

JARR

UDK: 179:61 | ISSN: 1847-6376

JAHR
Volume/godište 3, Number/broj 5, pp./str. 1-322

IMPRESSUM

Publisher/Nakladnik:

Department of Social Sciences and Medical Humanities (University of Rijeka - Faculty of Medicine, Croatia)
Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini (Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Hrvatska)

Advisory Board/Izdavački savjet:

Elvio Baccarini (Faculty of Philosophy, University of Rijeka, Croatia)
Ivan Cifrić (Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croatia)
Jozo Čizmić (Faculty of Law, University of Split, Croatia)
Ante Čović (Faculty of Philosophy, University of Zagreb, Croatia)
Josip Grbac (Theology in Rijeka, Catholic School of Theology, University of Zagreb, Croatia)
Nenad Hlača (Faculty of Law, University of Rijeka, Croatia)
Majda Pahor (Faculty of Health, University of Ljubljana, Slovenia)
Fernando Lolas Stepke (Bioethics Regional Program, PAHO/WHO, Chile)
Hans-Martin Sass (Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC, USA; Research Center for Bioethics, Beijing Union Medical College, China; Institute for Philosophy, Center for Medical Ethics, Ruhr University, Bochum, Germany)
Michael Cheng-tek Tai (College of Medical Humanities and Social Sciences, Chung Shan Medical University, Taichung, Taiwan)
Ante Simončić (Faculty of Medicine, University of Rijeka, Croatia; Embassy of the Republic of Croatia in Beijing, China)
Ivan Šegota (Faculty of Medicine, University of Rijeka, Croatia)
Hank ten Have (Division of Ethics of Science and Technology, UNESCO, Paris, France)
Luka Tomašević (Catholic Faculty of Theology, University of Split, Croatia)
Ksenija Turković (Faculty of Law, University of Zagreb, Croatia)
Karel Turza (Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia)
Xiaomei Zhai (Center for Bioethics, Chinese Academy of Medical Sciences; Beijing Union Medical College, China)
Niko Zurak (Faculty of Medicine, University of Zagreb, Croatia)

Editor-in-Chief/Glavni urednik: **Amir Muzur**

Issue Editor/Urednica izdanja: **Nada Gosić**

Editorial Board/Uredništvo:

Ana Borovečki (Zagreb, Croatia), **Morana Brkljačić Žagrović** (Rijeka, Croatia), **Dejan Donev** (Kumanovo, Macedonia), **Anamarija Gjuran-Coha** (Rijeka, Croatia), **Nada Gosić** (Rijeka, Croatia), **Hrvoje Jurić** (Zagreb, Croatia), **Željko Kaluđerović** (Novi Sad, Serbia), **Arijana Krišković** (Rijeka, Croatia), **Goran Mijaljica** (Split, Croatia), **Viktor Moretti** (Rijeka, Croatia), **Amir Muzur** (Rijeka, Croatia), **Gordana Pelčić** (Rijeka, Croatia), **Sandra Radenović** (Beograd, Serbia), **Iva Rinčić** (Rijeka, Croatia), **Iva Sorta-Bilajac Turina** (Rijeka, Croatia), **Mirko Štifanić** (Rijeka, Croatia), **Ivana Zagorac** (Zagreb, Croatia)

Editorial Board Secretary/Tajnik uredništva: **Igor Eterović**

Administrative support/Administrativni poslovi: **Rajka Necko, Marinka Kruljac**

Croatian proofreading/Lektura za hrvatski jezik: **Sanja Grakalić Plenković**

Address/Adresa uredništva:

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci,
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka, Hrvatska, Phone/Tel.: + 385-51-651-165, Fax: + 385-51-651-219,
e-mail: igor.eterovic@medri.hr

Annual JAHR is published twice a year./Godišnjak JAHR izlazi dva puta godišnje.

Annual JAHR is published in edition of 200 copies./Godišnjak JAHR izlazi u nakladi od 200 primjeraka.

The price of a copy is 3 €./Cijena pojedinog primjerka je 20 kuna.

Account number/Žiro-račun: 236000-1101410222; reference number/poziv na broj 4200.

UDK: 179:61

ISSN: 1847-6376

JAHAR

ANNUAL

of the **Department of Social Sciences and
Medical Humanities**

at University of Rijeka - Faculty of Medicine

GODIŠNJAK

**Katedre za društvene i humanističke
znanosti u medicini**

Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

**Volume/godište 3 | Number/broj 5 |
pp./str. 1 – 322 | April/travanj 2012 |**

Rijeka/Croatia

Skup 13. dani bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci i tiskanje časopisa Jahr podržani su sredstvima:

The meeting 13th Days of Bioethics at the Faculty of Medicine in Rijeka and printing of the Jahr journal were supported by funds from:



Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti temeljem Odluke Upravnog odbora Zaklade Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti od 12. travnja 2011. godine. Mišljenja izražena u ovom časopisu mišljenja su autora i ne izražavaju nužno stajalište Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti.

