the researcher's personal ethics, 4. the scientists' active participation in the projects, 5. the necessity of demanding transparency of all financial and money-like arrangements, 6. the addition of distributional ethics (i.e. the restricted potential of scientific resources)), in the first run on the principal level, and afterwards on the operational level, pointing to the ways the member states' research ethics committee systems can influence future rules and practices for handling biomedical projects in man.

Key words: multicenter clinical research, ethics, drug trials, research ethics committees.

In the valuable row of inter-European arrangements for the promotion of research ethical standards the Council of Europe arranged a meeting in Slovenia for the Czech Republic, Slovakia, Hungary, Croatia, and the host country. CDBI was represented by David Evered (UK), Elmar Doppelfeld (Germany), Joze Trontelj (Slovenia) and Povl Riis (Denmark). The Directorate of Legal Affairs, the Council of Europe was represented by Peteris Zilgalvis.

The following is a brief report of the very constructive discussions that took place during the two-day meeting. The present headlines were presented to the participants at the end of the meeting and they did not create a demand for overall additions or changes.

Multicenter and Singlecenter Projects, Clinical and Non-Clinical

According to the chosen title, one key term was *multicenter trials* and another was the adjective *clinical*. During the presentations and the discussions, however, it soon became obvious that whereas multicenter projects add some ethical and administrative problems to analysis and control related to singlecenter projects, they also make visible the *general* ethical principles and their implementation in *all* biomedical research involving man. Further, it became obvious that the adjective *clinical* was too narrow within this context, and consequently needed to be understood broadly, because research in healthy volunteers and epidemiological research in large population groups also had to be comprised.

* Prof. Povl Riis, MD, DM, DMHC, FRCP is professor of medicine, member of the CDBI in Strasbourg and a leading authority in the field of ethics of biomedical research.

The Spectrum of Topics

In the following the six core topics dealt with at the meeting will be reported on, in the first run on the principal level, and afterwards on the operational level, pointing to the ways the member states' research ethical committee systems can influence future rules and practices for handling biomedical projects in man.

1. It was stressed that *high quality demands of the applied methodology* in projects are a *sine qua non*, i.e. as expressed earlier in the aphoristic way: "All methodologically invalid research in man is by nature unethical".

2. Ethics securing *high standards of protection and respect* for project patients and healthy volunteers was acknowledged as the basic principles for ethical committees' work. Yet it was once more added, that the secondary aim, only slightly behind the primary one, is to facilitate innovative biomedical research in man, due to its great societal importance, not the least for sick people.

3. As a relatively new constituent of the ethical spectrum, comprising research in man, *the researcher's personal ethics*, primarily his or her reliability, was emphasized. There is a strong, negative interaction between research ethics and the researcher's ethics, because all dishonest projects are by nature unethical also in the participants' perspective. The obvious reason is, that participants' time, cooperation and possible risks are spent in vain, because fraudulent results can never be applied for *projective universality*, i.e. the transfer of reliable project results from a sample to a large patient population.

4. High demands to *scientists' active participation* in projects, especially of multicenter type. Much bias control in day-to-day work with a given project is dependent on the scientists' methodologically fair interpretation of the protocol. Consequently much more bias may be introduced, if the researchers only act as "water-carriers".

5. One of the most pressing topics was *the necessity of demanding transparency* of all financial and money-like arrangements between company sponsors, or ministries, or hospital owners, and investigators. For company sponsors it means payment etc. to the investigators, for ministries political pressure related to resource allocation, and for hospital owners sidetracking of public accessibility to for instance diagnostic methods of scarce, bottle-neck nature.

6. Another new aspect of research ethics is *the addition of distributional ethics*, i.e. the restricted potential of scientific resources, including manpower: "we are able to do more than we can afford".

The Corresponding Operational Steps

Ad 1. In multicenter trials each participating center should fulfil the demand, that *at least the local responsible investigator master singlecenter projects methodologically*.

Especially in drug trials, run together with industry, the responsible investigator must possess methodological knowledge to an extent, making her or him an equitable partner.

Ad 2. It is still necessary to consider fully *informed consent* as an ideal, but an ideal that committees and scientists have to approach as much as possible.

For the committees it is a further demand to avoid scientists' discriminatory recruitment of participating patients, for instance based on age. Often age limits of 60 or 65 years have been seen, probably due to prejudices behind the planning. The result is that we often need reliable research results in the clinical decision making when dealing with elderly or old patients.

