

SOCIALNI, ETIČNI IN PSIHIATRIČNI ASPEKTI OKUŽBE Z VIRUSOM HIV

Jože Lokar

UDK/UDC 616.42-005.9-058

DESKRIPTORJI: imunska pomanjkljivost pridobljena; sindrom – psihologija

SOCIAL, ETHICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS OF HIV INFECTION

DESCRIPTORS: acquired immunodeficiency; syndrome – psychology

IZVLEČEK – *Pandemija aidsa je sicer globalni zdravstveni problem s številnimi socialnimi posledicami, a kljub temu ne smemo prezreti številnih težkih in pogosto tragičnih stisk posameznikov, okuženih z virusom HIV ali bolnih z aidsom ter možnosti, da utegnejo biti zaradi bolezni kršene njihove temeljne človeške pravice.*

Duševne stiske okuženih z virusom HIV so posledica strahu pred neozdravljivo boleznijo ter odklonilnega odnosa drugih, izvirajočega iz racionalnih in iracionalnih strahov pred-okužbo. Duševne reakcije se ne kažejo le kot strah, ampak tudi v obliki psihosomatskih motenj ter tudi kot sovražnost in druge oblike socialne neprilagojenosti.

Pri kliničnem opisu bolezni aids najpogosteje govorimo o posledicah oslavitve imunskega sistema, neredko pa podcenjujemo znake prizadetosti možganov, ki se kažejo kar pri 50% obolelih.

Pomembne so tudi duševne reakcije zdravstvenega osebja na okužene in bolnike, ki so zelo različne in odvisne od osebnostnih lastnosti posameznika. Več skupnih značilnosti pa se kaže v reakcijah celotnega zdravstvenega kolektiva.

Izjemno zapletene so etične dileme v zvezi z okuženimi in bolnimi, od katerih so nekatere načelno neresljive in jih je treba pretehtati v vsakem konkretnem primeru posebej. Ustrezno reševanje teh dilem je izjemno pomembno, ker etična izhodišča zdravstva vplivajo tudi na etične norme celotne družbe.

ABSTRACT – *The pandemics of aids is undoubtedly a global health problem with numerous social consequences; however, frequent heavy and often tragic personal distress of HIV infected persons or those with aids should not be overlooked, as well as the possibility that their basic human rights are violated due to the disease.*

Mental distresses of HIV infected persons derive from the fear of incurable illness and from negativistic attitude of others, stemming from their own rational and irrational fears of infection. Mental reactions do not present themselves only as fear but also as psychosomatic disorders as well as aggression and other forms of antisocial behavior.

In clinical description of aids, consequences of immune system deficiency are most often mentioned, while symptoms of brain damage, evident in nearly 50% of the infected, are often underestimated.

Mental reactions of health personnel to the infected and the ill, being extremely different and depending on personal characteristics of the individual, are important as well. More common characteristics are evident from the reactions of the staff as the whole.

Ethical dilemmas concerning the infected and the ill are extremely complicated, sometimes unsolvable in principle, and should be weighed in every concrete case. Proper solution of such dilemmas is extremely important, because ethical standpoints of health services influence ethical norms of the society as the whole.

Dne 20. 11. 1986 je generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije sporočil, da je pandemija aidsa globalni zdravstveni problem. Poleg medicinskih in ekonomskih problemov je tedaj poudaril izjemni pomen psihosocialnih vplivov te

bolezni na posameznika, družino, skupine prebivalstva in narode, zaradi česar gre za splošen človeški problem s tragičnimi razsežnostmi (1). Drugi so že pred tem poudarjali, da je aids že bolj psihološko – socialno – politični kot pa ozko medicinski problem (2) oziroma da je aids predvsem »socialna bolezen« (3). Aids pa je bolj kot katerakoli bolezen doslej z vso ostrino opozoril na vprašanje temeljnih človekovih pravic in svoboščin vseh okuženih z virusom HIV oziroma bolnih zaradi okužbe z virusom HIV (4).

