

Acta Medica Christiana

Spravodaj zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov
Ročník 5. 1998 Číslo 3

Obsah

✓ Úvodom Veľký rozvod C. S. Lewis... 1	v roku 1997. J. Bielik 11
✓ Stanoviská 2	- Návrh zásad zdravotnej politiky
- Stanovisko k problematike transplantácie	J. Bielik 14
<i>Komisia pre otázky bioetiky KBS</i> 2	✓ Pastoračná starostlivosť
- Stanovisko k problému klonovania človeka	v nemocniciach 17
<i>Komisia pre otázky bioetiky KBS</i> 3	- Pastoračná starostlivosť
- Vyhlásenie k problému trestu smrti	v nemocniciach - pohľad lekára
<i>Komisia pre otázky bioetiky KBS</i> 4	M. Babál 17
✓ Príspevky a materiály 6	- Pastoračná starostlivosť v nemocniciach - pohľad kňaza D. Dian 19
- Rómska rodina - mýty a realita.	✓ Aktuality 21
M. Lenczová 6	- Modlitba za slovenské zdravotníctvo
- Láska zdravotníka. M. Babál 9	J. Bielik 21
- Barcelonská deklarácia paliatívnej starostlivosti. S. Fabuš 10	- List (Jakutsk, 13. 4. 1998)
- Zdravotníctvo v Slovenskej republike	J. D. Pravda a spol 22
	- Život tela a duše B. Chmelík 24

Úvodom

VELKÝ ROZVOD

“Myšlienka spojiť nebo a peklo dohromady je asi večne v nás, založená na viere, že skutočnosť nás nikdy nestavia pred nevyhnutné buď - alebo. Na viere, že ak máme schopnosti, kľud a navyše dostatok času, nájdeme vždy určitý spôsob prijatia oboch alternatív.

Túto vieru považujem za katastrofálny omyl. Nemôžete si vziať všetku svoju batožinu na všetky cesty, ktoré máte pred sebou. Nežijeme vo svete, kde všetky cesty sú špirály, a ak po nich ideme dostatočne dlho, približujeme sa k stredu, ktorý nakoniec určite nájdeme. Žijeme skôr vo svete, kde sa každá cesta po niekoľkých kilometroch delí na dve, každá z nich po chvíli opäť na dve ďalšie a na každom z týchto rozcestí stojíme pred rozhodnutím.

Nemyslím si, že všetci, ktorí si vybrali zlú cestu, zahynú. Ich záchrana však spočíva v návrate na dobrú cestu. Chybný súčet sa dá opraviť, ale len tak, že prejdeme späťne stípec čísiel a hľadáme chybu. Chybný súčet nikdy neopravíme tak, že proste budeme pokračovať vo výpočte. Zlo môže byť zmazané, ale nikdy sa nemôže zmierniť vývojom alebo dokonca vývojom zmeniť na dobro. Dostatok času na tom nič nezmení.”

C. S. Lewis

STANOVISKO K PROBLEMATIKE TRANSPLANTÁCIÍ

Komisia pre otázky bioetiky KBS

Komisia pre otázky bioetiky KBS na svojom riadnom zasadnutí dňa 25. 4. 1998 v Bratislave prerokovala podstatné aspekty diskusie o problematike transplantácií, ktorá v nedávnej minulosti prebehla v slovenskej verejnosti, médiách masovej komunikácie, ako aj na pôde NR-SR. K problému sa rozhodla prijať nasledovné stanovisko:

1. Pokrok a rozšírenie transplantácií orgánov a tkanív v súčasnosti umožňuje záchranu života a prinavrátanie zdravia u mnohých chorých, ktorých zdravotný stav ešte v nedávnej minulosti medicínskymi prostriedkami nebolo možné zlepšiť. Darovanie a transplantácia orgánov a tkanív je službou životu, ktorá **predstavuje vysokú mravnú hodnotu** a oprávňuje medicínsku prax.

2. Pri vykonávaní transplantácií je vždy potrebné rešpektovať **etické podmienky**, ktoré sa týkajú darcu, príjemcu, darovaných a transplantovaných orgánov, procesu prípravy a vykonania transplantácie, ako aj následnej starostlivosti o transplantovaných pacientov.

Nemalým problémom vykonávania transplantácií sú pomerne vysoké ekonomické náklady a ich pokrytie v rámci daného zdravotníckeho systému, ako aj nepomer medzi potrebou transplantácií a možnosťou získania vhodných orgánov.

3. Každá transplantácia orgánu alebo ľudského tkaniva vyžaduje jeho odňatie, ktoré určitým spôsobom naruší telesnú integritu darcu. **Darovanie** resp. **odňatie** je z etického hľadiska oprávnené na základe *zásady solidarity*, ktorá spája členov ľudskej rodiny, a láskou, ktorá disponuje jednotlivca k daru trpiacemu bližnému. Pri darovaní orgánov a tkanív, vrátane darovania krvi, ide o vysoko humánny a mravne hodnotný čin: človek daruje časť seba samého, svojej krvi alebo svojho tela, na záchranu života alebo zdravia druhého človeka.

4. Pri darovaní orgánu alebo tkaniva zo strany **žijúceho darcu** je podmienkou, že ide o orgány, ktorých odňatie neprináša ťažké a nenapraviteľné zmrzačenie darcu. Osoba môže darovať zo spravodlivého a primeraného dôvodu len to, čoho sa môže zbaviť bez toho, že by závažným spôsobom ohrozila svoj život, zdravie alebo osobnú totožnosť.

5. Odňatie orgánov alebo tkanív od **mŕtveho darcu** je oprávnené až vtedy, keď sa s istotou zistila jeho smrť. Z toho vyplýva povinnosť urobiť všetky potrebné opatrenia, aby nikto nebol považovaný za mŕtveho a tak sa s ním nezaobchádzalo, kým nebude patričným spôsobom zistená a overená jeho smrť. Na to, aby bola osoba považovaná za mŕtvu, postačuje konštatovanie *mozgovej smrti*, ktorá spočíva v nezvratnom ukončení všetkých mozgových funkcií. Keď sa mozgová smrť spoľahlivo zistila, totiž po patričných medicínskych overeniach, možno pristúpiť k odňatiu orgánov, ako aj umelo nahradiť potrebné orgánové funkcie, aby sa príslušné orgány udržali pri živote pre transplantáciu.

6. Lekársky zákrok pri transplantácii je neoddeliteľný od **ľudského skutku darovania**. Za živa i po smrti musí byť na osobe, u ktorej sa vykonáva odňatie orgánov, poznať, že ide o darcu, t.j. o toho, kto dobrovoľne súhlasí s odňatím. Transplantácia predpokladá predchádzajúce, slobodné a vedomé rozhodnutie zo strany darcu ale-

bo niekoho, kto ho právom zastupuje (obvykle najbližší príbuzní). Ide tu o rozhodnutie darcu bez akejkoľvek náhrady ponúknuť časť svojho tela pre blaho druhej osoby. V tomto zmysle lekársky zákrok transplantácie umožňuje darcovi úkon darovania, ktorý je úprimným darom seba samého a vyjadruje naše podstatné povolanie k láske a spoločenstvu.

Možnosť, ktorú poskytuje bio-lekársky pokrok, t.j. premietnuť za hranice smrti toto povolanie človeka k láske, má povzbudiť osoby, aby za svojho života ponúkli časť svojho tela na záchranu života alebo zdravia svojich blízkych - s tým, že táto ponuka sa stane účinnou v prípade ich smrti. Ide tu o skutok veľkej lásky, tej lásky, ktorá dáva svoj život za druhých.

Zápisom do tejto darcovskej "ekonomickej" lásky nie je samotný lekársky zákrok transplantácie, ba ani jednoduchá transfúzia krvi nie je rovnakým zákrokom ako iné lekárske výkony. Nemôžu sa totiž oddeliť od spomínanej dobrovoľnej obety - darovania zo strany darcu, od lásky, ktorá dáva život. Tu sa zdravotnícky pracovník stáva prostredníkom čohosi veľmi významného: sebadarovania, vykonaného osobou - a to i po smrti - aby ktosi iný mohol žiť.

7. Pri tejto príležitosti je potrebné zdôrazniť jednoznačnú podporu a uznanie oprávnenému úsiliu lekárov, zdravotníckych pracovníkov a ostatných zodpovedných činiteľov za prípravu, realizovanie, ako aj materiálne a ekonomické zabezpečenie lekárskeho transplantáčného programu na Slovensku. Je potrebné viac informovať aj širokú verejnosť o medicínskej potrebe a vysokej mravnej hodnote transplantácií a podporovať všeobecne kladné postoje k otázke darcovstva orgánov a tkanív, vrátane darcovstva krvi.

8. Zodpovedné štátne orgány (vláda, ministerstvá a slovenský parlament) by uvážливо, v spolupráci so zainteresovanými odborníkmi i s verejnosťou, a v súlade s oprávnenými etickými požiadavkami a normami mali v blízkej budúcnosti pripraviť vhodnú novelizáciu existujúcich legislatívnych noriem, ktorá by lepšie zaisťovala uplatnenie etických hľadísk, uvedených v tomto stanovisku."

Bratislava, 25. 4. 1998

Mons. Prof. ThDr. F. Tondra
biskup, predseda KOB KBS

Porov.: Papežská rada pro pastoraci mezi zdravotniky: *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, čl. 83, 86, 87, 90, 91, vyd.: Zvon, Praha 1996, s. 65 - 69.

STANOVISKO K PROBLÉMU KLONOVANIA ČLOVEKA

Komisia pre otázky bioetiky KBS

1. Komisia pre otázky bioetiky KBS na svojom riadnom zasadnutí dňa 14. 2. 1998 v Bratislave sa zaoberala etickými aspektami aplikácie metódy nepohlavného rozmnožovania živočíchov klonovaním u človeka. Vzala na vedomie aktuálny stav vedeckých poznatkov molekulárnej biológie, genetiky, reprodukčnej medicíny a ďalších disciplín, ktoré poukazujú na to, že počatie človeka prostredníctvom metódy klonovania sa stáva technickou možnosťou. Pripomenula závažné znepokojenie svetovej vedeckej i laickej verejnosti, ktoré pred nedávnom vyvolali úvahy o etických, medicínskych, psychologických a sociálnych dôsledkoch a rizikách možného klonovania človeka. Toto znepokojenie už vyjadrili významné medzinárodné inštitúcie a osobnosti.