Ad 3. *Scientists' personal ethics* are especially a crucial aim for control with multicenter and singlecenter, non-pharmacological projects. Here monitor-concepts

are less appropriate, for instance in projects that evaluate new surgical techniques or psychotherapy.

Probably control with scientific honesty should not be dealt with by the same bodies as research ethics, but there ought to be some formal links between the two types of control bodies, because - as stated above - dishonest research is always at the same time research ethically unacceptable.

Ad 4. *Scientists' active and responsible participation* in a biomedical project involving man is not only to be considered a personal ethical question for the scientist him- or herself. It is also a guarantee for an ethically acceptable daily implementation of the project protocol, for instance in the diagnosis and reporting of unforeseen adverse events. Large multicenter trials have a tendency to act as a band-waggon, inviting people to jump on, even if their musical skill is minimal. Further, it influences downwards the demands to be a later co-author of a subsequent publication, consequently being a transferred problem of publication ethical nature.

In multicenter projects with different disciplines and professions involved it can be recommended that ethics committees have issued guidelines and checklists in order to advise the multicenter steering group to lay down agreements on distributions of the procurement of data, of authorships for resulting publications etc. In this way intra-center disagreements and quarrels can be avoided.

Ad 5. It will be necessary to enable research ethics committees to demand *a full declaration of all external support* to scientific investigators, including gifts. It is fundamental for the committees' judgement of the scientists' independence. Openly declared support (except for valuable personal gifts, totally unrelated to research work) does not *per se* constitute a reduction of independent research judgements, whereas hidden support is a part of inability, i.e. a potential loss of credibility.

It will further increase transparency if a national committee system supports the establishment of local, for instance institutional, funds for research support to which the openly declared sums of money, computer equipment or the like are placed, and from which a board distributes the individual support for scientific traveling and other research purposes. The public pressure for such arrangements will undoubtedly increase in the coming years.

Ad 6. Because the potentials for innovative basic and clinical research are limited, even in affluent societies, there is *an increasing need to include societal aspects in committees' ethical analyses*. Repeated trials of for instance new drugs' effect might be necessary to the extent that statistical type one and type two errors are prevented. But multiple repetitions of the "me too" type are unacceptable in a distributional ethical perspective, because they detract resources and manpower in a scientifically unproductive direction, thereby skewing the spontaneously developing national distribution of innovative biomedical research. A dilemma obviously exists here: on one side scientific freedom and on the other the societal aspects, dealing with an important public sector. However, this dilemma does not disappear by just being not mentioned and considered by a national committee system.

Another important societal perspective is the scope of the term biomedical research. It has sometimes been considered synonymous with clinical-pharmacological research, as covered by the Good Clinical Practice guidelines. The fact is that the GCP-rules are derived from research-ethical guidelines that are much older, and that comprised also all other, non-pharmacology related types of biomedical research. Further, these areas of non-drug-related research increase with the fast growing number

of screening projects, epidemiological studies, experimental surgery and research on biomedical archives (or "biobanks", comprising both biological material as tissue specimens, frozen sera, or hospital records and the like). These areas do not fit in with the implementary techniques of the GCP, but on the contrary necessitate committee systems' further work with research ethical scopes, terms and analytic techniques.

Industry and Biomedical Scientists

Often the relationship between these two is characterized as an inborn conflict of interest. The real world is however different. There are obviously examples from both sides, that seem to confirm such a simplification: clinicians who consider that it is their right to sell expensive tickets as access to "their" patients, and industry representatives who consider clinical drug trials to be primarily sales promoting arrangements. Obviously research ethics committees ought to be very aware of such undue influences on equitable, fair, cooperative interactions between industry and non-industrial scientists.

Again not only drug industries need collaboration with clinical scientists. Also producers of diagnostic equipment, surgical tools and prostheses, hearing aids and many others need to test their products under controlled conditions.

Clinicians and society as a whole, i.e. present-day and future patients have a genuine interest in all innovative types of biomedical industry. Industry from all biomedical sectors share an interest in cooperating openly and fairly with independent scientists, especially at a time when again "honesty pays".

In such cooperative projects the test patients and the responsible clinical researchers are the ethical key-persons, not the producer or the agent. For this reason both parties must be allotted a formal right later to publish their versions of a study, if the unhappy situation occurs that they experience unsolvable disagreements during the publication process.

