

# Életvégi döntések az intenzív terápiában – az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai

Doktori tézisek

Dr. Zubek László

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. Kovács József egyetemi tanár, az MTA doktora

Hivatalos bírálók:

Dr. Filó Mihály egyetemi adjunktus, Ph.D.

Dr. Tarjányi Mária egyetemi docens, Ph.D.

A szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Bitter István egyetemi tanár, az MTA doktora

A szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Vimpláti László egyetemi tanár, Ph.D.

Dr. Réthelyi János egyetemi adjunktus, Ph.D.

Budapest

2011

## 1. Bevezetés

Aneszteziológusként és intenzív osztályon dolgozó orvosként munkám során sokszor kellett szembesülnöm a betegeket és az orvosokat érintő etikai és jogi problémákkal. Az egészségügyi beavatkozások során elkerülhetetlen az olyan, mindkét fél számára nehéz döntések meghozatala, mely során akár az orvos, akár a beteg érdekei könnyen sérülhetnek. Ennek legfőbb oka az, hogy mind a műtőkben, mind az intenzív osztályokon fekvő betegek érdekérvényesítése zavart szenved, mivel az ilyen esetekben átmenetileg cselekvőképtelennek minősülnek. Pont ezekben a legfontosabb pillanatokban nem tudják a betegek érdekeiket érvényesíteni, így a rendkívüli jelentőségű helyzetekben a döntéseket mások hozzák meg helyettük, autonómiájuk könnyen formálissá válhat, így ezekben a helyzetekben az előzetes rendelkezés fontossága felértékelődik.

Természetesen a problémák nem ugyanazok az altató-orvosi munka során, mint az intenzív betegellátás alatt. Az aneszteziológiában a betegek írásbeli és szóbeli felvilágosítása, a tájékozott beleegyezés, valamint a műtét vagy anesztézia kiterjesztése okozhat etikai vagy jogi problémát. Az intenzív osztályon pedig valamely kezelés orvosi hasztalanságának kimondása, illetve az ilyen kezelés korlátozása jelent óriási terhet a betegek gyógyításában résztvevő személyzetnek.

Az orvosi- (bio-) etika is folyamatos kihívásokkal néz szembe, hiszen az orvostudomány robbanásszerűen fejlődik, melyet nem tud követni az egészségügyre fordítható források növekedése. A kérdések a világ minden országában ugyanazok, de a válaszokban már eltérések mutatkoznak a társadalom fejlettségétől, a vallástól, és az adott társadalom kultúrájától függően. A felmerülő bioetikai kérdésekre irányuló saját válaszom megfogalmazása előtt bemutatom az önrendelkezéshez, az élethez és az emberi méltósághoz való jog, mint alapvető emberi jogok kialakulásának történetét, majd a hazai etikai és jogszabályi környezetet elemzem, illetve hasonlítom össze a nemzetközi helyzettel.

A dolgozatomban a beteg-autonómia érvényesülését elemzem két speciálisan „érzékeny” helyzetben, először az aneszteziológia beleegyező nyilatkozatok, másodszer az életvégi döntések viszonylatában.

## 2. Célkitűzés

Vizsgálataim célja a betegjogok érvényesülésének feltérképezése volt az aneszteziológiában és az intenzív kezelés alatt, részletesen a tájékoztatáshoz, illetve az élethez és emberi méltósághoz való jog érvényesülését vizsgáltam. Mindkét vizsgálat előtt hasonló feltételezést állítottunk fel, nevezetesen hogy a magyar orvosok nem tájékoztatnak megfelelően, döntéseiket paternalisztikusan hozzák meg. Első (aneszteziológiai)

vizsgálatunkban megfogalmazott feltételezésünk szerint az információ átadása jól mérhető azon, hogy a betegek milyen formájú és tartalmú beleegyező nyilatkozatokat írnak alá az altatás előtt, és ezzel jellemezhető a betegautómia megvalósulása.