2. Klonovanie zásadným spôsobom odporuje dôstojnosti človeka a dobru jednotlivca i celého ľudského spoločenstva. Predstavuje nepripustné zneužitie medicíny a vedeckého pokroku v oblasti biomedicínskych vied. Každá ľudská bytosť od okamihu svojho počatia má právo na úplné rešpektovanie a ochranu svojho života, jeho nenarušiteľnosti, biologickej, duševnej a duchovnej identity a integrity, ako aj na ochranu pred každým zneužitím a manipuláciou. Počatie človeka metódou klonovania by predstavovalo hrubú manipuláciu a zneužitie zasahujúce daného jednotlivca už na samom úsvite jeho osobnej existencie a vytváralo by predpoklady závažných osobných a sociálnych dôsledkov, jeho ďalšej diskriminácie a zneužitia. Znamenalo by tiež ohrozenie, ba prevrátenie a zničenie základných ľudských hodnôt a vzťahov, na ktorých stojí existencia i budúcnosť ľudskej spoločnosti a civilizácie (napr. rodina, rodičovstvo, pokrvné príbuzenstvo, národné a etnické spoločenstvo, atď.). Z uvedených dôvodov je potrebné aj túto metódu umelého počatia človeka rozhodne a jednoznačne odsúdiť a žiadať jej bezpodmienečný zákaz.

3. V tejto súvislosti je potrebné privítať a oceniť kroky, ktoré už podnikli zodpovedné štátne orgány Slovenskej republiky (najmä Národná rada Slovenskej republiky) v smere urýchlenia prístúpenia Slovenskej republiky k medzinárodným dohovorom jednoznačne požadujúcim zákaz klonovania ľudských bytostí (Konvencia o ľudských právach a biomedicíne, Rada Európy (1996); Protokol ku Konvencii o ľudských právach a biomedicíne o zákaze klonovania človeka (1997)). V tomto úsilí na medzinárodnom poli je potrebné naďalej aktívne pokračovať.

4. Odsúdenie a úplný zákaz metódy klonovania človeka, ku ktorým vedú závažné vedecké a morálne dôvody, je potrebné chápať nie ako obmedzovanie slobody vedeckého výskumu, či dokonca ako snahu brzdiť súčasný vedecký pokrok. Ide skôr o ochranu samotnej vedy, ako aj ľudskej spoločnosti pred nezodpovedným zneužitím nových technických a technologických možností a tiež o presadzovanie oprávnenej požiadavky, aby výsledky vedeckého poznania slúžili skutočnému dobru, pokroku a rozvoju ľudskej osoby - každého jednotlivca, spoločenstiev i celej ľudskej rodiny.

Pri tejto príležitosti je vhodné poukázať aj na potrebu a závažnosť pravdivého, seriózneho informovania širokej verejnosti - tak zo strany vedeckej komunity, ako aj zo strany médií masovej komunikácie - a zodpovednosť všetkých zúčastnených na vytváraní informovanej a aktívnej verejnej mienky.

Bratislava, 25. 4. 1998

Mons. Prof. ThDr. F. Tondra
biskup, predseda KOB KBS

VYHLÁSENIE K PROBLÉMU TRESTU SMRTI

Komisia pre otázky bioetiky KBS

Komisia pre otázky bioetiky KBS pozorne sleduje diskusie o znovuzavedení trestu smrti, ktoré sa v poslednej dobe u nás rozprúdili. V súvislosti s touto otázkou sa argumentovalo i "súhlasom zo strany Katolíckej Cirkvi". Komisia sa týmto problémom zaoberala na svojom zasadnutí dňa 30. 5. 1998 v Bratislave. Po dôkladnom preskúmaní veci dáva pre orientáciu veriacich toto vyhlásenie:

1. Nový Katechizmus katolíckej Cirkvi, ktorý potvrdil svojou autoritou sv. Otec Ján Pavol II. v roku 1992 sa tejto otázke venuje v bodoch 2263-2267 v súvislosti

s oprávnenou obranou osoby a spoločnosti. Preto, kto bráni svoj život, nedopúšťa sa vraždy, i keby bol pritom nútený usmrtiť útočníka (2264). Podobne i pri obrane spoločnosti: "Zachovať všeobecné blaho spoločnosti vyžaduje, aby bol útočník zneškodnený. Z tohto dôvodu tradičné učenie Cirkvi uznalo, že je odôvodnené právo a povinnosť právoplatnej verejnej moci ukladať tresty primerané závažnosti zločinu, nevylučujúc, v prípade krajnej závažnosti, ani trest smrti" (2266).

2. Katechizmus však pripomína, že účelom trestu je predovšetkým náprava poriadku, obrana verejného poriadku a bezpečnosť osôb. Trest má prispievať k náprave vinníka. "Ak nekrvavé prostriedky postačujú na obranu životov osôb a ochranu verejného poriadku, verejná moc sa obmedzí na tieto prostriedky, pretože lepšie zodpovedajú konkrétnym podmienkam všeobecného blaha a viac sa zhodujú s dôstojnosťou ľudskej osoby" (2267).

Katechizmus upozorňuje, citujúc sv. Tomáša, že "ak niekto pri obrane vlastného života použije väčšie násilie, ako je potrebné, jeho konanie je nezákonné" (2264). Podobne by konala spoločnosť v prípade zločinca, ktorého už zbavila možnosti konať zlo (napr. uväznením).

3. Trestu smrti venuje pozornosť sv. Otec i v encyklike *Evangelium Vitae* (Evanjelium života). Stále rastúci odpor verejnej mienky voči trestu smrti považuje za "znak nádeje" (27). V čl. 56 hovorí: "Tak v Cirkvi ako aj v civilizovanej spoločnosti sa stále všeobecnejšie hlása požiadavka čo najviac ho obmedziť, alebo ho úplne zrušiť. ... Treba dôkladne zvážiť uloženie trestu ... nemá sa pritom siahäť k poprave páchatel'a okrem prípadov absolútnej nutnosti, keď niet iných spôsobov ochrany spoločnosti. Dnes však vďaka lepšej organizovanosti spoločnosti takéto prípady sú veľmi zriedkavé a možno sa už vôbec nevyskytujú."

4. Zástancovia trestu smrti sa opierajú o zdravý cit pre spravodlivosť. Skutočne, trest smrti má viac povahu pomsty (t.j. "vykonania spravodlivosti") než ochrany spoločnosti. Tu však treba znovu pripomenúť novozákonný princíp, podľa ktorého "pomsta patrí Bohu" (Dt 32,35; Rim 12,19). Človek pri svojom úsilí o spravodlivosť nie je neomylný, preto spoločnosť nemá vinníka trestať viac, ako je nevyhnutné. Nemá sa považovať za absolútneho pána nad životom a smrťou svojich členov. Aj pre tieto prípady platia Ježišove slová: "Nechcem smrť hriešnika, ale aby sa obrátil a žil." (Ez 33, 11) a tiež uistenie o "radosti, ktorú majú anjeli v nebi nad hriešnikom, ktorý koná pokánie" (por. Lk 15, 10). Trestom smrti sa však človeku možnosť obrátenia odníma.

5. Nemožno považovať za preukázané, že by trest smrti väčší odstrašoval zločincov, ako iné prísne tresty (napr. doživotné väzenie) a teda i jeho "preventívny" účinok je problematický.

Odradzujúco pôsobí nielen výška trestu, ale aj vedomie, že každý zločin bude odhalený, zločinec postavený pred súd a potrestaný. Z tohoto hľadiska je pre znižovanie kriminality potrebné sústrediť sa predovšetkým na dôsledné vyšetrovanie a primerané potrestanie všetkých spáchaných zločinov.

6. Po zvážení všetkých argumentov komisia dospela k presvedčeniu, že okolnosti, ktoré by oprávňovali znovuzavedenie trestu smrti, v našej krajine určite nenastali, a dúfa, že už ani nikdy nenastanú.

Bratislava, 30. 5. 1998

Mons. Prof. ThDr. František Tondra
biskup, predseda KOB KBS

RÓMSKA RODINA - MÝTY A REALITA

V každom človeku je zakotvená potreba vysvetliteľnosti sveta. To nás niekedy vedie k zjednodušeniam, ktorými sa snažíme vysvetliť si neznáme skutočnosti. Rómovia sú pre nás často tiež tak trochu záhadou. Preto si pomáhame rôznymi stereotypmi, ktoré ale nemusia celkom verne odrážať realitu: zlievajú sa nám do jednej masy z počtu detí a výšky dávok usudzujeme, že majú deti len kvôli prídavkom nechápeme, prečo sa sami o seba lepšie nepostarajú. Pre lepšie pochopenie musíme nácieť hlbšie do skutočnosti - a o to sa snažíme v nasledujúcom texte.

Opierame sa pritom o výsledky výskumu rómskych rodín, realizovaného na Výskumnom ústave práce, sociálnych vecí a rodiny v máji-júni 1997, ktorého sa zúčastnilo 761 rómskych rodín z celého Slovenska.

Sú Rómovia všetci rovnakí?

V našom výskume sme ako najvýraznejšie diferenciatné znaky zaznamenali charakter sídla (osada - dedina- mesto), stupeň izolácie, resp. integrácie (škála od čisto rómskeho prostredia po čisto nerómske), vzdelanie respondentov, najmä vzdelanie muža - otca v rodine, ekonomická situácia rodín. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami podľa vymenovaných znakov sa týkali postojov, spôsobu života, výchovného prostredia a celkovej sociálnej situácie rodín.

Ďalšie rozdiely určuje aj rozličná skupinová, alebo lepšie povedané subetnická príslušnosť. Na Slovensku sú najpočetnejšie zastúpené tri skupiny, ktoré sa zvyknú označovať ako slovenskí Rómovia, maďarskí Rómovia a olašskí Rómovia. Z nich najzavretejšou skupinou sú olašskí Rómovia. Majú svoje špecifické, od ostatných skupín odlišné zvyklosti a zákony, ktoré dodnes dodržiavajú. Predstavujú približne 5-10% rómskej populácie na Slovensku. (Mann, 1990). Olašskí Rómovia kočovali až do zákazu kočovania v r.1958. Slovenskí a maďarskí Rómovia sa usádzali už dávno pred rokom 1958 a vytvárali aj ekonomické väzby s majoritným obyvateľstvom (kováčstvo, korytárstvo, pomáhanie sedliakom,...), ktoré boli však príchodom socializmu preťaťé.