How to Proceed?

European cooperation in research ethical concepts, terms and standards is still progressing. Yet, major areas necessitate further developments and a continued European cooperation. Four of these will be commented briefly on in this concluding section:

1. The research ethics committees independence and competence need further to be strengthened; this will confer a little extra bureaucracy, but the gain will be better security for patients and healthy volunteers, and better methodological quality of projects involving man.

2. The lay representation of European research ethics committees is expected to be strengthened; dealing with fundamental values in society, enlightened lay citizens must be considered as much "experts" as scientists or philosophers; in other words such a lay input to the work of committees will inevitably strengthen the committees' anchoring in the contemporary public culture.

3. Biomedical scientists' independence and competence will have to be strengthened too; both "water-carriers" and "ticket-sellers" are inappropriate scientific participants in a serious sector as experiments in man. Economic and other relations between investigators and sponsors do not always fulfil a demand for transparency, but are still often the opposite: nebulous.

4. The so-called alternative sector need to be considered more carefully by committees and other authorities; research ethical committees must consider to deal with such projects too, on the condition, that they fulfil the methodological quality demands similar to traditional biomedical research projects (randomization, blinding, use

of statistics etc.); the part of the alternative movement that does not want to, or can not, go for scientific documentation, but wants instead to stay in a grey area (as "Heilversuche") will remain the problem of health authorities and the judicial sector of society, not of the research ethics committees.

Can we pursue our principal aims and continue to improve inter-European standards and structures for equitable cooperation by just hoping for a continued spontaneous development in the right direction? Or must we intensify our formal contacts and even push for legal initiatives if the present means do not suffice? In a spirit of inter-European respect for national cultures and political systems I think we need elements of both approaches. The balance between these two must probably be found within the next 3-5 years. For this reason there is still work to do both for the Council of Europe and for those of us, who represent its public basis.

Riis, P.: Etika multicentrického klinického výskumu. / Ethics of multicenter clinical research. DEBRA Regional Meeting, 7-8 June, 1999. Medicínska etika & bioetika / Medical Ethics & Bioethics, 6, 1999, No. 1 - 2, p. 14-16. Správa z medzinárodnej konferencie o etike multicentrického klinického výskumu organizovanej Radou Európy (Direktorát pre právne otázky) v Bledě (Slovinsko) pre Českú republiku, Slovensko, Maďarsko, Chorvátsko a hostujúcu krajinu. Podáva informáciu o 6 hlavných diskutovaných problémoch (1. vysoké požiadavky na kvalitu aplikovanej metodológie - podmienka *sine qua non*, 2. vysoký štandard ochrany a rešpektu voči pacientom a zdravým dobrovoľníkom zúčastňujúcim sa na výskumnom projekte, 3. osobná etika výskumného pracovníka, 4. aktívna a nezastupiteľná participácia vedeckého pracovníka na danom projekte, 5. potreba transparentnosti všetkých finančných dohovorov a operácií, 6. uplatnenie distribučnej etiky (rešpektovanie obmedzeného potenciálu vedeckých zdrojov)) - najprv z hľadiska príslušných etických princípov a následne z pohľadu ich praktickej aplikácie, pričom sa poukazuje na možnosti, ktorými by systémy etických komisií jednotlivých členských štátov Rady Európy mohli v budúcnosti ovplyvňovať pravidlá a spôsob posudzovania biomedicínskych výskumných projektov. *Kľúčové slová:* multicentrický klinický výskum, etika, liekové štúdie, etické komisie.

Address: Prof. Dr. Povl Riis, Nerievej 7, DK 2900 Hellerup, Denmark.

LISTY REDAKCII

LETTERS TO THE EDITOR

ČÍLE MEDICÍNY

Poznámky ke zprávě mezinárodní skupiny

Vážený pane vedoucí redaktore,

1. Časopis Ústavu medicínské etiky a bioetiky v Bratislavě uveřejnil v 1. čísle 4. ročníku v březnu 1997 v plném znění závěrečnou zprávu mezinárodního multicentrického výskumního projektu *Cíle medicíny. Nastolení nových priorit*. Dokument, bezesporu závažný, volá po diskusi. Domnívám se, že byl-li by přejmán rozhodovacími mocenskými strukturami bez kritického přístupu, mohlo by to vést až ke krizi současné (budoucí?) medicíny. Potenciální důsledky širší aplikace dokumentu by mohli vést k některým, snad neočekávaným důsledkům. Proto je, myslím, třeba, aby byly pečlivě zkoumány základy, na nichž byl sestaven, a bylo odstraněno, pokud možno, vše chybné, nebo nepravdivé. Jako příspěvek pro takové zkoumání uvádím následující poznámky.