Stiske okuženih in bolnih

Z virusom HIV okuženi ljudje, ki še nimajo znakov boleznih aids, so silovito prežeti s strahom, da se bo ta smrtna bolezen prej ali slej najbrž pojavila. V tem obdobju, ko bi zaradi tega strahu neskončno želeli in potrebovali pomoč drugih, so deležni le dodatnih hudih pritiskov zaradi strahov, ki jih sami povzročijo drugim ljudem. Medosebni odnosi v družini se povsem spremenijo, vsaj v smislu odklonilnosti, če že ne sovražnosti. Ljudi, okuženih z virusom HIV, se zanesljivo začnejo izogibati sosedje, pa sodelavci, pa vsi drugi, vključno z zdravstveno službo. Tako skrajno odklonilen in celo sovražen odnos drugih ljudi pa se ne usmeri le na okuženega, temveč tudi na vse druge družinske člane, s katerimi okuženi živi. Zaznamovan ni le on, zaznamovana je cela družina, a v ekstremnih primerih celo soseska, v kateri živi, in oddelek podjetja ali zavoda, v katerem je zaposlen. Na podoben način kot ljudje s strahom, odklonilno in sovražno reagirajo na okuženega, reagirajo tudi na njegovega zakonca in otroke, če jih ima. Človek, ki ni več le okužen, temveč ima bolezen aids, je soočen s smrtjo. Človek, ki ve, da bo umrl, se vseeno bojuje za življenje, in to velja tudi za bolnika z aidsom. Toda v tem boju nima podpore, temveč povsod doživlja najrazličnejše oblike diskriminacije, iz katere zlahka razbere, da bi bilo drugim ljudem še najbolj povšeči, če ga ne bi bilo več.

Temeljna razlika med aidsom in drugimi boleznimi je namreč v tem, da ljudje na splošno sočustvujejo z bolnimi in jim želijo pomagati, medtem ko okužene z virusom HIV in ljudi, ki imajo aids, izrazito odklanjajo, ker se jih bojijo.

O strahu v zvezi z aidsom

Strah je splošna in prevladujoča duševna rekreacija na prav vsa dogajanja v zvezi z virusom HIV in boleznijo aids. Nobena do sedaj znana bolezen ni povzročila med ljudmi tako pogostnih, tako intenzivnih in tako različnih reakcij strahu kot aids, česar ni mogoče razložiti le z razumskimi vzroki (5).

Strah pred aidsom, ker je ta bolezen nova, ker zdravljenje ni mogoče in ker je smrtonosna, je seveda naraven strah, a pogojuje nerazumne reakcije ljudi. Toda strah pred aidsom ima tudi svojo iracionalno, v bistvu simbolično osnovo. Strah pred aidsom je namreč tesno povezan s spolnim življenjem. Doživljanje spolnosti pa je pri mnogih ljudeh povezano s specifičnimi emocionalnimi, a tudi izvenzavestnimi duševnimi procesi; spolno življenje pa je tudi povezano z eksistenco človeštva kot celote, saj bi ukinitvev spolnega življenja pomenila izumrtje človeštva. Poenostavljeno lahko rečemo, da strah pred aidsom izvira iz strahu, da bo posameznik

umrl, pa iz strahu, da bo izumrlo človeštvo, in iz specifičnih bojazni posameznikov, ki jih imajo glede lastne spolnosti.

Strah v zvezi z aidsom se kaže na najrazličnejše načine, na primer:

- kot fobija, da se bo človek okužil z virusom HIV, pa čeprav živi tako, da je to praktično nemogoče;
- kot strah pred narkomani, homoseksualnimi in drugimi, ki zdaj pogosteje zbolevajo za to boleznijo, pa čeprav ni dokaza, da bi bili konkretni posamezniki res okuženi;
- kot zavračanje zdravstvene pomoči okuženim ali bolnim, pa čeprav je znano, da so poklicne okužbe pri zdravstvenem delu izjemna redkost;
- kot izogibanje s strani sosesčine tistim zdravnikom, medicinskim sestram in drugemu medicinskemu osebju, za katere vedo, da zdravijo bolnike z aidsom;
- policaj noče aretirati človeka, za katerega sumi, da je okužen, sodnik ga ne želi videti v sodni dvorani, pazniki pa ne v zaporu;
- ljudje imajo pomisleke, da bi dali kri, da bi se cepili, da bi dobili injekcijo;
- starši in učitelji se upirajo, da bi v šolo hodil otrok iz družine, v kateri je eden od članov okužen;
- ljudje se želijo odseliti iz sosesčine okuženih ali obolelih;
- nekateri ljudje se bojijo, da se bodo okužili v javnem stranišču ali pri kopenju v bazenu;

Ti primeri niso našteti zato, da bi opisali vse različice strahu v zvezi z aidsom, temveč le kot ponazoritev, kako strah pred to boleznijo vpliva na razna socialna dogajanja.