Rozdiely, prejavujúce sa dokonca od dediny k dedine, majú často svoje historické korene. Dobrým príkladom pre to sú dve susedné obce v okrese Spišská Nová Ves - Spišské Tomášovce a Letanovce. Začiatkom nášho storočia rómske obyvateľstvo v obidvoch obciach žilo na podobnej, nie príliš dobrej úrovni. V súčasnosti sú medzi nimi podstatné rozdiely v spôsobe života - tomášovskí Rómovia žijú v pekných, murovaných domoch, ktoré tvoria prakticky súčasť dediny. Letanovskí Rómovia žijú v osade mimo dediny, v drevených domoch, bez základného vybavenia. V Spišských Tomášovciach sa Rómovia vďaka priateľstvu medzi starostom a vajdom v medzi- a povojnovom období aktívne zapájali do života obce. V Letanovciach boli Rómovia odsunutí na okraj spoločenského života obce a nakoniec okolo roku 1928 vysťahovaní mimo obec. Rómovia zo Spišských Tomášoviec letanovskými Rómami pre ich spôsob života pohrdajú a nestýkajú sa s nimi.

V oblasti Spišskej Novej Vsi a Popradu, ktorá je známa svojimi rómskymi osadami,

však Spišské Tomášovce nie sú jediným príkladom vcelku harmonického spolužitia medzi Rómami a Ne-Rómami. Ďalšími sú napríklad Spišský Štvrtok, Hrabušice, Štrba.

Pod vplyvom uvedených informácií môžeme lepšie porozumieť, prečo Rómovia na lepšej úrovni automaticky nepomáhajú iným Rómom, nachádzajúcim sa v horšej situácii, prečo Rómovia nemajú jednotnú politickú reprezentáciu a pod., ako by to od nich možno očakávala majoritná časť našej spoločnosti. Odpoveď je jednoduchá - pretože sú rôzni, tak ako sú rôzni Slováci, Maďari a ďalšie etnické skupiny žijúce v našej vlasti.

Oproti tendencii vnímať Rómov ako jednoliatu masu je však ešte zavádzajúcejšia skutočnosť, že merítkom pre nás sú skôr tí, ktorí žijú zaostalejším spôsobom života - v osadách, v chatrčiach, bez vody či elektriny, nevzdelaní, nepracujúci. Tu zohrávajú svoju úlohu aj masmédiá - zaujímavejšie je to, čo je šokujúce.

Majú Rómovia veľa detí kvôli prídavkom na deti?

Podľa V. Bačovej rómska rodina predstavuje iný demografický typ ako majoritná rodina. Pre rómsku rodinu je podľa nej charakteristické nízky vek začiatku života v partnerskom zväzku a nízky vek žien pri prvom pôrode, značný podiel detí a menší podiel ľudí v poprodukčivnom veku, viacčlenné domácnosti, vyšší podiel úplných rodín s deťmi do 15 rokov a spoločné bývanie niekoľkých generácií pokrvných príbuzných, spoločné hospodárenie.

Podobne v našom výskume priemerný počet detí v rodine bol približne štyri deti (4, 123). Väčšina respondentských rómskych rodín sa čo do počtu detí pohybovala v rozpätí dve až päť detí (2 - 18,6%, 3 - 20,6%, 4 - 18,7%, 5 - 13,5%).

Podľa výsledkov výskumov A. B. Manna však aj v niektorých rómskych komunitách prebieha demografická revolúcia, charakterizovaná poklesom pôrodnosti a poklesom úmrtnosti detí, priemerného počtu detí v rodine a úbytkom pôrodov žien v hornej hranici ich reprodukčného obdobia (nad 35 rokov ich veku). Významnú úlohu pritom podľa A. B. Manna zohráva stupeň ekonomickej a kultúrnej vyspelosti daného spoločenstva, ako aj miera pozitívnych kontaktov s nerómskymi obyvateľmi a miera koncentrácie rómskeho obyvateľstva v tej - ktorej lokalite.

U našich respondentov sa vyšší počet detí častejšie objavoval u rodín žijúcich v osadách, najmä v osadách pri mestách a samostatných osadách, ďalej u rodín s mužom so vzdelaním nižším ako základným, žijúcich najmä v rómskom prostredí. Pre rodiny s vyšším počtom detí je viac charakteristická horšia ekonomická situácia a situácia závislosti na sociálnych dávkach.

Na základe poznatkov získaných pri výskume sa domnievame, že vyšší počet detí v týchto rodinách môže byť aj určitým dôsledkom tradície "silnej rodiny", ktorá sa stále udržiava v niektorých rómskych komunitách. Ďalšou príčinou môže byť aj to, že rodinný život sa stáva jedinou formou sebarealizácie, životnej perspektívy v podmienkach vysokej nezamestnanosti. Určitú úlohu tu prirodzene zohrávajú aj ekonomicke faktory, podobne ako v chudobných rodinách v minulosti, kde deti už od detstva pomáhali v rodinnom hospodárstve a boli zárukou pokojnej staroby rodičov.

V našom dotazníku sme sa dotkli aj citlivej otázky rozhodovania rodičov o počte detí. Viac ako polovica (58, 3%) si vybrala variant odpovede: "Muž a žena by si mali vopred povedať, koľko chcú mať detí - aby ich vedeli potom vychovať a uživiť - a podľa toho sa potom riadiť." Ďalšie dva varianty si zvolil približne rovnaký počet

respondentov: “Ako sa budeme mať radi my rodičia medzi sebou, toľko budeme mať detí” 18,8% respondentov a “Máme radi deti, chceme ich mať veľa” 16,6% respondentov. Najmenej - iba 6,3% respondentov si zvolilo variant “Je dobré, keď sa narodí veľa detí, lebo potom rodina aspoň dostane dávky.”

Pre rodiny, ktorých motiváciou je láska k deťom (“Máme radi deti, chceme ich mať veľa.”), nepredstavujú peniaze významnejšiu hodnotu. Táto hodnota je naproti tomu veľmi významná u rodičov s pragmatickým prístupom (“Je dobré, keď sa narodí veľa detí, lebo potom rodina aspoň dostane dávky.”), ktorých ale bolo medzi viacdetnými rodinami len 9,6%. Títo rodičia hodnotia prácu a vzdelanie významne nižšie než ostatní rómski rodičia z výskumného súboru. Pre rodičov, ktorí zastávajú plánovitý prístup k rozhodovaniu o počte detí, je typická otvorenosť vzdelaniu.

Medzi jednotlivými skupinami rodičov podľa spôsobu rozhodovania o počte detí neboli podstatné rozdiely vo vnímaní hodnoty detí - všade bola hodnotená vysoko. Väčšiu úlohu pri tomto rozhodovaní podľa výsledkov výskumu zohrávajú hodnoty reprezentované prísloviami vyjadrujúcimi ochotu rozdávať zo svojho, otvorenosť novému poznaniu a ochotu pracovať.

Rozdiely medzi jednotlivými skupinami rodičov v oblasti postojov lepšie vynikli u viacdetných rodín, ktoré sme si definovali ako rodiny so štyrmi a viac nezaopatrenými deťmi.

Pragmatický prístup niektorých rodičov - “Je dobré, keď sa narodí veľa detí, lebo potom rodina aspoň dostane dávky.” - je nám ťažšie pochopiteľný. Kľúčom k pochopeniu tohto postoja môže byť konštatovanie autorov Z. Matějčka a Z. Dytrycha, ktorí hovoria o konflikte medzi inštinktívnou výbavou človeka zameranou k zachovaniu rodu s inštinktívnou výbavou zameranou k zachovaniu vlastného života, ktorý môže nastať v prípade ohrozenia samotnej existencie rodičov. Potvrdzujú to aj odpovede niektorých rodičov na otázku, čo by chceli urobiť pre budúcnosť svojich detí: “Nám tiež rodičia nič nedali.”, “Nech sa o seba postarajú sami, nám tiež nikto nepomáhal.”. Našťastie medzi našimi respondentmi bolo viac takých rodičov, ktorí zo svojej ťažkej skúsenosti v detstve vyvodili úplne opačný záver: “Nedovolím, aby moje deti ostali na všetko sami ako ja...”.

Keď sa pozrieme na “profil” týchto “pragmatických” rodičov zisťujeme, že žijú väčšinou v prostredí osád, najmä samostatných osád, izolovaných od kontaktov s nerómskym obyvateľstvom. Ich vzdelanie je väčšinou nižšie ako základné, resp. základné. Izoláciou od nerómskeho obyvateľstva a nízkou vzdelanosťou sú prakticky súčasne odrezaní od možností postarať sa o seba a o svoju rodinu aktívnejším spôsobom.

Prečo si nepomôžu sami: sociálna izolácia a jej dôsledky

Prepojenosť medzi životnými podmienkami a socio-ekonomickou situáciou je výrazná, najmä u časti rómskych rodín, žijúcich v ťažších podmienkach. Rodiny používajú predovšetkým tie možnosti a stratégie, ktoré sú pre nich dostupné. Sociálna izolácia niektorých osád však nevytvára dobré predpoklady na to, aby rodiny mohli rozšíriť paletu používaných stratégií. Viac ako polovica Rómov zahrnutých v našom výskume (55,4%) sa len zriedkavo dostáva do kontaktu s nerómskym obyvateľstvom. Sociálna izolácia od spoločnosti v spojení s odmietavým postojom pomerne veľkej časti majority spôsobuje izoláciu od príležitostí a od informácií, čo ešte viac prehľbuje sociálnu izoláciu a celkovú zlú situáciu rodín.

Za zvlášť závažný považujeme fakt, že najmä v osadách takto vznikajú zoskupenia ľudí, nezamestnaných a závislých na sociálnych dávkach. V takýchto zoskupeniach zákonite dochádza k vytváraniu určitej "kultúry závislosti", ktorá so sebou prináša také javy ako je rezignácia, pasivita, nízka sociálna kontrola, stres, marginalizácia, asociálne správanie, kriminalita, tehotenstvá mladistvých a pod. Nezanedbateľné je aj nebezpečenstvo medzigeneračného odovzdávanie chudoby a závislosti na sociálnych dávkach.

Ľudia žijúci v takýchto zoskupeniach - v našom prípade v osadách, rómskych sídliskách a pod. - majú napríklad len obmedzené možnosti nájsť si zamestnanie: stratégia "pýtam sa príbuzných a známych, či nevedia o voľnom mieste" bola našimi respondentmi najčastejšie používaná - robí tak 68, 5% nezamestnaných, ktorí si hľadali prácu. Ale čo, keď títo príbuzní a známi sú väčšinou sami nezamestnaní...?