Második vizsgálatomban a hazai intenzív osztályokon történő kezeléskorlátozás gyakorlatát térképeztem fel. Feltételezésünk szerint az életvégi döntések során az intenzív terápiás orvosok saját gyakorlatot alakítottak ki a kezeléskorlátozásra, a betegek, a hozzátartozók és a többi egészségügyi dolgozó véleményétől függetlenül, mely napi rutinná vált hazánkban is. Mivel erre vonatkozó klinikai vizsgálat nem történt Magyarországon, feltételeztük, hogy jelentős különbségek vannak a különböző intézetek között. Dolgozatom gyakorlati célja, hogy bemutasson egy új rendszert, mely az életvégi döntések egyes formáit definiálja, és a beteg állapotához köti a kezeléskorlátozás egyes fajtáit. Céloom, hogy gyakorlati segítséget nyújtsak a gyakorló orvosoknak a döntéshozatalban, mely elfogadható a társadalom, a jogászok és az etikusok számára is.

### 3. Módszerek

A betegek tájékozott beleegyezését érintő vizsgálatunk során 36 budapesti kórház és klinika anesztéziái beleegyező nyilatkozatát hasonlítottuk össze 6 formai és 10 tartalmi szempont szerint, majd az adatokat elemeztük.

Az életvégi döntéseket érintő kutatásunk során intenzív terápiás osztályon dolgozó orvosokat kérdeztünk meg a munkájuk során szerzett tapasztalataikról. Egy 21 kérdésből álló négyoldalas kérdőívet állítottunk össze, melyet egy korábbi bevezető vizsgálatunkkal validáltunk. A kérdőíveket elektronikus formában interneten keresztül küldtük el a Magyar Intenzív Terápiás Társaság regisztrált tagjai számára, a válaszolók önkéntesen, anonimitásuk megőrzése mellett elektronikus vagy nyomtatott formában küldték azt vissza. A kérdésekre egyszerű vagy többszörös választással, illetve egy hatfokozatú lineáris skálán (0-5) a válasz értékelésével lehetett válaszolni. A statisztikai elemzéshez a Statistica szoftvert használtuk [Statsoft. Inc (2008) data analysis software system; version 8.0 [www.statsoft.com](http://www.statsoft.com)]. A statisztikai elemzést nem paraméteres t-próbával és variancia analízissel végeztük. A szokásos öt százalékos szignifikancia hátár mellett figyelembe vettük az 5-10 százalék közötti p értéket adó eltéréseket is, mint tendenciát. Az eredmények bemutatásához számtani középértéket és SD-értéket használtunk, diszkrét változók esetén a gyakoriságot százalékban adtuk meg.

#### 4. Eredmények

Az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok elemzése kapcsán kiderült, hogy a tájékozott beleegyezés megfelelő érvényesülésének számos akadálya van a műtét előtti aneszteziológiai vizsgálat során.

Az elemzett formai szempontok alapján kijelenthető, hogy a nyilatkozatok többsége nem felel meg a nemzetközi ajánlásoknak. A kórházak 61%-ban alkalmaznak önálló aneszteziológiai beleegyezőt, melyek terjedelme 19%-ban felel meg az elvárásoknak (3-4 oldal). Ugyanakkor a szóbeli tájékoztatás megtörténtéről (92%) és a kérdések feltevésének lehetőségéről (86%) a legtöbb nyomtatvány említést tesz, és majdnem az összes nyilatkozatot (94%) a felvilágosítást végző orvos is aláírja.

A beleegyező nyilatkozatok tartalmi elemzése kapcsán fény derült arra, hogy az eljárás ismertetése 39%-ban történik csak meg, a kezelési alternatívákról is hasonlóan kevés nyomtatvány tartalmaz adatokat. Az egyes alternatívák előnyeit és hátrányait a nyilatkozatok 25%-a ismerteti, a beavatkozás konkrét kockázatait 28% tartalmazza, míg ezek bekövetkeztének konkrét valószínűségéről 19% szól csak. A műtét előtti teendőkről 39% tartalmaz adatokat, a műtét utáni intenzív osztályos kezelés lehetőségéről 19% ad útmutatót. A beavatkozás szükséges kiterjesztése a nyilatkozatok 67%-ában szerepel, a szükséges vér-transzfúzió engedélyezéséről 69%-ban szól a nyomtatvány. A nyilatkozat visszavonásáról vagy a helyettes döntéshozó kinevezésének lehetőségéről csak 5% tesz említést.