O raznih socialnih skupinah in aidsu

Aids je bolezen ljudi, a verjetnost, da se posameznik okuži z virusom HIV, je odvisna od njegovega ravnanja. Nekatere skupine ljudi živijo tako, da je tveganje glede okužbe z virusom HIV večje. Preventivna samoorganizacija je bila pri homoseksualnih hitra in učinkovita.

Homoseksualno usmerjeni so v preteklosti pogostneje zbolevli za aidsom zato, ker je verjetnost prenosa virusa HIV pri analnem spolnem odnosu mnogo večja kot pri vaginalnem, pa tudi promiskuiteta te populacije je večja, saj menjajo v povprečju 2 do 3 partnerje na mesec (6, podatki za Avstralijo, Finsko, Švedsko in Irsko).

Narkomani, ki si dajejo droge intravenozno, sedaj pogosteje zbolevajo kot drugi, ker si izmenjujejo že uporabljene igle in brizge, a najbrž tudi zaradi nekaterih spolnih navad (»heroinska prostitucija« in drugo). Preventivne samoorganizacije med narkomani za zdaj praktično ni. Zaskrbljujoč je podatek, da je v Beogradu med zdravljenimi narkomani že kakih 60% okuženih z virusom HIV, čeprav imajo že več kot desetletje substitucijski metadonski program.

Prostitucija je za zdaj pomembnejši vir okužbe z virusom HIV v številnih afriških, azijskih in južnoameriških državah kot pa evropskih in severnoameriških. Verjetnost okužbe v zvezi s prostitucijo je predvsem v menjavanju spolnih partnerjev, kar je bistvo prostitucije, a vendarle tudi v analnih heteroseksualnih odnosih, ki zajemajo do 20% vseh spolnih odnosov (5). Epidemija aidsa je razkrila, da so zdravstveni problemi lažje obvladljivi pri legalizirani prostituciji kot pri nelegalni.

V mnogih državah je bilo preventivno samoorganiziranje prostitutk presenetljivo dobro.

Zaporniki so posebna socialna skupina, ki živi v takih okoliščinah, da so jim razne oblike tveganja za okužbo z virusom HIV vsaj delno vsiljene kot zaporski vedenjski vzorci (homoseksualne praktike, tetoviranje, krvavi medsebojni obračuni itn.).

Hemofiliki in prejemniki tkiv (ejakulata, krvi, telesnih organov) so se okužili z virusom HIV v preteklosti, ko še nista bila znana virus in način prenašanja. Tega sedaj ni več, a s tragičnimi posledicami medicinskih intervencij smo vendarle še soočeni.

Opis teh socialnih skupin, od katerih so nekatere na obrobju družbe, pa se ne sme tolmačiti kot opis »rizičnih skupin« (7), temveč kot ponazoritev, kako razne vedenjske posebnosti in socialne okoliščine vplivajo na verjetnost okužbe z virusom HIV. Hkrati pa je to opozorilo, proti katerim skupinam ljudi je največ diskriminacijskih ukrepov.

Duševne reakcije ogroženih

Ogroženi, da se okužimo z virusom HIV, smo vsi ljudje, a seveda ne vsi enako. Pri tistih ljudeh, ki so poučeni, da njihove življenjske navade in njihovo ravnanje povečujejo tveganje za okužbo z virusom HIV, so pojavljajo razne duševne nevšečnosti. Nekateri od njih trpijo zaradi splošne tesnobe, nekateri imajo panične napade, nekateri so hipohondrično preokupirani s telesnimi simptomi, nekatere obvladuje vsiljiv strah pred boleznijo (8, 9).