Záver

Načrtli sme iba niektoré súvislosti - podať vyčerpávajúcu analýzu vzhľadom na obmedzenosť priestoru nebolo možné a ani nebolo cieľom. Chceli sme naznačiť, že samo vedomie ľudskej dôstojnosti, neodmysliteľne späté s každou ľudskou bytosťou, núti nezastaviť sa iba na povrchu, ale hľadať hlbšie súvislosti a príčiny konania iných. Pochopenie je prvým krokom k pomoci, realizovanej nie "pre" ale "s" tými, ktorí ju potrebujú. Takáto pomoc totiž zvyšuje ich vlastnú kompetenciu a zodpovednosť, ich vlastný rozvojový potenciál.

Mgr. Mária Lenczová

Adresa: Mgr. M. Lencová, Uhrová 16, 83301 Bratislava.

LÁSKA ZDRAVOTNÍKA

Sv. Pavol v 5. liste Galaťanom (Gal 5, 22-23) dáva na prvé miesto lásku. Ospevujúc, vyznávajúc a prežívajúc duchovnú lásku, dáva jej prednosť pred všetkými duchovnými darmi. Len si spomeňme na Pavlov veľkospev o láske.

Prejdime k realite nášho zdravotníckeho života a vidíme tam prejavy ducha, najmä lásku. V slovenčine slovo láska znamená všeobecnú náklonnosť, sympatiu, cieľovú hodnotu tak ducha, ako i tela. Pre zdravotníka prichádza do úvahy láska ako dar jeho duchovna.

Čo je to duchovná láska? Je to najväčšia ľudská cnosť, ktorú môžeme venovať Bohu, svätým a bližným. V našom prípade chorým. Láskou dávame dobro a pokoj. V praxi je to milý pohľad do očí, chytenie za ruku, pohladenie po pleci, ramene. V práci jemné, zručné zaobchádzanie.

Kto je hoden našej lásky? Každý človek. Aj náš neprajník a zločinec. O toľko viac musíme duchovne milovať, čím viac sme neuznaní, alebo až nenávidení. Mierou našej lásky nech sú stupne premáhania sa - teda aktívnej duchovnej práce.

Zaiste sme schopní lásky voči sympatickým pacientom. Tu je láska skoro samozrejma. Ale skúsme sa usmiať na chorého, ktorý nám nedôveruje, v afekte kritizoval, vyčítal, alebo svojou nevládnosťou, nepozornosťou narobil veľa nepríjemnej práce.

Mám v živej pamäti zdravotnú sestru, ktorá v noci ošetrila pošpinenú, starú, bezvládna a obéznu Rómku. Táto ešte niekoľko hodín predtým si neprímerane sťažovala

na nedostatočnú opateru a liečbu. Ošetrovatelka urobila perfektne očistovacu prácu. Bez výčítiek. Hovorila len slová potrebné pre komunikáciu. Pomohol som jej pri výmene plachty. Po skončení náročnej práce sestra konečne prikryla pacientku prezlečeným paplónom. Pritom sa jemne usmiala, pohladila ju po ramene a povedala: "A teraz spinkaj. Dobrú noc!" Tak ako možno hodnotiť tento čin sestry? To je naozaj hrdinstvo.

Ľný príklad: Starší muž mal zničené obe rohovky. Hrozila úplná slepota. Preto bola navrhnutá transplantácia rohovky. Prvá, druhá transplantácia boli neúspešné. Organizmus prijemcu transplantát neprijal. Postihnutý otvorene a často kritizoval prácu lekárov. Až tretia transplantácia bola úspešná. Ale bolo treba veľkej dlhodobej pozornosti operátorov a podávať injekčne lokálne lieky potláčajúce zápal a imunitné reakcie. Hoci operátor je človek liberálne zmýšľajúci, predsa ako človek voči tomuto človeku neprestajne preukazoval konkrétnu lásku, napriek nedôvere chorého voči nemu. Čo drží takého lekára? To je láska k človeku, svojmu povolaniu a vedomie, že urobil všetko, čo bolo v jeho silách... Láska zdravotníka je obeta, empatia a odpúšťanie.

Doc. MUDr. Marcel Babál, CSc.

Adresa: Doc. MUDr. M. Babál, CSc., Ambroseho č. 2, 851 01 Bratislava.

BARCELONSKÁ DEKLARÁCIA PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

***Svetová zdravotnícka organizácia a Program paliatívnej starostlivosti
IV. Kongres Európskej Asociácie Paliatívnej Starostlivosti***

Problém

Vo svete každoročne zomiera 52 miliónov ľudí. Približne jedno z desiatich úmrtí je spôsobené rakovinou a milióny ďalších ľudí trpí na život-ohrozujúce ochorenia, vrátane AIDS a geriatrických chorôb. 70% pacientov s pokročilou rakovinou má bolesť. V rozvojových krajinách sveta je rakovina u ľudí len diagnostikovaná, ak vôbec, a to v čase, keď je ochorenie už neliečiteľné. Utrpenie, ktoré nie je odstraňované, je neakceptovateľné a zbytočné.

Čo vieme

Za posledné roky sa dosiahli najväčšie pokroky v kontrole bolesti a ostatných symptómov u ľudí s progredujúcimi neliečiteľnými chorobami. Veľké úspechy sa dosiahli na poli pochopenia psychologických, sociálnych a duchovných aspektov umierania a smrti. Zdravotníci, členovia rodín, dobrovoľníci a ostatní spolupracujú v dynamickom partnerstve pri odstraňovaní utrpenia na konci života.

Paliatívna starostlivosť zahŕňa medicínu, ošetrovatelstvo, sociálnych pracovníkov, pastorálnu starostlivosť, fyzioterapiu, zamestnávacu liečbu a príbuzné disciplíny.

Čo musíme urobiť

Paliatívna starostlivosť sa musí stať súčasťou štátnej zdravotnej politiky, ako to doporučila Svetová zdravotnícka organizácia. Každý človek má právo na úľavu bolesti. Paliatívna starostlivosť musí byť poskytovaná podľa princípu spravodlivosti, bez

ohľadu na rasu, pôvod, etnickú príslušnosť, sociálny stav, národnosť, či schopnosť platiť za tieto služby.

Skúsenosti získané z paliatívnej starostlivosti o pacientov s rakovinou je potrebné rozšíriť na starostlivosť o ľudí s ostatnými chronickými neliečiteľnými chorobami. Finančne nenáročné, účinné metódy na odstraňovanie bolesti a ostatných symptómov existujú. Takže financie by nemali byť prekážkou.

Vlády by mali využiť vedomosti o paliatívnej starostlivosti racionálnym spôsobom cez:

- * vybudovanie jasnej a informovanej politiky,
- * vybudovanie špecifických služieb,
- * vzdelávanie profesionálnych zdravotníkov,
- * dostupnosť potrebných liekov.

Systematické vyhodnotenie potrieb paliatívnej starostlivosti by malo predchádzať vybudovanie potrebného zariadenia na lokálnej, regionálnej a národnej úrovni.

Rodiny a ostatní dobrovoľní pracovníci sú nevyhnutnou súčasťou poskytovania efektívnej paliatívnej starostlivosti. Je ich potrebné osloviť a podporovať štátnou politikou.

Barcelona, 9. december 1995

Slovenskú verziu Barcelonskej deklarácie pripravil MUDr. Stanislav Fabuš.

Adresa: MUDr. Stanislav Fabuš, Nadácia Hospice, Mudroňova ul. 22, P.O. Box 65, 03601 Martin.

ZDRAVOTNÍCTVO V SLOVENSKEJ REPUBLIKE V ROKU 1997

Analýza a hodnotenie

Legislatíva a riadiace normy

Z hľadiska funkčnosti zdravotníctva ako systému bol podstatný výmer MF SR č. R-9/1997, ktorým sa o.i. zrušilo stanovenie minimálnych cien. V praxi to znamená, že napr. poisťovne môžu znížiť cenové hodnotenie výkonov (bod, lôžko/deň, atď.), čo v konečnom dôsledku zníži už i tak nedostatočné finančné toky k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti na hranicu, ktorá po určitom čase vyvolá nevyhnutne prinajmenšom čiastočné zrútenie celého systému. MZ SR pritom alibisticky deklaruje podporu poskytovateľom z.s., je však v podstate prvým partnerom MF SR pri príprave daného výmeru., a tým aj priamo spoluzodpovedným za daný stav.

V oblasti harmonizácie právnych predpisov s EÚ badať jasné zaostávanie.

Pôvodný legislatívny plán úloh v rámci rezortu sa taktiež neplní podľa pôvodného harmonogramu.

Akčný plán pre prostredie a zdravie obyvateľov Slovenska sa v určitom zmysle plní formálne, podobne sa zrejme "rozplynul" aj program "Čisté ruky".

V legislatívnej činnosti badať fenomén častejších zmien (z. o Liečebnom poriadku, ...), malej schopnosti vplyvať na stabilitu napr. vo financovaní (viď výnosy MF SR), a rovnako určitej nedôslednosti už v rámci uplatňovania v praxi (napr. zákon o Proti-drogovom fonde).

Prejavom rozpadu systému bola situácia, v ktorej boli prepúšťaní pacienti (resp. neošetrovaní v rámci príslušnosti do "neplatiacej poisťovne"). Štát nezasiahol zreteľne ani v rámci MZ SR, ani prostredníctvom napr. štátnej správy.

Úroveň legislatívneho procesu možno hodnotiť ako nedostatočnú, úroveň riadenia možno takisto hodnotiť ako nedostatočné.

Financovania a poisťovníctvo

Financovanie v podstate akéhokoľvek zdravotníckeho systému bude pod hranicou schopnosti absorbovať určený finančný objem. Rast objemu finančných prostriedkov je pritom aj v SR zjavný v absolútnych číslach aj v podielom vyjadrení napr. v % hrubého domáceho produktu. Súčasne badať výraznejšie zaostávanie napr. za ČR (5 400 Sk/obyv.- 11 000 Sk/obyv.). Problém je danú skutočnosť premietnuť do jasnej filozofie - vonkajšej deklarácie, stanovenie priorít, stanovenie efektívnych pravidiel. MZ SR sa alibisticky vyhýba zodpovednosti za daný stav, presúva ju na zdravotné poisťovne, pričom nedokumentovalo žiadnu aktivitu napr. pri stanovení cenových výmerov MF SR. V oblasti najväčšieho nárastu finančnej spotreby, t.j. v oblasti liekovej spotreby v ambulantnej sfére sa nepodarilo dosiahnuť žiadne efektívne výsledky.