Vývoj medicíny v 19. a 20. století

2. K pochopení současného stavu medicíny je nezbytné vidět její vývoj po nástupu jak zásadních objevů, tak technické revoluce, která do jejího vývoje zasáhla podstatně. Ještě na konci 18. století byla celá medicína odkázána výhradně na diagnostické schopnosti a terapeutické dovednosti lékaře jako jedince. Ten vystupoval ve vztahu lékař-pacient jako ústřední aktivní a živý činitel. Z hlediska uplatňování terapeutických prostředků existovaly výhradně prostředky ze zdrojů daných přírodou.

3. S příchodem technického pokroku se poznání o člověku

a diagnostikování nejen zdokonalovalo, ale stávalo se stále více ve svých výsledcích nezávislým na schopnostech osoby lékaře. Souběžně s tím prodělávala prudký vývoj terapeutická stránka lékařství. (...) Lékař se vůči pacientu stal spíše určovatelem způsobů vyšetření, nosičem informací o léčivech, či pisatelem receptů, než účastníkem a zkoumatelem jeho životních obtíží. Opustil tak úlohu podílníka na pacientově utrpení a pomocníka v obnově životních sil. Stal se spíše úředním spravovatelem a zjišťovatelem lékařských informací. Tuto úlohu navíc výrazně podporuje trend totálně institucionalizovat zdravotnictví jako právně provázaný systém lékařů (privátních i neprivátních), zdravotního pojištění, zdrojů financí a občanské společnosti.

4. Medicina se stala daleko více souhrnem technologií diagnózy a léčby s důrazem na znalost postupů zjišťování chorob a předepisování průmyslových léčiv. Její původní charakter vnímání celé osobnosti pacienta jako součásti přírody, s přirozeným základem a přirozenými projevy - do nichž je zahrnuta s plným vědomím i nemoc se svým průběhem jako adaptace na měnící se životní stavy - (...) jsou v současném pojetí lékařství stále ještě vytlačeny na periferii. (...)

5. Proces technologizace, podmíněný jednostranným analytickým přístupem, byl umožněn především specializací jednotlivých lékařských oborů, která dnes dosahuje takové škály a uvnitř dané specializace takového zúžení pohledu, že pacient jako celistvá bytost není takřka vnímán. (...) Navíc technologický charakter soudobého lékařství podmínil oproti původnímu individuálnímu pojetí pacienta přístup lékaře pod vlivem vidění požadované obecné normy zdraví, léčebného postupu, rychlosti výsledku, právní ochrany...

Medicina jako objekt trhu

6. Technologické pojetí medicíny a její vývoj probíhalo v prostředí vzájemného sociálního ovlivňování lékařství jako vědy o člověku a technického vývoje diagnostických a terapeutických prostředků a jejich nabídky. Od okamžiku, kdy se objevila první diagnostická technická zařízení a první vyráběné farmaceutické produkty, vstoupil do života lékařství trh se všemi pozitivními i negativními následky. Vývoj prostředků medicíny je od té doby také pod vlivem motivace zisku. (...) Na potřebě zdraví se dnes živí s různou mírou poctivosti týmy lidí, kteří mají s lékařstvím samotným většinou pramálo společného. Princip trhu - nabídka a poptávka - vnesl do medicíny zvýšené riziko ztráty vnímání lidského zdraví a umožnil zesíleně proniknout mentalitě zištnosti a motivaci zájmů.

Medicina v rukou politické moci

7. Zorganizování a financování výuky i praxe lékařství pod mocenské systémy státu postavilo lékaře do pozice jistoty životního příjmu a jím určeného společenského postavení na jedné straně, naproti tomu však přinejmenším výrazně snížilo "přirozenou filtraci" těch, kteří díky jakosti svého lidského založení a úrovni lékařských schopností vlastně ani lékaři být neměli. Kritériem pro uznání práva provozovat lékařskou praxi jsou zkoušky z vědomostí daleko více knižních, zkoušky z rozsahu znalostí a přehledu informací, než individuální úspěšnosti v samotném léčení. Vyvázanost závazných postupů na politicko-právní řád činí z lékaře rutinního, státem podporovaného úředníka daleko více, než člověka hluboce zaujatého svým trpícím bližním.