Az életvégi döntésekre vonatkozó kérdőívet 191 intenzív osztályon dolgozó orvos töltötte ki, válaszadási arány 26%. A válaszolók 48% nő, 52% férfi volt. A megkérdezettek 23%-a dolgozott egyetemi intézményben, 27%-a regionális centrumban,

38%-a városi kórházban, 4%-a specializált intenzív osztályon, 8%-a egyéb helyen. A válaszolók 27%-a dolgozott kevesebb, mint 5 éve, 21%-a 6-10, 16%-a 11-15, és 36%-a több mint 16 éve. Intenzíves szakvizsgája a válaszolók 62%-nak volt, melyek közül 9-en külföldön szereztek szakképesítést. A válaszolók 26 %-a vallását gyakorló hívő, 40 %-a vallását nem gyakorló hívő volt, míg 16% ateistának vallotta magát, a kollégák 18 %-a pedig nem nyilatkozott ebben a kérdésben.

Kérdéseinket négy téma köré csoportosítottuk: a kezelés meg nem kezdése, a már folyamatban lévő kezelések felfüggesztése, a kezeléskorlátozásnál alkalmazott döntéshozatali mechanizmusok vizsgálata illetve az életvégi döntések (DNR, kezeléskorlátozás, a haldoklási folyamat megrövidítése) gyakorisága.

A kezelés meg nem kezdésére vonatkozó kérdések során arra voltunk kíváncsiak, hogy a betegek felvételét a szakmai indikációkon túl a beteg, vagy nem cselekvőképes (kompetens) beteg hozzátartozójának véleménye, a szabad ágyak, a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek mennyire befolyásolják. A felsorolt tényezők jelentőségét az orvosok egy hatfokozatú skálán 0-5-ig tudták értékelni (0=egyáltalán nem fontos, 5=nagyon fontos). Adataink alapján kijelenthetjük, hogy a hazai gyakorlatban az orvosok csak közepes mértékben veszik figyelembe a beteg vagy hozzátartozója kívánságát az intenzív osztályra való felvétel során (3.07,+/-1.56). Hasonló mértékben korlátozza a betegfelvételt a szabad ágyak száma (3.03, +/-1.40) a rendelkezésre álló tárgyi

feltételek kevésbé (2.12, +/-1.40), a személyi feltételek pedig alig befolyásolják (1.98, +/-1.48) az intenzív osztályos betegfelvételt.

A már folyamatban lévő kezelés felfüggesztésével kapcsolatban kíváncsiak voltunk arra, hogy mely tényezők, milyen mértékben befolyásolják a döntéshozatalt, illetve a meghozott döntést követően mi a kezeléskorlátozás gyakorlati kivitelezésének módja.

A magyar gyakorlatban az ágyak száma (2.28, +/-1.66), a tárgyi feltételek (1.85, +/-1.45) és a személyi feltételek (1.39, +/-1.44) kismértékben befolyásolják a kezelés visszavonását. A válaszokból kiderült, hogy hazánkban a kezelőorvos dönt a beteg életéről elsősorban a beteg távolabbi életkilátásai (3.82, +/-1,21) függvényében. A kezeléskorlátozásban kis különbséggel a második legfontosabb szempont a beteg aktuális állapota (3.71, +/-1.26). A beteg akaratát közepesen fontosnak tartják (2.64, +/-1.61), és ezt jóval kevésbé veszik az orvosok figyelembe, mint a saját véleményüket (3.71, +/-1.26). A kezeléskorlátozás végrehajtása során harmadik legfontosabb szempont az ápolószemélyzet véleménye, melyet a kezelőorvosok nem tartanak igazán fontosnak (2.36, +/-1.41), míg legkevesbé fontos a kezeléskorlátozásban a hozzátartozók véleménye adataink szerint (2.24, +/-1.51).