Duševne reakcije okuženih

Ko ljudje, ki so se poprej čutili zdrave ali imeli neznatne bolezenske simptome (ARC), zvedo, da so okuženi z virusom HIV, pri vseh nastane izrazita duševna reakcija na to spoznanje. Večina sprva ne verjame in zanika točnost te ugotovitve, a kasneje se pojavijo izraziti znaki strahu in depresivnosti (10, 11). Mučijo jih huda občutja nemoči in negotovost, pomešana s strahom, kar skupaj z depresivnostjo povečuje nevarnost, da naredijo samomor (12, 13).

Tesnoba se utegne stopnjevati v agitacijo, v panične napade in se prepleta s telesnimi znaki, kot so neješčnost, nespečnost, tahikardija itn. Pogosta so tudi občutja jeze in sovražnosti, najpogostneje usmejena k »neučinkoviti« zdravstveni službi, pa »nerazumevajočim« ljudem, pa »diskriminirajoči« družbi, pa »neučinkovitim« vladnim programom za prevencijo okužbe s HIV (14). Nekateri usmerijo sovražnost tudi v sebe in jih mučijo občutja krivde zaradi prejšnjega življenja (15), a neredko se socialno izolirajo.

Spoznanje, da so okuženi z virusom HIV, pri večini ljudi vpliva tudi na njihovo nadaljnje spolno življenje, a nikakor ne pri vseh na enak način. Ilustrativne so spremembe spolnega vedenja pri homoseksualnih v zvezi z aidsom, od katerih se nekateri odrečejo spolnemu življenju, nekateri živijo enako kot prej, nekateri nimajo spolnih stikov s prijatelji, a jih imajo z naključnimi partnerji, nekateri imajo nekaj spolnih partnerjev, ki imajo spolne kontakte le med seboj, nekateri pa se zatečejo v alkohol in droge (16). Čeprav takih ugotovitev ne smemo posploševati,

pa vendarle dokazujejo, da so spremembe v spolnem vedenju pri okuženih z virusom HIV nepredvidljive in njihovo vedenje ni vselej tako, da bi z njim ne ogrožali drugih.

Duševne spremembe zaradi možganske oškodovanosti

Pri 80–90% umrlih zaradi aidsa so ugotovili spremembe možganovine, a 50 do 70% bolnikov je imelo duševne spremembe zaradi možganske oškodovanosti (17, 18, 19). To možgansko oškodovanost povzroča neposredna okvara živčnih celic zaradi okužbe z virusom (20).

Duševne spremembe zaradi možganske oškodovanosti, ki nastane zaradi okužbe z virusom HIV, so zelo različne in prepletene z nevrološkimi znaki (21), a niso specifične. Niti po duševnih spremembah niti po nevroloških okvarah ni mogoče ugotoviti, ali je možgansko oškodovanost povzročil virus HIV (22).

Duševne spremembe, ki nastanejo zaradi možganske oškodovanosti, se sprva kažejo v taki obliki, ki je splošna za lažje možganske okvare. Nato se možganska oškodovanost pojačuje in s tem tudi duševne spremembe, a v končni fazi nastane demenca, ki jo poimenujejo »kompleks demence aids« (11), a ji lahko rečemo kar »demenca zaradi aidsa«.

V prvem obdobju se duševne spremembe zaradi možganske oškodovanosti neločljivo prepletajo z duševnimi motnjami, ki nastanejo zaradi duševne reakcije na spoznanje, da je človek zbolel za to smrtonosno boleznijo. Zato za zdaj ni mogoče zanesljivo razmejiti, ali so depresije, ki so zelo pogostne in jih ima več kot 30% zbolelih (23, 24), spodbujene z duševnimi reakcijami na bolezen ali z okvaro možganovine ali obojim. Podobne pomislek velja pri bolnikih z aidsom, pri katerih se pojavijo znaki, ki so povsem podobni kateri izmed funkcijskih psihoz (25, 26, 27).

V končnem obdobju bolezni pa so hude duševne spremembe nedvomna posledica možganskih okvar, ki so izrazitejše (vsaj spočetka) v subkortikalni beli možganski masi kot pa v možganski skorji (3, 28).