Financovanie prostredníctvom zdravotných poisťovní trpí na stále hľadanie optimálnych vzájomných mechanizmov - hlavne v oblasti prerozdelenia zdrojov. Zlučovaním poisťovní sa dá očakávať zníženie iba prevádzkových nákladov, samotnú podstatu - primárne deficitný systém - zlučovanie poisťovní nerieši. V súčasnosti avizovala napr. VŽP-Dôvera splátkový kalendár rozložený od februára do decembra 1998, ktorým by vyrovnala svoje záväzky. V podobnej situácii sa nachádza väčšina poisťovní. Daný splátkový kalendár rieši však len riešenie záväzkov za rok 1997, pribudnutie nových podlžností - záväzkov aj v r. 1998 je pritom tiež viac ako pravdepodobné. Vyrovnanie skrytej zadĺženosti, odhadovanej na 50 - 70 mld Sk je samostatnou kapitolou, súvisí s produktivitou ekonomiky štátu, a pod. Vyrovnanie deficitu tohto druhu si vyžiada i pri optimálnom rozvoji ekonomiky štátu viac ako jedno desaťrocie.

Výsledky projektu ekonomizácie zdravotníckych zariadení neboli zverejnené, o.i. sa týkal aj možnosti platby za diagnózu. Potvrzuje to charakter proklamatívnych vyhlásení MZ SR, bez schopnosti včas a koncepčne reagovať na "horúce" aktuálne problémy rezortu.

Organizácia a riadenie zdravotníctva

Organizácia a riadenie zdravotníctva boli nevhodne poznamenané skutočnosťou zmeny kompetencií v rámci nového územno-správneho členenia, keď časť zariadení prešla pod kompetencie MV SR. Daný krok pritom sprevádzalo nedostatočné "legislatívne" ošetrenie tejto delby kompetencií, napr. Napriek zákazu ministra zdravotníctva o ďalšom rozširovaní siete poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti pri súhlase krajského odboru pre zdravotníctvo, nemal minister na daný fakt žiadny vplyv.

Najväčším nedostatkom bolo, že sieť zdravotníckych zariadení nebola stanovená, resp. nebola zverejnená, pričom rovnako neboli zverejnené žiadne kritériá na jej stanovenie. Redukcia lôžkového fondu rozhodne nie je stanovenie siete, a nedá sa od tohoto kroku očakávať príslušné zníženie nákladov. V určitom zmysle môže pomôcť zvýšeniu komfortu pacientov priamo na viac preplnených izbách, v inom prípade sa dá zas zneužiť na účelové znižovanie počtu zdravotníckych pracovníkov pri umelo stanovených nových personálnych normatívoch.

Príklad problémov vo financovaní, napr. Kardiocentra v Banskej Bystrici ukazuje,

že chýba schopnosť zabezpečiť existenciu vlastných schválených rozhodnutí, čo v konečnom dôsledku prispieva k určitej demotivácii a zrejme i určitej demoralizácii príslušných zdravotníckych pracovníkov.

Nedostatok zdravotných sestier vo veľkých centrách (Bratislava, Banská Bystrica, Košice) ukazuje na novú potrebu riešenia problematiky odmeňovania zdravotníckych pracovníkov, rovnako je zrejme potrebné prehodnotiť spôsob a charakter práce lekárov prvého kontaktu, zvlášť praktických lekárov pre deti a dorast, a praktických lekárov pre dospelých, s cieľom zvýšenia ich kvalifikácie a kompetencií.

Organizácie v zdravotníctve

Spomedzi organizácií v zdravotníctve sa SLK ukazuje ako organizácia s najjasnejšie stanoveným programom, stanovenými cieľmi, obranou práv svojich členov a tým i výslednou vonkajšou aktivitou. Pozitívom je "zmierenie" medzi LOZ a SOZ.

Medzinárodné a vnútorné vzťahy

Vnútorné vzťahy sa, až na dôrazné vystupovanie SLK napr. v oblasti privatizácie, snahou o definovanie právneho priestoru pri niektorých opatreniach MZ SR (napr. ambulantný liekový formulár), resp. VŠZP (limitovanie výkonov), pohybovali v tzv. "bezproblémovej" resp. minimálne problémovej rovine. SLK bola iniciatívna aj v oblasti postgraduálneho vzdelávania.

Programu PHARE chýba jednoznačnejší koncepčnejší prístup MZ SR, hlavne vedúcich pracovníkov, obzvlášť v priebežnom sledovaní jednotlivých projektov, čím sa stráca možnosť bezprostredného pozitívneho ovplyvnenia priamo v priebehu projektov. Rovnako chýba potom jasnejší a prínosnejší výstup s možnosťou realizácie v praxi.

Zaostávanie v príprave na aproximáciu v oblasti práva s EÚ bolo už spomenuté. MZ SR pôsobilo v tejto oblasti málo dynamickým dojmom.

Odmeňovanie a vzdelávanie

Pozitívom bola realizácia II. etapy materiálu Dlhodobá stratégia stabilizácie lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov (i keď oneskorená), problémom ostáva realizácia III. etapy, ktorá mal prísť na rad v roku 1998.

Negatívom bol napr. trvalý pokles príjmov v oblasti primárnej starostlivosti, keď prijateľnou filozofiou bolo približovanie sa ostatných pracovníkov k "tomuto štandardu", a nie ich približovanie sa naspäť k "pôvodnému štandardu".

Chýba stanovenie filozofie hodnoty práce pracovníkov v zdravotníctve.

Privatizácia

Privatizácia, okrem už privatizovaných kúpeľov, zdravotníckych zariadení nie je natoľko spätá, až na niektoré prípady, s perspektívou výraznej ziskovosti (viď kapitolu o financovaní) ako v niektorých iných odvetviach, preto nezbudila, až na protest SLK a Zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov, výraznejšiu odozvu. Splátkové pravidlá možno hodnotiť ako prijateľné.

Problémom bol teda vlastný výber zdravotníckych zariadení určených na privatizáciu, a voľba priameho predaja vopred určenému záujemcovi.

Demografia, práceneschopnosť a ostatná štatistika

Demografické trendy by mali byť jedným z podkladov pri určitých strategických rozhodnutiach, napr. stanovení siete a profilu zdravotníckych zariadení.

Problematika zlúčenia nemocenského a zdravotného poistenia ostáva otvorenou, zlúčenie sa zatiaľ javí ako efektívne riešenie.

Problematika práceneschopnosti, ktorej sa nevenuje adekvátne pozornosť, je významná, cieľom by mal byť jej pokles aspoň pod 5% (prítom v súkromnom sektore by mala byť prítomná tendencia k jej umelému zníženiu - nečerpanie PN).

Štatistika by mala byť predmetom prehodnotenia rozsahu povinne vyžadovaných údajov, ich výpovednosti. Medzinárodná spolupráca na tomto poli, zvlášť s WHO je žiadúca.

29. 1. 1998

MUDr. Ján Bielik, CSc.

Poznámka: Materiál bol spracovaný na úrovni analýzy a hodnotenia, problematika riešenia bola vedome naznačená v niektorých prípadoch s vedomím, že oblasť riešenia je vhodnejšia pre kolektívnu vysokokvalifikovanú prácu.

Adresa: MUDr. Ján Bielik, CSc., Ul. M.R. Štefánika 19, 91501 Nové Mesto nad Váhom.

NÁVRH ZÁSAD ZDRAVOTNEJ POLITIKY

Poznámka: Spracovanie i návrhu zásad zdravotnej politiky jednotlivcom je potrebné považovať za snahu o určenie základného rámca tejto problematiky. Akékoľvek ďalšie rozpracovanie si vyžaduje sústredené úsilie kvalifikovaného kolektívu.

Filozofia: rovnako je potrebné definovať, či návrh zásad má odrážať hlavne tie body, ktoré sa v súčasnosti javia ako nanajvýš aktuálne a vhodné pre zmenu z hľadiska zodpovednosti v rámci moci, alebo návrh zásad má odrážať komplexnú filozofiu v rámci čo najúplnejších systémových zmien v rezorte zdravotníctva.

Program pre zdravotníctvo bude v podstate ohraničený súhrnom programov pre ostatné rezorty, ktoré sú zas podmienené predovšetkým programom ekonomického rozvoja, event. programom spoločensko-ekonomického rozvoja. Z uvedeného vyplýva, že prirodzenejší bude prvý spôsob, ktorý môže slúžiť ako základ pre prípadné rozpracovanie ako súčasť programového vyhlásenia vlády.

Realizácia zdravotnej politiky zasahuje v praxi do života orgánov štátnej správy i samosprávy, do života poskytovateľov a platiteľov zdravotníckej starostlivosti, pričom vyvoláva rôzne reakcie verejnosti, ktoré sú často ovplyvňované pôsobením masmédií.

Program KDH pre zdravotníctvo by mal byť vyjadriteľný základnou stručnou charakteristikou, napr.:

- zdravie je jednou z najvýznamnejších hodnôt v živote človeka,
- povinnosťou štátu je zabezpečiť v maximálne možnej miere podmienky na ochranu a rozvoj (etický rozmer) zdravia pre každého občana,

- štát vytvára podmienky pre vybudovanie osobnej zodpovednosti za zdravie u občanov,
- zdravotnícka starostlivosť bude založená na princípoch rovnocennosti, rovnoprávnosti, dostupnosti a vysokej kvality.

Súčasne by mal byť vyjadrený záväzok, že problematike zdravotníctva sa bude vždy venovať maximálna pozornosť.

Zo **systémového hľadiska** je vhodné, aby daný program bol spracovaný a členený podľa jednotlivých oblastí, t.j.:

- ekonomika a financovanie,
- liečebná starostlivosť,
- personalistika a odmeňovanie,
- privatizácia,
- zdravotné poistenie a poisťovníctvo,
- riadenie a organizácia,
- legislatíva,
- etika v zdravotníctve.

Z historického hľadiska je možné vychádzať (ešte stále) z materiálu: **“Východiská z krízového stavu Slovenskej republiky v oblasti zdravotníctva - reformné opatrenia na 1.000 dní”** z roku 1994.

Návrh zásad zdravotnej politiky

Základné ciele programu

1. zabezpečenie rovnocennej, dostupnej a kvalitnej zdravotnej a zdravotníckej starostlivosti pre každého občana.
2. vytvorenie výkonného, komplexného a účinného systému zdravotníckych služieb na všetkých úrovniach.
3. vytvorenie podmienok na spravodlivé ohodnotenie práce.