A következő kérdésben arra kerestük a választ, hogy mit tenne a kezelőorvos, ha a beteg vagy hozzátartozója fel kívánja függeszteni a kezelést, de orvosuk még lát esélyt a beteg gyógyulására. Megfigyelhető, hogy a válaszolók kisebb része



(41.7%) hagyja a betegek önrendelkezésének érvényesülését, amennyiben orvosi szempontból lát még esélyt a gyógyulásra. Az orvosok nagyobb része (54.5%) a kezelés felfüggesztésében inkább figyelmen kívül hagyja a beteg vagy hozzátartozójának kérését ilyen esetekben. Következő kérdésünk az orvosilag hasztalan kezelés esetét vizsgálta, vagyis hogy mit tesz az orvos abban az esetben, ha már nem lát esélyt betege gyógyulására. Az intenzíves orvosok nagyon kis része (7.6%) nem tájékoztatja a helyzet reménytelenségéről a hozzátartozókat (mivel ebben a szituációban a betegek kis részének tiszta a tudata), ebből 2.2% felfüggesztené, 5.4% pedig folytatná az általa hasztalannak tartott kezelést. Az orvosok jelentős részénél (83.8%) megjelenik a kommunikációban a kezelés hasztalansága. Ebben az esetben a válaszadók 63.8%-a választotta azt, hogy a meggyőződése ellenére is folytatná a kezelést, amennyiben a beteg vagy hozzátartozói ezt igényelnék, míg az orvosok 20%-a tájékoztatná a beteget vagy hozzátartozóját a helyzet reménytelenségéről, és a véleményüktől függetlenül abbahagyná a kezelést.

Ezt követően arra kerestük a választ, hogy a kezelés korlátozását hogyan hajtják végre a különböző intenzív osztályokon. Egyszerre állítanak le minden kezelést vagy részlegesen korlátozzák azt, a döntés megszületése után? A válaszolók 11%-a nyilatkozta azt, hogy kezelés korlátozást nem folytatnak, míg 30 %-a egyszerre állít le minden terápiát. A részleges korlátozások közül a vazoaktív terápia leállítása vezet, ezt a válaszolók 64%-a jelölte be, ezt követi

gyakoriságban az antibiotikum kezelés megszüntetése (47%). A többi szervfunkciót pótló korlátozási mód (táplálás, lélegeztetés, vértisztítás) körülbelül a megkérdezettek 18-22%-ánál egyenlő arányban szerepel.

A negyedik témakör fókuszában a DNR, a kezelés-korlátozás és a haldoklási folyamat megrövidítése gyakoriságának megismerése áll. Adatainkból jól látható, hogy a DNR parancs (7.8%, +/-8.49) és a kezelés-korlátozás (8.3%, +/-8.91) a betegforgalom viszonylag nagy arányát érinti hazánkban. A haldoklási folyamat megrövidítésének átlagos gyakorisága a legmagasabb (9.4%, +/-16.64). A válaszolók 80%-a szerint a cselekvőképes beteg, illetve a cselekvőképtelen beteg hozzátartozója egyáltalán nem kezdeményezett valamilyen kezeléskorlátozást. A válaszolók 19.6 %-a nyilatkozott úgy, hogy volt ilyen kérés az osztályukon az elmúlt egy évben, és átlagosan 5 alkalommal merült fel igény a kezelés korlátozására.

Utolsó kérdésünk egy kezeléskorlátozásról szóló szakmai protokoll létrehozására irányult, melyet a válaszolók 93 %-a tartott szükségesnek.

## 5. Következtetések

Dolgozatomban a betegek önrendelkezésének gyakorlati megvalósulását vizsgáltam, az anesztéziában a tájékozott beleegyezés, az intenzív terápiában pedig az életvégi döntések szempontjából.