The Croatian Academy of Sciences and Arts based on the Decision of the Management Board of the Foundation of the Croatian Academy of Arts and Sciences, dated 12th April 2011. Opinions presented here reflect the opinion of the authors and not necessarily the views of the Croatian Academy of Sciences and Arts.



Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa temeljem Odluke o novčanoj potpori skupu: 13. dani bioetiike na Medicinskom fakultetu u Rijeci, KLASA: 420-07711-09/00063; URBROJ: 533-12-11-0002 od 12. svibnja 2011. Mišljenja izražena u ovom časopisu mišljenja su autora i ne izražavaju nužno stajalište Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa.

The Ministry of Science, Education and Sports based on the Decision for financial support to the meeting: 13th Days of Bioethics at the Faculty of Medicine in Rijeka, Class: 420-07711-09/00063; Reg. No.: 533-12-11-0002, dated 12th May 2011. Opinions presented here reflect the opinion of the authors and not necessarily the views of the Ministry of Science, Education and Sports.



Zaklade Sveučilišta u Rijeci temeljem Ugovora o dodjeli sredstava Zaklade (br. SN-OS 36/2011), Klasa: 614-03/11-01/14, Ur. broj: 2170-57-06-11-2, od 30. lipnja 2011. Mišljenja izražena u ovom časopisu mišljenja su autora i ne izražavaju nužno stajalište Zaklade Sveučilišta u Rijeci.

The Foundation of the University of Rijeka based on the assignment of funds of the Foundation (No. SN-OS 36/2011), Class: 614-03/11-01/14, Reg. No.: 2170-57-06-11-2, dated 30th June 2011. Opinions presented here reflect the opinion of the authors and not necessarily the views of Foundation of the University of Rijeka.

Sadržaj / Contents

Zbornik radova 12. bioetičkog stola: Bioetička edukacija – izazovi i perspektive (Rijeka, 13. i 14. svibnja 2011.) / *Proceedings of the 12th Rijeka round table: Bioethics Education – Challenges and Perspectives (Rijeka, May 13th – 14th, 2011)*

Uvod - uz temu i broj / Introduction – with reference to the topic and issue	
Nada Gosić.....	11
Program okruglog stola / <i>Round table programme</i>	15
Ivan Šegota	17
Početak bioetičke edukacije na Medicinskom fakultetu u Rijeci / The beginning of bioethics education on Faculty of Medicine in Rijeka	
Nataša Vulić.....	23
Bioetičko obrazovanje u srednjoj školi / Bioethics education in high school	
Dejan Donev.....	29
Raskorak makedonskog obrazovnog sustava i svjetskih obrazovnih tendencija s obzirom na (bio)etičku edukaciju / The gap between Macedonian educational system and world educational tendencies on the issues of bioethical education	
Sunčana Roksandić Vidlička, Dijana Hristić, Zrinka Kirin.....	37
Bioethical and legal challenges of surrogate motherhood in the Republic of Croatia / Bioetički i pravni izazovi regulacije zamjenskog majčinstva u Republici Hrvatskoj	
Ivana Zagorac.....	69
Kritičko mišljenje i bioetika / Critical thinking and bioethics	
Marko Trajković, Niko Josić.....	81
O neophodnosti bioetičkog obrazovanja pravnika / On the necessity of bioethic education for lawyers	
Karel Turza, Sandra Radenović.....	93
Bioetička edukacija na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu / Bioethical education at the Faculty of Medicine University of Belgrade	
Nada Gosić.....	99
Bioetička edukacija u Hrvatskoj: povijesni i aktualni pristup / Bioethics education in Croatia: historical and current approach	