Organizácia a riadenie

1. Vytvorenie pravidiel pre vznik siete zdravotníckych zariadení s jej následným formovaním.
2. Vytvorenie pravidiel pre delegovanie kompetencií na regionálnu úroveň.
3. Zosúladenie koncepcie odborov s vytvorením koordinujúceho inštitútu.
4. Podpora programu akreditácie pracovísk z organizačného i vzdelávacieho aspektu.

Liečebná starostlivosť

1. Definovať hradenú a nehradenú stomatologickú starostlivosť.
2. Definovať nosné zdravotnícke programy (kardiovaskulárny, onkologický, neonatologický, psychiatrický) s konkretizáciou ich realizácie.
3. Definovať možný rozsah starostlivosti v primárnej sfére (určenie profesionálnych kompetencií).

Ekonomika a financovanie

1. Analyzovať doterajšie spôsoby financovania, zhodnotiť ich a odsúhlasiť vybraný model s perspektívou dlhodobejšieho použitia.

2. Návrh modelu: Primárna sféra (60% kapitačná platba, 20% demografický + geografický koeficient, 20% kvalifikačné definované výkony... pracovný návrh). Špecializované služby (agregované výkony ako paušálna platba na úrovni cca 80%, 20% - výkonnostné). Nemocničná starostlivosť (paušálna platba na základe dohodnutého počtu "lôžkodní").

3. Prvotné je definovanie objemu štátneho rozpočtu pre rezort zdravotníctva.

4. Analýza efektivity nákladov (zvlášť náklady na lieky a špeciálny zdravotnícky materiál, a pod.)

Personalistika a odmeňovanie

1. Zabezpečenie patričného odmeňovania v rezorte (napr. jako východisko + 50% oproti súčasnému stavu, zvolíť napr. nižší základ pri nástupe, pomerne značný vzostup pri dosiahnutí kvalifikácie, potom pozvoľný lineárny vzostup) s vymedzením časového harmonogramu.

2. Stanovíť predpoklady pre zastávanie funkčných miest s vymedzením kompetencií.

Privatizácia

1. Zhodnotíť priebeh a výsledky doterajšej privatizácie vo všetkých oblastiach.

2. Vypracovať akčný plán pre ďalšiu privatizáciu (podľa výsledkov zhodnotenia).

Zdravotné poistenie

1. Zhodnotíť vzťah zdravotného poistenia a financovania zdravotníctva (z hľadiska ekonomizácie, kvality, organizácie, a pod.).

2. Vypracovať akčný plán pre zdravotné poistenie a poisťovníctvo (v prípade prijatia princípov horoevedeného financovania určitým spôsobom stráca "pluralitné poisťovníctvo svoj "doterajší" význam).

Vzdelávanie, veda a výskum

1. Spracovať model vzdelávania v nadväznosti na závery pracovnej skupiny pre ďalšie vzdelávanie z roku 1992.

2. Zhodnotíť situáciu vo vede a výskumu, reálny prínos pre prax, s definovaním ich postavenia, spôsobu financovania, zaradenia do systému zdravotníctva a pod.

Legislatíva

Plán legislatívnych úloh pre rezort zdravotníctva musí byť postavený na potrebách vyjadrených zo všetkých štruktúr v zdravotníctve (+ zvlášť kvalifikovaného pracovníka z MZ SR): * ekonomika (rozpočet, jeho čerpanie), * personalistika... jasné pravidlá, kompetencie, riadiaci pracovníci, * platy, odmeňovanie, stabilizácia, * zákon o lieku, kategorizácia, podiel na čerpaní rozpočtu, distribúcia (prirážky, privatizácia,...), * privatizácia (pokračovanie...), * primárna sféra, * sekundárna sféra, * nemocničná starostlivosť, * špecializované ústavy, * kúpeľníctvo, * sieť zdravotníckych zariadení, spôsob stanovenia, regulatívy, úlohy štátnej správy, * legislatíva, * riadenie a organizácia, * ekonomika, * liečebno-preventívna starostlivosť, * mimo-nemocničná starostlivosť, * etika, * poistenie.

Adresa: MUDr. Ján Bielik, CSc., Ul. M.R. Štefánika 19, 91501 Nové Mesto nad Váhom.

PASTORAČNÁ STAROSTLIVOSŤ V NEMOCNICIACH

PASTORAČNÁ STAROSTLIVOSŤ V NEMOCNICIACH - POHĽAD LEKÁRA

Čo znamená pastoračná starostlivosť v nemocnici?

Je to služba chorým v otázkach duchovných potrieb. Širšie a všeobecne povedané je to priblíženie sa k chorému človeku v prostredí, ktoré je pre neho nové a neznáme, a to neraz v situácií závažného ohrozenia jeho života alebo zdravia. Záujem a poznávanie jeho duchovných potrieb s prihliadaním na zdravotný stav. Ponuka možnosti pokračovať v náboženskom živote liturgického roka. Nenútené hlásanie Božieho slova. Vysluhovanie sviatostí. Vytváranie náboženskej obce v špecifických podmienkach nemocnice. Ohlasovanie Božieho milosrdenstva. Vysvetľovanie významu utrpenia človeka v každej životnej situácii. Umožnenie a priblíženie pokáania. Pozvanie k eucharistickému stolu.

I. Nemocničná pastoračná činnosť v minulosti

Pastoračná činnosť existovala i **v období komunistickej totality**. Vtedy bola **koordinovaná len čiastočne**. Spočívala na ochote zdravotných sestier. Cirkev prostredníctvom kňazov zabezpečovala najnutnejšie duchovné potreby a to sviatosť zmierenia, eucharistiu a sviatosť pomazania chorých. Kontakt s kňazom sprostredkovali často aj príbuzní chorého. Lekári boli prakticky vylúčení z aktívnej pastoračnej činnosti. Tí smelší pracovali tajne a v úzadi.

II. Súčasnosť stav pastoračnej činnosti v minulosti

Po páde totalitného režimu nastal **rozmach** pastoračnej činnosti vo všetkých nemocniciach, spolupracou zdravotných sestier, lekárov, príbuzných chorého a kňazov príslušných farností.

Najmä z iniciatívy kňazov bol vypracovaný **harmonogram pastoračnej činnosti** tak, aby bol zvládnuteľný personálne, priestorovo, časove a organizačne.

V mnohých nemocniciach sa podarilo získať aspoň **provízorne priestory** s odôvodnením, že v minulosti boli zabrané pôvodné nemocničné kaplnky. Tam, kde boli riaditeľmi nemocnic veriaci lekári, boli do roku 1993 **ojedinele prebudované** aj samostatné miestnosti **na kaplnky** (napr. Prešov, Michalovce, Košice, Topoľčany).

Po roku 1994 boli odvolaní prakticky všetci takíto riaditelia a bolo zastavené aj ďalšie zriaďovanie kaplniek. Výnimkou je nová nemocnica sv. Cyrila a Metoda v Petržalke. Vo veľkej väčšine nemocníc sú na bohoslužby **núdzovo vymedzené prevádzkové miestnosti**, a to len na krátky, presne určený čas, spravidla v nedeľu, vo sviatok a pre všetky cirkvi. V univerzitných mestách sa zvyčajne využívajú posluchárne jednotlivých kliník. V zabezpečovaní stálych priestorov pre duchovnú činnosť a kaplniek v nemocniciach nastala v posledných rokoch **stagnácia**.

V provizórnych podmienkach sa dá len obmedzene spovedať. Služenie svätej omše je núdzové, bez väčšieho duchovného nadšenia.

Materiálne zabezpečenie je z ofery pacientov. Vedenie nemocníc nevenuje pozornosť pastoračnej činnosti ako takej, dohliada len na dodržiavanie poriadku a harmonogramu určeného pre jednotlivé cirkvi.

Organizačné zabezpečenie je zorganizované a koordinované len v obmedzenej miere. Aby sv. omša bola, a pravidelne, o to sa postarajú statočné ženy z radov zdravotných sestier alebo ošetrovateliek. Veriaca osoba zvyčajne zozbiera zoznam záujemcov o prístup ku sviatostiam, odovzdá ho na príslušnom farskom úrade alebo priamo kňazovi. Rehoľné sestry sa na svojich pôsobiskách starajú o všetko automaticky. Je len málo nemocníc, pre ktoré je na stálo pridelený kňaz, často starší rehoľník. Tak je to napríklad v Prešove, Michalovciach, Košiciach, Podunajských Biskupiciach.

Oznamy bývajú vytlačené na počítači a pripevnené na dverách vyhradenej miestnosti, na hlavnej chodbe, alebo na lôžkovom oddelení.

Sestričky vo Fakultnej nemocnici v Bratislave majú rozmnožené listky, na ktoré napíšu príbuzní, alebo zdravotné sestry meno pacienta, žiadaný úkon duchovnej služby a číslo izby.

Vzorom môže byť prešovská nemocnica, organizačne i svojou kaplnkou, ktorá je prepojená elektronicky s jednotlivými nemocničnými oddeleniami a izbami. Svätá omša i kážeň sa vysiela po celej nemocnici. Nadšenie povzbudzuje vlašných vo viere, inovercov i neveriacich.

III. Návrhy pre zlepšenie pastoračnej starostlivosti v nemocniciach

1. Cirkev by sa mala veci ujať iniciatívnejšie. Vytvoriť **konceptiu** pastoračnej činnosti v zdravotníckych zariadeniach. Vo vyjednávaní s Ministerstvom zdravotníctva by sa malo **požadovať navrátenie nemocničných kaplniek** do pôvodného stavu alebo vybudovanie náhrady.

2. Ministerstvo zdravotníctva by malo rozpočtove počítať aspoň s malým obnosom na zabezpečenie činnosti, údržby kaplniek, zaplatenie osoby, tak ako je to v prípade kultúrnych zariadení v nemocnici. Zdôvodnenie: Duchovno je bytostnou súčasťou chorého, o ktorého je treba sa postarať komplexne v jemu nanútenom prostredí.

3. Duchovnú správu zabezpečí Cirkev v spolupráci so zdravotníkmi, vedením nemocnice, charitatívnymi inštitúciami, spolkami a rehoľami.

4. Výpomoc pri nárazových prácach (napr. pred veľkými sviatkami), návštevy, rozhovory tematicky vhodné pre chorých, individuálne i skupinové by mohli poskytnúť bohoslovci, novici, novicky.

5. Vyskolík lekárov a zdravotné sestry. Podnietiť ich osobnú účasť na pastoračii v nemocniciach, kde medicína má len svoje ohraničené možnosti pri zmiernení ľudského utrpenia. Ústav medicínskej etiky by mal byť hlavným koordinátorom.