Mivel egy invazív orvosi beavatkozás súlyos testi sértés büntettét valósítja meg a beteg beleegyezése nélkül, így minden orvosi beavatkozás alapvető feltétele a tájékozott beleegyezés létrejötte. Az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok elemzése kapcsán kimutattuk, hogy feltételezésünknek megfelelően a betegek tájékoztatása nem megfelelően történik. Emiatt a döntéshozatalban nem tudnak az etikai és jogi irányelveknek megfelelően közreműködni, a döntéseket gyakran a kezelőorvos hozza meg helyettük. Míg a tájékozott beleegyezés formai kellékei többé-kevésbé megvalósulnak, addig tartalmilag alapvető hiányosságok fedezhetők fel, ezek leginkább a kezelési alternatívák felsorolását, a szövődmények lehetőségét és valószínűségét érintik. A beleegyezés az ilyen esetekben csak formális, nem elégíti ki sem az orvosetikai, sem a jogi ajánlások kívánalmait.

Az életvégi döntések esetében is igazoltuk két feltevésünket, mivel ebben az esetben sem történik meg a betegek (hozzátartozók) megfelelő tájékoztatása, illetve a döntéseik elfogadása. Az orvosok paternalisztikusan döntenek a betegük (hozzátartozóik) helyett, döntéseiket elsősorban a betegük életkilátásai alapján hozzák meg, nagyrészt figyelmen kívül hagyják a betegek, a hozzátartozók, és az ápolók véleményét.

A betegek felvételénél a legerősebb korlátozó tényezőnek tartják a szabad ágyak számát, mely megfelel a nagy európai vizsgálatok eredményeinek. A korlátozást elsősorban a kisebb ágyszámú osztályok és a fiatalabb kollégák érzik súlyosabbnak.

A kezeléskorlátozásban ugyancsak a szabad ágyak száma a legerősebb korlátozó tényező, de itt ennek kisebb a jelentősége, mint a betegfelvétel esetén. A kezeléskorlátozásban a kezelőorvos szava a döntő, aki inkább a beteg várható életkilátása alapján dönt erről, mint az aktuális állapota alapján. Ez felvetheti a diszkrimináció lehetőségét a kevesebb társbetegséggel rendelkezők, nem szenvedélybetegek vagy fiatalabbak javára. A döntést szemben az európai trendekkel nem a beteg kezelésében részt vevő kollektíva, hanem a kezelőorvos hozza meg, ebben alig veszi figyelembe a beteg rendelkezését vagy a hozzátartozók véleményét.

A kezeléskorlátozás kivitelezése során a keringéstámogatás, illetve az antibiotikum kezelés megszüntetése vezet, majd hasonló arányban követi őket a lélegeztetés, vértisztítás és táplálás felfüggesztése. Ezek szerint a magyar intenzív terápiás orvosok nem azonosulnak azzal a többségi véleménnyel, hogy a kezeléskorlátozás után is a betegeknek meg kell kapniuk a komfort ellátást (folyadék-pótlás, táplálás, fájdalomcsillapítás, szedálás).

Az életvégi döntések aránya az intenzív osztályra felvett betegekhez képest magasabbak az európai vizsgálatok adatainál (Ethicus study, SAPS3 study), különösen a haldoklási folyamat megrövidítésének aránya magasabb a hazai felmérésben (9.4% vs.2%). A hozzátartozókkal való kommunikációban ritkán szerepel a halál bekövetkezésének siettetése, ilyen kérést csak minden ötödik magyar intenzív terápiás orvos kapott.

Hogyan lehetne az életvégi döntéseket etikusan és a betegek önrendelkezését tiszteletben tartva a jogszabályokat rendelkezéseivel összhangban meghozni? Ez ma a legfontosabb etikai-jogi kérdés az intenzív terápiában világszerte. Nézetem szerint ebben az első lépcső a betegek önrendelkezésének javítása lenne. Mindenekelőtt a beteg felvilágosítás és tájékozott beleegyezés javításával, illetve az előzetes rendelkezés különböző formáinak (élő végrendelet, helyettes döntéshozó kijelölése) elterjedésének elősegítésével lehetne ebben lényeges előrelépést elérni.