V *zgodnji* fazi možganske oškodovanosti imajo bolniki predvsem naslednje simptome in znake (prirejeno po 11):

Simptomi, nevšečnosti:

anksioznost, strah

depresivnost

apatičnost

nemir, agitacija

motnje koncentracije

motnje spominskih sposobnosti

motnje razumevanja

pojmovna konfuznost

tremor

nezanesljiva hoja

telesna okornost

šibkost

Znaki, ugotovitve:

psihomotorna upočasnenost
 oslabitev spominskih sposobnosti
 oslabitev predelave informacij
 spremenjena sposobnost presoje in tolmačenja

vidno-prostorska dezorganizacija
 motnje pisanja
 motnje govora in poimenovanja
 hiperrefleksija
 disfunkcija frontalnih lobusov
 cerebralna disfunkcija

V *pozni ali končni fazi*, ko se razvije demenca zaradi aidsa, prevladujejo:

- splošne kognitivne motnje
- konfuznost
- dezorientacija
- mutizem
- afazija
- amnestični sindrom
- delirij, halucinoza
- diskinezije
- parkinsonizem
- ataksija
- spastičnost
- pareze
- inkontinenca urina in blata
- mioklonus
- epileptični ekvivalenti
- disfunkcija frontalnega lobusa
- disfunkcija parietalnega lobusa

Posamezni simptomi in znaki se od začetne do končne faze spreminjajo na različne načine in različno hitro, zato ni mogoč splošen opis teh sprememb in njihovega poteka, ki bi bil vsaj na splošno veljaven za vse bolnike. Praktično za vse velja, da so spremembe progredientne.

Reakcija zdravstvenega osebja na bolnike, okužene z virusom HIV

Ljudje, ki delamo v zdravstvu, smo po osebnostnih značilnostih približno tako različni kot ljudje nasploh. Domnevamo sicer, da se ljudje ne odločajo za zdravstvene poklice povsem naključno, a tudi znanje medicine, etične zdravstvene obveznosti in samo delo v zdravstvu zagotovo vplivajo na pojmovanje, doživljanje in ravnanje zdravstvenih delavcev. Ti, vsekakor pomembni duševni procesi, pa vendarle ne morejo v korenu spremeniti osebnostnih značilnosti posameznega zdravstvenega delavca.

Te osebnostne značilnosti posameznika v veliki meri determinirajo njegov odnos tako do bolezni kot do bolnega človeka. Zato lahko – vsaj posplošeno in poenostavljeno – trdimo, da posamezni zdravstveni delavci reagirajo na bolnike, okužene z virusom HIV, zelo različno. Simbolično lahko rečemo, da je raznih oblik reagiranja na bolnike, okuženih z virusom HIV, pač toliko, kolikor je zdravstvenih delavcev. Kakršenkoli opis takega reagiranja, ki bi veljal vsaj za večino, če že ne za vse zdravstvene delavce, zato ni mogoč.

Nekaj več splošnih zakonitosti pa je v reagiranju zdravstvenega kolektiva kot celote. Čeprav so te kolektivne značilnosti ugotavljali predvsem pri programih za zdravljenje narkomanov (29), ni vzroka, da se ne bi podobno dogajalo tudi v drugih zdravstvenih specialnostih.

Reagiranje zdravstvenega kolektiva lahko razdelimo v štiri faze (Dom Des Jarlais, citirano po 25):

Faza zanikanja: Zdravstveni kolektiv opravlja svojo temeljno zdravstveno dejavnost kot poprej. O zdravstvenih problemih v zvezi z virusom HIV in boleznijo aids sicer teoretično nekaj ali dovolj vedo, vendar tega znanja ne vnašajo v svojo zdravstveno dejavnost ali pa le neznatno. Aids je za njih poseben zdravstveni problem, ki ni v zvezi z njihovo temeljno zdravstveno dejavnostjo. Podrobnejše informacije o aidsu in korenite spremembe v načinu zdravstvene dejavnosti se jim ne zdijo nujno potrebne.