Záver: Súčasná pluralitná spoločnosť zaznáva duchovno. Liberálne a utilitárne idey a "vedecký pokrok" sa snažia zdôvodniť popieranie etických princípov v ľudskej spoločnosti. A v tomto smere vedia byť až neuveriteľne hrubí. Našou nevýhodou je, že masy katolíkov sú naučené dať sa umlčať. Sme nepriebojní. Žiadajme od vedenia

štátu rešpektovanie duchovného bytostného prejavu človeka. V tomto musia byť členovia Cirkvi jednotní a oddaní svojim biskupom a Biskupskej konferencii. Mnoho sa dá urobiť dobrou organizáciou a zabezpečením podmienok. Najdôležitejší však je osobný kontakt s pacientom, osobná evanjelizácia slovom i skutkom.

Doc. MUDr. Marcel Babál, CSc.

Adresa: Doc. MUDr. M. Babál, CSc., Ambroseho č. 2, 851 01 Bratislava.

PASTORAČNÁ STAROSTLIVOSŤ V NEMOCNICIACH - POHĽAD KŇAZA

Právom si dnes kladieme otázku: Aká je pastoračia katolíckej Cirkvi v zariadeniach, kde je človek odkázaný na pomoc iných - nemocnice, liečebne dlhodobo chorých, detské liečebne, domovy dôchodcov a penzióny? Odpoveď je jednoduchá: Neuspokojivá alebo žiadna.

Aké sú hlavné príčiny tohto stavu? Pokúsime sa načrtnúť aspoň niektoré.

1. Nedostatok kňazov

Je prirodzené, že by bolo žiadúce, aby každá väčšia nemocnica, alebo aj každá nemocnica mala svojho vlastného kňaza. Kňaz v nemocnici nemôže byť len "mazacím automatom" a "búťľavou vrbou". Jeho pobyt sa nemôže obmedziť len na krátky vstup do izby jedného pacienta a nejakú päťminútovku. Kňaz by mal byť k dispozícii veriacim, i ostatným pacientom počas celého dňa, nielen návštevou v izbe, ale aj svojou prítomnosťou v nemocničnej kaplnke a spovednej miestnosti pri nej.

Z toho vyplýva, že je potrebné počítať s trvalou prítomnosťou kňaza v nemocnici, riešiť v tomto zmysle právne vzťahy s nemocnicami a ostatnými vyššie uvedenými ústavmi o zriadení *trvalej duchovnej správy*. V prípade malých objektov uvažovať o združení dvoch alebo troch pre jedného kňaza. Vytvoriť istý model "*farnosti chorých*".

2. Pripravenosť absolventov teologických fakúlt

Kým do roku 1990 absolventi teologických fakúlt predmet "Pastorálna medicína" vôbec nemali (bol len čiastočne suplovaný v náuke o sviatosti pomazania chorých), dnes je tento predmet v riadnych učebných osnovách. Otázkou zostáva, do akej miery je schopný ovplyvniť formáciu budúceho kňaza. Je potrebné zaistiť aj praktickú výuku, sťaž pri lôžku chorého (v niektorých seminároch na Slovensku už majú s takouto praxou dobré skúsenosti).

3. Apoštolský list Jána Pavla II. O kresťanskom zmysle ľudského utrpenia

Tento významný dokument, ktorý podrobne hovorí o zmysle ľudského utrpenia z kresťanského pohľadu, doteraz nemáme v slovenskom preklade. Bolo by potrebné jeho urýchlené zaradenie do vydateľského plánu Spolku sv. Vojtecha.

Je zaiste veľmi potrebné, aby chorý, najmä veriaci, dostal od duchovného fundovanú odpoveď na problém choroby, bolesti a utrpenia - najmä keď tieto otázky kladie. Nemenej dôležité je, aby sa chorý stretol so záujmom a ľudsky hodnotným prístupom kňaza. Na zvládnutie neraz náročných situácií pri lôžku chorého (duchovne i psychologicky) by kňaz potreboval aj náležitú "profesionálnu" prípravu. Mnoho by sa dalo dosiahnuť v spolupráci s kresťanskými lekármi a zdravotníkmi (sympóziá, školenia, materiál a prednášky na kňazské rekolekcie, a podobne).

Je tiež potrebné počítať s tým, že kňaz potrebuje na duchovnú starostlivosť pri chorom dostatočný časový priestor. Dnes sa skôr podobá vetru, ktorý preletí miestnosťou, nakrátko urobí dobrý vzduch - náladu, ale ponáhľa sa rýchlo preč. O kontinuite duchovného úsilia zo strany "vykonávateľa" pastoračnej starostlivosti tu len ťažko hovoriť...

4. Chýbanie Sv. Písma

Dosiaľ sme neboli schopní zaistiť aspoň na každé oddelenie knihu Sv. Písma (najlepšie by, pravdaže, bolo, aby ju každý pacient mal stále k dispozícii na nočnom stolíku). Na túto formu evanjelizácie by bolo potrebné urýchlene nájsť energiu i finančné prostriedky.

5. Nedostatočná spolupráca kňaza a lekára

Súvisí s bodom 1. Pri súčasnom stave sa len s ťažkosťami darí vytvoriť dostatočný priestor na vzájomnú komunikáciu, na vybudovanie potrebnej dôvery a kontinuity.

6. Organizačné problémy v nemocniciach

Chcel by som poukázať na problémy, s ktorými sa ešte stále stretávajú kňazi v niektorých zdravotníckych zariadeniach, keď im nie je umožnený prístup k ťažko chorému alebo na niektoré oddelenia. V tomto smere by bolo vhodné iniciovať vydanie všeobecne záväznej úpravy MZ SR.

Na tomto mieste by som chcel upozorniť na príspevok P. ThDr. MUDr. A. Štefka, SJ a P. MUDr. J. Klepanca, OP - *Pastoračná starostlivosť o ťažko chorých pacientov*, uverejnený v časopise *Duchovný pastier* č. 5/1998, ktorý je vhodným príspevkom k praktickej diskusii o našej problematike. Navyiac spája v sebe, v osobnosti oboch autorov, tak skúsenosť kňaza, ako aj skúsenosť lekára.

4. 5. 1998

ThDr. Daniel Dian

Odkaz na literatúru:

1. Štefka, A., Klepanec, J.: *Pastoračná starostlivosť o ťažko chorých pacientov*, *Duchovný pastier* (Bratislava), č. 5/1998.
Adresa: ThDr. Daniel Dian, Znievska 22, 85106 Bratislava.

Hovorím vám: Tak bude aj v nebi väčšia radosť nad jedným hriešnikom ktorý robí pokánie, ako nad deväťdesiatimi deviatimi spravodlivými, ktorí pokánie nepotrebujú.
(Lk 15, 7)

MODLITBA ZA SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO

Bože, Ty každý rok navštevuješ toto slzavé údolie, a vo svojej spravodlivosti neobídeš nikoho. Obzvlášť navštevuješ tých, ktorých máš rád. Nepochybné z toho dôvodu, a iste niečo zaväžia aj naše cyrilometodské tradície, bude celé slovenské zdravotníctvo, a tým aj celá naša mladá krajina, Tvojím mimoriadnym obľúbencom. Keďže však všetko, čo robíš, má svoj význam a zmysel, možno nám vlastne dávaš príležitosť, aby sme (zdravotnícky ľud tejto krajiny) preukázali svetu svoj know-how.

Bože, ja viem, že ty vieš všetko, i to, ako sa to všetko skončí. Neviem, ako dokážeš existovať s týmto poznaním - nás už len z tušenia skutočnosti mrazí na celom tele. K pocitu zrýchľujúceho sa kĺzania na naklonenej rovine sa pridružuje obava, čo nás čaká na konci: oheň? voda? iná čierna diera? Slovenské Švajčiarsko to zrejme nebude - alebo to je to pravé slovenské Švajčiarsko?

Bože, dúfame, že ako najuniverzálnejší univerzalista budeš rozumieť všetkým našim boľavým "špecifikám". Vieš, ako je byť predsedom vlády, parlamentu, ministrom zdravotníctva, poslancom, lekárom, zdravotnou sestrou i bežným občanom zároveň (viacjedinosť zas u nás nie je až takým divom). Preto (i vzhľadom na Tvoju všemohúcnosť) veľmi dúfame, ba veríme, že je v Tvojej moci nám poradiť a pomôcť. Nemusíš mať obavy o našu vďačnosť: vieme zapáľovať aj ohne a vatry, takže nejakú tú sviečocku určite zvládneme.

Bože, dovoľ, aby som sa venoval už konkrétnym veciam. Financie sú obrovským problémom. Ja viem, Bože, že pre Teba je milión korún ako halier (u nás naopak niektorí prišli za halier k miliónom), ale tých 5-6 miliárd korún deficitu v zdravotníctve, a 50-79 miliárd skrytej zadĺženosti je zrejme viac než dosť, pričom koľko to je dosť, to akosi nikto nevie. A ak aj vie, tak nepovie. Ako to zvládneme? Emisiou obligácií či štátnych zmeniek, keď už ani garantované štátne dlhopisy nemali adekvátny úspech. Zišla by sa nám veru nejaká tá Mojžišova palica na peniaze. Alebo palica z vreca von - ako pomôcka na podporu zmeny myslenia pri tvorení štátneho rozpočtu.

Ešte jedna prosba, ó Bože. Zariaď, prosím Ťa, aby zvlášť niektorí dôležití (V.I.P.) a významní občania (to slovo ešte stále paradoxne zakotvuje akýsi princíp rovnosti), nemali trvalé pokušenie napodobňovať Ťa v Tvojej dokonalosti. Ak nám pomôžeš v tomto, t.j. nebudú nám poniektorí do toho dudrať, hrkať, gágať a inak mudrovať, pôjde nám všetko od ruky. Nebude potom vari treba vyhlasovať celonárodné zbierky na záchranu celonárodných problémov. Je pravdou, že v zdravotníctve nejaké zbierky ešte bežia, i keď poväčšine majú súkromný charakter. Veru, Pane Bože, u nás si ľudia stále

vážia svojho zdravia. Čo by priam mali iba tak na suchý chlieb a vodu, keď sa jedná o zdravie, nájdú i desaťtisíce. Veru tak, tam, kde nenájde ani exekútor, nájde lekár.