8. Potencionální pacient není vůči tomuto systému v dobrovolné pozici. Způsobem organizace finančního zabezpečení zdravotní péče je nucen žít proti své vůli celou administrativu pojišťovacích systémů i státní byrokracie. Neučiní-li tak, je právně stíhán. Potažmo žije - opět nedobrovolně - celý farmaceutický i technický průmysl, který se, včetně obchodní sféry, na životě současného zdravotnictví podílí. Obchodní sféra jej přitom stojí nejvíce.

9. Různá pojetí organizace zdravotního zabezpečení, resp. finančního zajištění fungování zdravotnictví, se zvláště v současných demokraciích stávají jedním z klíčových politických prostředků získávání přízné vůle a moci. Tak lidsky vznešené poslání, jakým lékařství je, je poníženo na primitivní nástroj politické manipulace.

Medicina a příroda

10. Pro další sledování cest, které jsou pro medicínu správné, je nutno vidět ji v její původnosti. Člověk je zcela určitě svou biologickou podstatou přírodní existencí. Je částí celého systému živé přírody. (...) Od pradávna zkoumala medicína s tímto pohledem prostředky, jimiž nemocnému mohla pomoci zdolat a překonat onemocnění, jímž byl postižen, a také zmírnit a tišit bolesti i jiná utrpení, jimiž se nemoc projevovala. Původně pak

nebylo cílem lékařství *potlačit* nemoc v jejich příznacích. Ty byly vnímány jako reakce organismu na poruchu životních sil. Vývoj příznaků vypovídal o obnově těchto sil. Usilovalo se tedy primárně o regeneraci pacienta, nikoli o potlačení nemoci. (...) Léčebné postupy byly voleny tak, aby uplatnění a dávkování léčebných prvků či jejich složek vyvolaly v daném pacientovi obnovu a uzdravení. (...)

Medicina a člověk

11. Vzájemný poměr medicíny jako vědy a jedince měl vždy několik stránek. Jednak je to věda o člověku - o jeho vitálních projevech, schopnostech a poruchách, které jej zneschopňují či ničí. Ve svém praktickém projevu je to živý kontakt mezi lékařem a pacientem. Je nesmírně důležité, jakým způsobem jsou utvářeny tyto vztahy.

12. Předně je důležité, aby nositelé lékařské vědy - ať už badatelé či praktičtí lékaři - si byli ustavičně vědomi, že tato věda se všemi důsledky je zde pro člověka, má mu sloužit pro návrat a rozvoj životních sil, je-li to možné, a mírnit co nejhodněji utrpení, když už i natrvalo tyto síly odcházejí. (...) Neměli by připustit nadřazování vědy nad člověka a stavět jej do postavení závislosti na její resp. jejich svévůli. (...)

13. Vztah jedince vůči této vědě by měl být utvářen výchovou i již školskou výukou tak, aby v něm zesilovalo vědomí, že je zde tato věda nikoli pro utváření jeho pocitu pohodlí a bezbolestnosti či života bez utrpení, ale pro možnou obnovu životních sil a tišení utrpení plynoucího z jejich narušení. Medicina se má objektivně a zároveň v očích jednotlivých pacientů starat o takové zajištění jejich potřeb, které je možné.

14. V žádném případě však nemá uspokojovat jeho neuskutečnitelné žádosti, nebo žádosti, které nemají vztah k jeho zdravotnímu poškození, či vedou k ničení existující síly života v existujícím jedinci. Neměla by ani přijmout funkci tvorby technologií manipulujících se silami života, protože se takové postupy dotýkají svobody a samotné existence jedince. Měla by takové sporné postupy náležitě reflektovat s vědomím, že již tím, že jsou přijaty na pole medicíny, je dána možnost jejich nehumánního zneužití a vytváření vpravdě handlířských snah zabezpečit pohodlí a svévůli jedince, které s navracením zdraví a životních sil nemají nic společného.

15. Lékařská věda by měla obnovit princip individuálního přístupu k nemocnému a opustit mentalitu výhradního normování člověka, neboť abstraktní jedinec je jen učebnicovým případem. (...) V léčebné praxi by pak měla uskutečnit návrat k léčbě *pacienta* postiženého nemocí, nikoli choroby "získané" pacientem. Měla by volit k léčení přirozené prostředky všude tam, kde jsou vhodné. (...)