A haldokló, szervelettelen betegek kezelésének mikéntje orvosi kompetencia, természetesen vannak ennek komoly jogi és etikai relevanciái is. Az orvos feladata ilyen esetben a beteg állapotához igazodva biztosítani a szakmailag indokolt kezelést minden esetben.

Az intenzív terápiás orvosok döntési lehetőségeinek szempontjából új fogalom bevezetését javaslom. Ennek a csoportosításnak használatával didaktikusan elválaszthatók a kezeléskorlátozás egyes esetei, illetve alkalmazásuk feltételei, de a csoportok közötti határok flexibilisek maradnak, mindenkor a tudomány aktuális állásához és az egészségügyi szolgáltató finanszírozási lehetőségeihez igazíthatók. Ez a fogalom az életvégi triage, ezen sorolás segítségével a haldokló (szervelettelen) betegeket három csoportra tudjuk osztani.

Az első csoportot azok képezik, akiknek szervelettelensége nagy biztonsággal megszüntethető, mivel rendelkezünk a

szervfunkció pótlását és helyreállítását biztosító orvosi technikákkal (pacemaker beültetés, vértisztító eljárások, stb.), így a betegeknek jó minőségű életévek adhatók.

A második csoportot azok a betegek képezik, akiknél a szervfunkció helyreállása biztosan nem várható (a betegség végstádiumába jutott krónikus betegek), akiknél az intenzív (szervpótló) kezelést nem szabad megkezdeni. E betegcsoportban csak a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortjára, szenvedéseik csökkentésére törekedhetünk, kezelésük az intenzív osztályok helyett a terminális palliatív medicina vagy hospice kezelés feladata lenne.

A szervelettelen betegek harmadik csoportját azok alkotják, akiknél az orvosi kezeléssel a szervelettelenség nagy valószínűséggel nem szüntethető meg, az állapot súlyossága (többszervi elégtelenség) miatt, mert jelenleg még nem rendelkezünk oki terápiával, de azt sem lehet mondani, hogy nincs esély a beteg állapotának rendezésére. Ezeknél a betegnél tehát meg kell kísérelni a gyógyítást a rendelkezésre álló eszközökkel (szupportív kezelés), és folyamatosan meg kell figyelni a páciensnek a kezelésre adott reakcióit. Ha a beteg állapota az alkalmazott kezelés segítségével nem javul, a szervelettelensége az orvosi kezelés ellenére progrediál, és az orvosi kezelés haszталanná válik, akkor ezeknél a betegeknek van helye a kezelés visszavonásának, és a komfort ellátás elindításának.

Az életvégi triageban hozott döntéseknek szükségszerűen nem egyéni, hanem testületi döntésnek kell lenniük, melyben részt kell venni a beteg kezelését végző orvosoknak, ápolóknak, gyógytornászoknak is. Mivel a haldoklási folyamatban a beteg tudata már nem hozzáférhető, így a beteg hozzátartozóinak informálása és bevonása a kezeléskorlátozásba nem kerülhető meg. A kezelés meg nem kezdése vagy abbahagyása nem érintheti a fájdalom csillapítását vagy a beteg megfelelő szedálását, biztosítani kell a beteg táplálását és folyadékpótlását, így törekedni kell mind a beteg, mind a hozzátartozók megpróbáltatásának csökkentésére. Nézetem szerint a medicina lehetőségeinek a fejlődésével párhuzamosan, valamint az intenzív osztályokon végzett kutatások (halálozást előrejelző pontrendszerek, életminőség vizsgálatok) számának gyarapodásával a nem megmenthető betegek aránya csökkenni fog, a megmenthetők száma pedig egyre nagyobb lesz a jövőben.