Faza panike: Ko se zdravstveni delavci soočijo s prvim (ali prvimi) bolnikom, okuženim z virusom HIV ali seksualnim partnerjem okuženega človeka ali bližnjim svojcem okuženega človeka, reagirajo panično. Dotedanji utirjeni delovni vzorci se podirajo. Osebe zahteva čim več informacij o prenašanju virusa, in to tudi take, ki jih že vedo, ker so zaradi strahu nezaupljivi. Pojavljajo se odločne zahteve, da mora vodstvo ustanove kaj ukreniti in ne zmorejo doumeti, da morajo ustrezno ukrepati oni sami, ne vodstvo. Pojavljajo se celo radikalne zahteve, da je treba okuženega bolnika izolirati ali pa odpustiti, a okuženih bolnikov naj bi se ne sprejemalo v bolnišnico ali pa naj bi hodili v posebne ambulante. Zaradi paničnega reagiranja zdravstvenim delavcem neredko ponori njihov etični kompas.

Faza obvladovanja: Zdravstveni delavci začnejo v vsakdanje delo vnašati spoznanja o prenosu virusa HIV, temu ustrezno prilagodijo vsakdanje delovne vzorce in navade. Poprejšnje razmišljanje, kako se obvarovati pred nevarnostjo, ki jo predstavlja okuženi bolnik, se umakne ukrepanju, kako na splošno preprečiti nevarnost, da bi se pri opravljanju zdravstvenega poklica okužili z virusom HIV. Poprejšnja paničnost se umiri v razumno zaskrbljenost za svoje zdravje in zdravstveno osebe daje konstruktivne predloge, kako ravnati z okuženimi bolniki in kaj spremeniti v vsakdanjih delovnih vzorcih.

Faza preobremenitve: V zdravstvenih ustanovah, kjer delež bolnikov, okuženih z virusom HIV, neprestano narašča, prihaja do najrazličnejših pojavov, ki kažejo, da je zdravstveno osebje (pogosto že tako ali tako preobremenjeno z delom in slabo plačano) v stiski. Naših domačih izkušenj o tem še ni, zato ne vemo, na kakšen način bo zdravstveno osebje pri nas razodevalo svojo stisko te vrste.

Etične dileme

Temelj etičnih dilem v zvezi z boleznijo aids sta dve – vsaj deloma – nasprotujoči si določili:

- Nihče ne sme biti diskriminiran zaradi bolezni.
- Vsak ima pravico do zdravja, ki mu ga drugi ne smejo zavestno okvarjati.

V zvezi z aidsom lahko torej rečemo, da ne sme biti nihče prikrajšan za svoje človeške pravice, ker ima to bolezen, a je hkrati tudi odgovoren, da je ne prenaša na druge. Tako proklamiranega načela ni težko zapisati, pač pa skorajda nemogoče uveljaviti.

Zagata v uveljavljanju človekovih pravic je predvsem vse hujši razkol med kompleksnostjo teh pravic in zapletenostjo vsakdanje redničnosti. V številnih okoliščinah pa utegne pravica do ohranjanja lastnega zdravja zajemati obveznosti, ki omejujejo osebno svobodo (30). Če te splošne misli zožimo v etične dileme v zvezi z aidsom, se postavlja vprašanje, kako uskladiti pravico bolnega, da uveljavlja svoje človeške pravice, in pravice ljudi okoli njega, da uveljavljajo, naj jih s svojo boleznijo ne ogroža. Vsakdanja resničnost je, da ni mogoče uskladiti obeh pravic, vsaj do popolnosti ne. Pravica do zdravja namreč že sama po sebi pomeni omejitev takega človekovega ravnanja, ki kvarno vpliva na zdravje – a vsaka omejitev utegne biti zoževanje človekovih pravic.