Medicina a společnost

16. Lékařství (...) má přistupovat k lidem bez ohledu na jejich stávající společenské postavení či původ. Je svou profesí zvlášť disponovanou k solidaritě. Tímto svým charakterem se dotýká celé společnosti. (...) Každému jedinci společnosti je nezbytným pomocníkem v nemoci, či v radě, jak se jí vyhybat, jak žít v co nejpříjemnější dispozici životních sil. Je tedy v zájmu společnosti, aby pro ni měla medicína prostředky pro léčebné účely tak vhodné, jak je to jen možné. (...) Možnosti medicíny jsou vymezeny přirozenými zákonitostmi - které nemají původ v člověku samém. Například on má své kořeny v nich. Společnost by se měla s úctou této skutečnosti podřídit a neatakovat medicínu požadavky svých zájmů a pohodlí. Jediným požadavkem trvalého charakteru by mělo být podporovat ta úsilí medicíny, která pečují o potřebné přístupy k obnově životních sil pacientů, či útěse utrpení tam, kde se jich již nevratně nedostává.

17. V právním systému by měla společnost oddělit do oblasti trestů proti lidskosti veškeré technologie na poli lékařství, které se zdroji života zacházejí způsobem ničení, zvláště ničení nevrátneho.

(Zde je možno připomenout jen ty nejznámější - umělé potraty, či chemické či chirurgické (sem dnes patří drtivá většina prostředků vydávaných za "antikoncepci"), plození laboratorními metodami, euthanázie, stejně jako umělé prodlužování života tam, kde k němu již není síla. (...))

18. V popředí zájmu současné společnosti je i otázka financování systému zdravotnictví. Přitom je zdravotnictví ztotožňováno automaticky a zcela nelogicky s medicínou jako takovou. Je třeba vnímat rozdílnost těchto pojmů i to, jakým způsobem spolu souvisí. Zatímco zdravotnictví je systém spravovaný společensko-politickou mocí, založený na institucionalizaci, lékařství je věda o člověku se svou podstatnou praktickou stránkou, která byla do tohoto systému vsazena a ocitla se tak natrvalo pod nebezpečím všestranné manipulace. (...)

Medicina a mravnost

19. Dosavadní úvahy vedou k několika závěrům. Ten, který stojí nade všemi, je vzájemné postavení lékařství a člověka, resp. společnosti z úhlu pohledu mravnosti - míry uplatnění dobra pro lidstvo i jednotlivce, pro jejich život a naopak míry realizace zlych úmyslů bezohlednosti a sobectví, třebaš i vychytrale a nepostřehnutelně zakrývaných, které život ničí - samozřejmě v tématu, které lékařství obsahuje. Bude-li lékařství usilovat o prospěch pro život lidí, zvláště těch, kteří jsou, byť třebaš jen přechodně ve své existenci bezbranní a závislí na chování jiných, může klíčově sloužit lidskému životu - někde pro jeho rozvoj, jinde pro návrat či obnovu zdraví, někdy útěchou i pro pokoj a smysl jeho odchodu. Přispěje-li k "normalizaci" a technologizaci člověka včetně kopírovací reprodukce a snah o genetické inovace, k manipulaci jeho podstatou, nabere trend dehumanizace a bude spolupůsobit na procesu změny člověka na něhého nelidského - "ne už člověka". Druhý směr, řekněme, směr sebezničující, nepotřebuje ke svému rozvinutí nejmenších zásad. První směr, směr mravního dobra, je poctivým uskutečňováním prastarých zásad Hippokratovské etiky, k nimž se dodnes všichni medicí přihlašují, aby dostali lékařský diplom. Hlásí se však k ní i všichni lékaři s diplomem?

Zlín, 28. 9. 1998

Ing. Josef Husek

Redakčně upravené, krátené: (...) - vynechané odstavce. Neskrátený text je k dispozici v redakcii.

Adresa: Ing. Josef Husek, Ševcovská 4055, 76001 Zlín, Česká republika.

RECENZIE / BOOK REVIEWS

HEALTH CARE UNDER STRESS

Glasa, J., Klepanec, J., R. (Eds.),
Charis IMEB Fdn., Bratislava, 1998, 145 pgs.