## 6. Saját publikációk jegyzéke

### 6.1 A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. **Zubek L**, Szabó L, Diószeghy Cs, Gál J, Élő G: End-of-life decisions in Hungarian intensive care units. *Anaesth Intens Care* 39(1):116-121 2011.
2. **Zubek L**, Szabó L, Lakatos PL, Papp J, Gál J, Elő G: Double balloon enteroscopy examinations in general anaesthesia. *World J Gastroenterol* 16(27):3418-3422 2010.
3. **Zubek L**, Szabó L, Gál J, Lakatos PL, Papp J, Élő G: Kettősballon-enteroszkópiás vizsgálatoknál végzett altatások során szerzett hazai tapasztalatok. Beteg-autonómia az anesztéziában. *Orvosi Hetilap* 151(48):1976–1982. 2010.
4. **Zubek L**, Szabó L, Gál J Öllös Á, Élő G: A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon. *Orvosi Hetilap* 151(38):1530-1536. 2010.
5. **Zubek L.**, Tőkey B, Szabó L, Élő G: Jogos védelem: a tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái. *Orvosi Hetilap* 148(25) 1155-62, 2007
6. Élő G, Dobos M, **Zubek L**: Az újraélesztés etikai vonatkozásai. *Orvosi Hetilap* 147(27):1273-7, 2006
7. AIT Szakmai Kollégium: Az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos etikai ajánlás. (Élő G, Darvas K, Bogár



L, Bobek I, **Zubek L**). *Aneszteziológia és Intenzív Terápia*. 2006. S(2): 46-54.

## 6.2 A disszertációhoz kapcsolódó idézhető absztraktok

1. **Zubek L**, Szabó L, Gál J, Élő G: Decision making process of therapy restriction in Hungarian intensive care units. *Intensive Care Medicine* 2010 36 (Suppl 2) S386 AB1196
2. **Zubek L**, Élő G, Szabó L: End-of-life decisions in Hungarian intensive care units [abstract]. *Critical Care* 2010, 14(Suppl 1);P602.
3. **Zubek L**, Élő G: Életvégi döntések magyarországi gyakorlata az intenzív osztályokon. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2009;39(S1):EA8.
4. Élő G, **Zubek L**, Péntes I: Etika és jog az intenzív terápiában. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2002;32(S2):Sz40.
5. Élő G, **Zubek L**: A gyakorló orvos jogi felelőssége. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 31. Évf. 1. Suppl. 21. 2001
6. **Zubek L**, Péntes I: Az orvosnak is vannak emberi jogai? (Az emberi jogok vonatkozásai az egészségügyi dolgozókra) *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 30. Évf. A MAITT 30. Nemzeti Kongresszusa Előadás-Kivonatok 56. 2000

## 7. Köszönetnyilvánítás

A dolgozat létrejöttében kisebb-nagyobb részt vállaló tanárain, kollégáim száma igen nagy, így csak a munkám folyamán legnagyobb segítséget nyújtó személyek kiemelésére szorítkozhatom. Mindenekelőtt munkahelyi vezetőim segítségét köszönöm, a kutatás elindításában Dr. Pénzes Istvánnak, a dolgozat megírásában és a publikációk megjelentetésében Dr. Gál Jánosnak tartozom hálával. Dr. Kovács József a téma vezetését mindenkor „etikusan” végezte, a kezdetben csapongó gondolataimat finom kézzel terelte a helyes irányba. A legtöbb gyakorlati segítséget Dr. Élő Gábortól, kutatótársamtól kaptam, akivel sok-sok napot beszélünk át az életvégi döntésekről. Mindenképpen ki kell emelnem Charles Sprung és Jean-Louis Vincent professzorok nevét, akik nemzetközi irodalmi munkásságuk mellett gyakorlati tanácsokkal is elláttak a téma feldolgozása és prezentációja során.

Végül kutatócsoportunk másik állandó tagjaként köszönetet szeretnék mondani feleségemnek Dr. Szabó Lénának, aki az „otthoni háttér” megteremtése mellett nagy segítséget nyújtott az adatok statisztikai elemzésében, és a nyelvi lektorálás területén.