Nekaj konkretnih dilem v zvezi z aidsom, ki jih ni mogoče vselej in v celoti razrešiti s preprostimi odločitvami po načeli »da ali ne«, je (prirejeno po 31):

1. Ali povedati spolnemu partnerju okuženega o okužbi?
2. Ali dopustiti, da okuženi živi takšno spolno življenje, kakršno sam hoče?
3. Ali za vsako ceno spoštovati pravico človeka, da sam odloča o testiranju glede virusa HIV?
4. Ali je v vseh okoliščinah treba spoštovati pravico človeka, da sam odloča o testiranju glede virusa HIV?
5. Ali ima delodajalec pravico zahtevati testiranje pri ljudeh, ki jih zaposluje?
6. Ali smejo okuženi ljudje opravljati poklice, pri katerih je veliko tveganje, da okužijo druge?
7. Ali se sme poizvedovati glede prejšnjih in sedanjih seksualnih partnerjev okuženega?
8. Ali naj se okuženi nosečnici svetuje splav?
9. Ali naj se pove rezultat testiranja človeku, ki rezultata ne želi zvedeti?
10. Ali se sme odkloniti zdravljenje, če bolnik odkloni testiranje, a ima take zdravstvene težave, da je zaradi diagnostične opredelitve teh težav nujno testiranje?

Takih dilem je seveda še mnogo več in se kažejo v številnih različicah. Za vse veljavni odgovori na dileme niso mogoči. Razrešiti jih je treba v vsakem konkretnem primeru posebej, a marsikdaj zares zadovoljive rešitve sploh ne more biti. Nekatere etične dileme v zvezi z aidsom so celo take, da jih je potrebno urejati prek pravnih določil in sodnih ukrepov (32).

Pri etičnih dilemah se je potrebno spomniti, da ima medicina izjemno velik družbeni vpliv. Kadarkoli pa medicina zanemari osebne dimenzije pri zdravljenju posameznih bolnikov ali skupin bolnikov, postane njen vpliv politično obarvan, kar je v škodo tako medicini kot politiki.

Literatura

1. Mahler H. WHO 1986, 1877F (MED) CPA 20.
2. Haeberle E. D. Z; Wissensch 1985, 43: 81.
3. Rottenberg D et al. Am Neurol 1987; 22: 700.
4. Cohen R et al. Human Right Internet (HRI), marec 1990.
5. Velimirović B. Aids. Forschung 1986; 5: 233 (a).
6. Ross MW. Br J Vener Dis 1984; 60: 52–5.
7. Lokar J. Med Razgl 1989; 28: Suppl 5: 235.
8. Morin S et al. Am Psychol 1984; 39: 1288.
9. Jenike M et al. Psychosomatics 1986; 27: 143.
10. Holland et al. Ann Intern Med 1985; 103: 760.
11. Fernandez F et al. Hosp Community Psychiat 1989; 40: 146 (a).
12. Marzuk P et al. J Am Med Ass 1988; 259: 1333.
13. WHO: Suicidal behaviour among people with HIV and aids. Bologna 1990.
14. Velimirović B. 1990, osebno poročilo.
15. Dilley J et al. Am J Psychiat 1985; 142: 82.
16. Christ G et al. V: De Vita et al. Philadelphia – Lippincott Co., 1985.
17. Gray F et al. Brain 1988; 111: 245.
18. Petito C. Ann Neurol 1988; 23 (Suppl), S 54.
19. Faulstich ME. Triangle 1990; 29 (2/3): 97.
20. Price R et al. Science 1988; 239: 586.
21. Naria B et al. Ann Neurol 1986; 19: 517.
22. Ostrow D et al. J Clin Psychiat 1988; 49: Suppl 5: 14.
23. Atkinson J et al. Arch Gen Psychiat 1988; 45: 859.
24. Fernandez F et al. South Med J 1989; 82: 999 (b).
25. Maccario M et al. Lancet 1987, ii, 342.
26. Halstead S et al. Br J Psychiatry 1988; 153: 618.
27. Buhrich N et al. Br J Psychiatry 1988; 153: 649.
28. Jarvik J et al. Ann Neurol 1988; 45: 731.
29. WHO: Training on Aids for personnel in drug treatment centres. Bremen 1987.
30. WHO: Health aspects of human rights. Geneve 1976.
31. Velimirović B. Aids. Forschung 1986; 6: 307 (b).
32. Dolenc A et al. Med Razgl 1989; 28: Suppl 5: 273.
33. Velimirović B. Soc Med 1987; 25: 541.

Opomba: Sestavek je bil napisan kot predavanje za Sekcijo psihiatričnih medicinskih sester, zato literatura žal ni urejena po pravilih, ki sicer veljajo za Zdravstveni obzornik. (Op. ur.)