The book present to the broader professional audience the collection of papers of distinguished international scholars in bioethics and public health devoted to the ethical problems of relative or absolute scarcity of resources necessary to sustain and develop contemporary medicine and health care. The papers are based on presentations delivered by the authors during the International Bioethics Conference held under the same title at the Postgraduate School of Medicine in Bratislava on August 29 - 31, 1996, that was organized by the Institute of Medical Ethics and Bioethics (Bratislava) in collaboration with several bioethics centres from West European and from the United States. The conference was participated by doctors, nurses and health administrators from neighbouring Central and East European countries. This created a unique opportunity for mutual exchange of information, views and ideas, and also a fruitful dialogue among participants coming from different socioeconomic and cultural background. This has been well embodied into the book.

The book consists of several longer or shorter thematic sections. The papers of T. Iglesias (Dublin) and H.

Watt (London) set the scene from the point of view of the medical profession, remembering its mission and struggling for moral integrity in the time of scarcity perceived in health care systems worldwide ("Medicine as a healing profession", "Moral integrity in medical practice"). Paper of L. Badalík and J. B. Minichová brings in the view of the World Health Organisation stemming from the recent assessment of results and future perspectives of the Program "Health for All to the Year 2000". J. Polder and H. Jochemsen analyze the features of systemic stress in health care systems and health insurance in times of scarcity.

The next section is devoted to the problem of resource allocation and rationing in health care. Starting with an ethical framework (J. Kilner), highlighting the West European (L. Antico et al.) and East European view of the problem (the later one demonstrated by the example of developments in Slovakia during the present difficult transformation period (P. Kleskeň)), it ends with reflections on economy, justice and equity in health care (A. Romano et al.).

The following part of the book features the concrete examples brought in by speakers from different countries. The paper on ethical role of the physician in diagnosis related groups (DRG) health care system (A. G. Spagnolo et al.) is followed by the contribution of G. Gaizler giving an overview of the impact and problems of transition from the socialist to competition based health care system in Hungary. The paper of P. Sidorov (et al.) describes the experience of managing the health care system in the North of Russia (Arkhangelsk Region) in the situation of considerable scarcity and stress. Patterns of demographic behaviour in the European countries are analyzed by K. Pastor from the point of view of an impact of the second demographic transition on the future developmental tendencies and problems to await in the field of medicine and health care. H. Vrbová reports on the possibilities the medical education should implement to prepare future health professionals for their work in the conditions of at least relative scarcity of resources and economic stress in health care. D. Sacchini et al. and L. Antico et al. bring together the highlights of the final panel discussion of the conference.

The publication is completed by two informative chapters. The paper by J. Glasa et al. analyzes the development of bioethics in Slovakia in the period of transition (since the year 1990 till nowadays). The paper of L. Badalík et al. gives an overview of activities of the School of Public Health in Bratislava during its 5year existence.

The book will be of interest to the health care professionals and administrators, and to all interessants, who are faced by pressing, sometimes really stressful moral issues of scarcity and professional integrity in contemporary medicine and health care.

RNDr. Soňa Ftáčniková, PhD.

Address: Dr. S. F., Institute of Preventive and Clinical Medicine, Limbová 14, 83301 Bratislava, Slovak Republic.

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

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

Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Redakčná rada/Editorial board: M. Babál, J. Klepanec, M. Košč, J. Labus, J. Matulník, M. Mikolášik, J. Palaščák, R. Pullmann, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A. Bajan, I. Ďuriš, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčméry ml., R. Korec, M. Kriška, J. Longauer, M. Makai, E. Mathéová, T. R. Niederland, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), D. Callahan (Briarcliff Manor, N.Y.), T. Hope (Oxford), L. Gormally (London), H. Klaus (Washington), E. Morgan (London), M. Munzarová (Brno), R. H. Nicholson (London), J. Payne (Prague), A. Slabý (Prague), A. Spagnolo (Rome), T. Šimek (Prague), E. Topinková (Prague) ■ Výkonný redaktor/Executive Editor: H. Glasová ■ Adresa redakcie/Address: Nadácia Ústav medicínskej etiky a bioetiky/Institute of Medical Ethics and Bioethics Fdn., Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (+421-7) 59369472 ■ Registrované MK SR číslo 964/94. ■ Published by Charis Publishing House, Ipeľská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics Fdn., Bratislava.

PRINTED IN SLOVAKIA

Reklama

Advertisement

Reklama

Advertisement