Bože, asi Ťa zdržiavam na Tvojej ceste. Určite Ťa volajú a počuješ hlas bied aj iných zdravotníckych systémov, napríklad v Nemecku, Anglicku, Francúzsku, Holandsku, Kanade či v USA - a Ty potrebuješ ísť. Nezabudni, prosím Ťa, ani potom na Slovensko, na tú jednu z najkrajších krajín na svete. Vieš, Bože, umieranie nie je pekná vec. A umieranie v peknej krajine bolí dvojnásobne. Aj Tvoji rybári voľakedy volali: "Zachráň nás, Pane, lebo hynieme!" Ani my ešte nechceme umrieť. Pomôž nám, vieme byť vďační. Postavíme Ti taký pomník, aký svet ešte nevidel. Vysokánsky, v tvare kríža, možno aj dvojkříža, na úpäti Fatry, Tatry, alebo i Matry.

Bože, ďakujeme, že si nás vypočul. Uľavilo sa nám. Hádám to nebude všetko také zlé. Pozdravujeme Ťa všetci, hriešni i menej hriešni. A keby si šiel náhodou znovu okolo, zastav sa. Dvere máš vždy otvorené... ak dožijeme. **Amen.**

P.S. Ešte jednu otázku: čo myslíš, Bože, by nám pomohlo viac? Celonárodná zbierka na záchranu nášho zdravotníctva alebo celonárodný rok modlitieb. Osobne mám pocit, že skôr druhá alternatíva ... len zrejme by bolo vhodné ešte predĺžiť dané obdobie. Alebo stačí skrátené konanie - trebárs do jesene?

MUDr. Ján Bielik, CSc.

Adresa: MUDr. J. Bielik, CSc., ul. M. R. Štefánika 19, 915 01 Nové Mesto nad Váhom.

Drahí naši dobrodinc!

Jakutsk, 13. 4. 1998

S pocitom nesmiernej vďačnosti si sadám k písaniu tohto listu. Čím ďalej, tým viac si uvedomujeme našu závislosť od Vás a čím ďalej tým viac si ceníme Vašu bezhraničnú veľkodušnosť. Nech je Pán pochválený za to, čo tvorí vo Vašich srdciach. Pre nás je to taký malý zázrak vidieť, počuť a cítiť to množstvo duší, často nám neznámych, ktoré sú s nami spojení v modlitbách a v materiálnych potrebách. Naozaj, Duch Svätý je oživovateľom domu Božieho, ktorého Vy ste živé kamene. Pán Vás odmeň za všetko!

Ako už zaiste viete, náš nový dom v Jakutsku bol otvorený 6. decembra 1997 a posvätený 7. decembra 1997, teda v predvečer sviatku Nepoškvrneného Počatia. Tak sme to chceli, aby sme vyjadrili našu dôveru v Pomocnicu kresťanov. A je to div, že dom pracuje naplno. Veď postaviť ho v týchto podmienkach, v strašnej hospodárskej i spoločenskej kríze, je ľudsky nepochopiteľné. Stál nás veľké boje, skúšky, ako navonok, tak aj vo vnútri, ale ľudia majú dojem, že sa tu zjavil ako huba po daždi. Nie je plne ukončený, lebo - ako sa ukázalo - je treba prerobiť kúrenie, ventiláciu a iné drobnosti. A nakoľko kanadský podnik, ktorý nám dom postavil, je na pokraji bankrotu, potrebujeme znovu modlitby, aby sa stavba dotiahla dokonca. Tieto ne-

dostatky podstatne nevlývajú na chod domu. Je v ňom teplo, svetlo, i voda, a mládeže sem prichádza neúrekom. Nádejáme sa, že prídu mladí pomocníci zo Slovenska. Zatiaľ tu pracujeme traja saleziáni - kňazi a jeden praktikant z Poľska. V nemalej miere pomáha aj Palo Bôžik a Agáta Kubinová. Pripravujeme si animátorov z iniciatívnej mládeže, ale často je s nimi viac práce ako so samotnou mládežou. Oratórium pracuje naplno. Pokúšame sa rozprúdiť krúžkovú činnosť: krúžok šachistov, karate, tanečný a divadelný. Veľký úspech majú aj hodiny gitary, piana a anglického jazyka. Pokúšame sa začať vyučovať v počítačovej triede. V nedeľu je "voskresennaja škola", po našom hodiny katechizmu.

Chýbajú nám ľudia na činnosť a domácich zatiaľ veľa nieto. Všetci by chceli zarábať. Pravda, pri všeobecnej biede sa človek nemôže ani diviť. Ľudia mesiace nedostávajú výplatu a život je tu veľmi drahý. V meste je veľa požiarov drevených domov. Pomáhame ľuďom ako vieme. Rozdeľujeme odevy a delíme sa aj s potravinami, ktoré máme k dispozícii. Ľudia v súčasnosti sú oveľa menej otvorení náboženstvu ako začiatkom 90-tych rokov. Spoločnosť je naplnená násilím, lúpením, zločinnosťou. Modlitby za Rusko ešte nedosiahli svojho cieľa.

V novej kaplnke, ktorá je veľmi pekná, slávime sviatky už so všetkou nádherou. Oslávili sme Vianoce, sviatok sv. Jána Bosca, prvú svadbu a teraz Veľkú Noc. Ľudi bolo veľa. Veľmi veľa sa o nás píše aj hovorí v novinách, v rádiu, v televízii. Niekedy viac, ako treba. Ale nechávame to už na Božiu prozreteľnosť. Na Veľkú Noc sme pokrstili štyroch nových katolíkov a traja členovia pristúpili k prvému sv. prijímaniu. Ďalší sa pripravujú.

Pomaly sa začína topiť sneh a mesto sa mení na močiar. Zima bola mierna, no veľmi dlhá. Zdravie misionárov tiež potrebuje Vaše modlitby. Tiež by sme prosili modlitby za mládež, aby našla v Kristovi dôvod žiť i pravidlo, ako šťastne žiť. Prosíme aj o dar viery pre dospelých, oni to majú ešte ťažšie.

Na záver Vám všetkým zo srdca prajeme, aby vo Vašich srdciach bolo neustále svetlo Kristovho vzkriesenia. Turičný oheň Ducha Svätého nech rozplameňuje Vašu veľkodušnosť v láske.

P. Jozef-Daniel Pravda, SDB a spoločníci

Adresa v redakcii.

O pohoršení

Ale pre toho, kto by pohoršil jedného z týchto maličkých, čo veria vo mňa, bolo by lepšie, keby mu zavesili mlynský kameň na krk a ponorili ho do morskej hlbiny. Beda svetu pre pohoršenie! Pohoršenia síce musia prísť, ale beda človekovi, skrze ktorého pohoršenie prichádza! (Mt 18, 6 – 7)

ŽIVOT TELA A DUŠE

Inšpirujúce monotematické číslo známeho českého “*Časopisu pro teologii a službu Církve*” *Teologické texty* (č. 4., ročník 8/1997) sa zamýšľa nad témou **Život tela a duše**. Námet pre úvodník O. Mádra nazvaný “*Kalkatská brána církve do světa*” a ďalšie časti časopisu poskytla veľká žena nášho storočia - Matka Tereza.

Dvaja rakúski teológovia prispeli k danej téme všeobecným vstupom - “*K pojmu života*” (H. Rotter) a konkrétnou realitou z kresťanského hľadiska v článku “*Projev vůle pacienta pro stadium umírání*” (G. Virt). Úvod do dvoch disciplín spoločného záujmu medicíny a etiky - pastorálnej medicíny a bioetiky - je z pera lekárov (D. Pohunková, A. Slabý). Praktický problém z tejto oblasti “*Pravda ako prvok liečebného procesu*” rieši známy nemecký odborník (H. Pompey). Aktuálne je zamyslenie “*Ako vychovávať v seminároch pre kňazskú pastoraáciu nemocných?*” (V. Ventura). Výchovu a duchovné vedenie potrebujú aj zdravotníci, preto medicína a teológia nie sú od seba vzdialené (M. Svatošová). Liečitelia oddávajú spájajú svoje pôsobenie s praktikovaním viery, ale kresťanská zodpovednosť nesmie ignorovať naše odborné poznanie (P. Klener). V rubrikách “Dokumenty” a “Panoráma” sa k téme Život tela a duše pripája zamyslenie : postoj Církve k nemoci často spájanej s hriechom, a úvaha o pokusoch preniesť zodpovednosť za život spoločne cez hranice rôznych náboženstiev. Interesantné sú aj početné ďalšie články.

Poznámka: Teologické texty, Časopis pro teologii a službu Církve, vychádza v Českém katolickém nakladatelství Zvon, s. r. o. Redakcia a administrácia: Londýnska 44, 120 00 Praha 2. Ročne vychádza 6 čísel. V SR stojí jedno číslo 22 Sk. Distribúcia pre Slovensko: Agentúra Rodeny, Kristína Balková, Vinohradnícka 11, 949 01 Nitra.

MUDr. Bohumil Chmelfk

Od redakcie

◆ Prosíme vedúcich klubov ZKLZ, ako aj **organizátorov odborných a duchovných akcií o včasné zasielanie informácií**, prípadne svojich (po)-**ročných programov**, vhodných **na uverejnenie v našom časopise**. Radi prispejeme k propagácii Vašich podujatí!

◆ Prosíme, podľa možnosti, o zasielanie Vašich príspevkov na uverejnenie v *Acta Medica Christiana Slovaca* spolu s disketou, obsahujúcou Váš text napísaný v niektorom bežnom textovom editore (t602, Word Perfect, MS Word, a pod.). Prosíme, pri zasielaní diskety uveďte názov použitého programu a presný názov súboru obsahujúceho príspevok.

Acta Medica Christiana Slovaca je spravodaj Zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov na Slovensku. Uverejňuje pôvodné práce, materiály, informácie a prehľady s tematikou medicíny, zdravotníctva, medicínskej etiky a bioetiky, ako aj teologické a duchovné príspevky. Stojí dôsledne na strane ochrany ľudského života od jeho počatia a na rešpektovaní zásad kresťanskej etiky. Vychádza štvrťročne v slovenskom jazyku.

Redakčná rada: M. Babál, J. Bielik, J. Glasa (vedúci redaktor), J. Porubský, A. Rakús (predseda RR), M. Troščák, E. Vnenčáková, A. Záborská (tajomníčka RR)

Adresa pre korešpondenciu a zasielanie príspevkov: Dr. J. Glasa, Landauova 20, 841 02 Bratislava.

Registrované Ministerstvom kultúry SR, r.č. 1071/94. ISSN 1335 – 1028

Vydáva Charis s.r.o., Ipeľská 3, Bratislava, pre Zväz kresťanských lekárov a zdravotníkov na Slovensku.