Iva Rinčić, Amir Muzur	111
Od bioetičara – učenika do bioetičara – učitelja: pijetizam i edukacija u životu i djelu Fritza Jahra / From bioethicist – student to bioethicist – teacher: Pietism and education in the life and work of Fritz Jahr	
Boris B. Brajović	117
Pojam "lijeka" u bizantskoj tradiciji: filozofsko-teološki aspekti / Notion of "medicine" in byzantine tradition: philosophical-theological aspect.	
Orhan Jašić, Dževad Hodžić, Senada Selmanović	123
Utjecaj religijskog statusa i kvalitete života na konzumaciju alkohola među studentskom populacijom Sveučilišta u Tuzli / The influence of religious status and quality of life at alcohol consumption among students population of University of Tuzla	
Bardhyl Çipi	139
Ethical, juridical and historical aspects of medical confidentiality / Etički, pravni i povijesni aspekti povjerljivih medicinskih podataka	
Vjera Duić	147
Kontroverzni učinci primjene Zakona o medicinskoj oplodnji iz 2009. godine na uspješnost postupka u Hrvatskoj / Act on medical fertilization (2009) and its controversial effects on the IVF efficiency in Croatia	
Riječke smjernice za bioetičku edukaciju / The Rijeka guidelines for bioethics education	161
<i>Recenzirani radovi / Reviewed papers</i>	
Maja Žitinski	165
Paternalism as the field of bioethical concern / Paternalizam kao bioetička briga	
Nada Mladina	181
Bioetika i liječnik u partnerstvu s bolesnikom / Bioethics and physician in partnership with patients	
Mirko Štifanić, Iva Rinčić	191
Etičnost i profesionalizam smjesta / Ethics and professionalism right away	
Sandra Radenović	205
Bioetika i nasilje / Bioethics and violence	
Silvana Karačić	219
Socijalna podrška kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem / Social support to adolescents with physical injury	

Jasminka Pavelić, Katja Rozman	245	
Sijamski blizanci - od slučaja do slučaja / Conjoined twins - from case to the case		
Karel Turza	255	
Bioetika i kultura. Može li bioetika pridonijeti stvaranju interkulturalnosti? / Bioethics and culture. Can bioethics contribute to formation of interculturality?		
Srećko Gajović	267	
Regeneracija mozga: od neuroznanstvene nade do bioetičkog problema / Regeneration of the brain: from neuroscientific hope to bioethical problem		
Heda Festini	279	
Bioetika i filozofija biologije / Bioethics and philosophy of biology		
George Alexias, Georgia Dilaki, Charalambos Tsekeris	285	
The "Beautiful" pain: cosmetic surgery and the embodiment of pain		
 <i>In memoriam</i>		
Ivan Šegota (1938. – 2011.)	307	
 <i>Upute autorima / Instructions for the authors</i>		317

JAHAR

PROCEEDINGS

OF THE 12th BIOETHICS
ROUND TABLE OF RIJEKA:
BIOETHICS EDUCATION
– CHALLENGES AND
PERSPECTIVES

(Rijeka, Croatia, May 13th–14th, 2011)

**ZBORNIK
RADOVA**

12. RIJEČKOG BIOETIČKOG
OKRUGLOG STOLA:
BIOETIČKA EDUKACIJA
– IZAZOVI I PERSPEKTIVE

(Rijeka, 13.–14. svibnja 2011.)

ANNUAL
of the **Department of Social
Sciences and Medical Humanities**
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Uvod - uz temu i broj

U ovom broju Jahra objavljujemo izlaganja s 12. bioetičkog okruglog stola, održanog u okviru 13. dana bioetike na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci i bioetički temat koji svojim sadržajem, metodološkim pristupima i autorskim komentarima može poslužiti za koncepciju i realizaciju bioetičke edukacije, teme kojoj je bio posvećen okrugli stol. Dvadeset godina postojanja i realizacije bioetičke edukacije u Hrvatskoj, koja je započela na Medicinskom fakultetu u Rijeci, opredijelilo je organizatore skupa - Katedru za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i riječku podružnicu Hrvatskog bioetičkog društva - da 2011. godine tema okruglog stola bude *Bioetička edukacija: izazovi i perspektive*. Okrugli stol održan je 13. i 14. svibnja 2011. godine.

S obzirom na to da je skup imao za cilj uspostavljanje i ostvarivanje suradnje u oblasti bioetičke edukacije s fakultetima i obrazovnim institucijama u zemljama jugoistočne Europe, na skup su bili pozvani nastavnici bioetike i bioetičkih kolegija s medicinskih, filozofskih, teoloških i pravnih fakulteta s tog područja. Na pozvano pismo odazvali su se kolege i kolegice sa sveučilišta u Zagrebu, Sarajevu, Skopju, Nišu, Tirani, a zbog iznenadne spriječenosti kolege s Univerziteta u Beogradu poslali su svoje izlaganje¹.

U svojim prezentacijama, kako se može prosuditi čitanjem u ovom broju objavljenih izlaganja, sudionici okruglog stola predstavili su dosadašnja iskustva o bioetičkoj edukaciji u svojim zemljama i, u diskusiji vođenoj nakon izlaganja, dali prijedloge za uspostavljanje regionalne suradnje u bioetičkom obrazovanju. U vođenoj diskusiji sudionici skupa aktualizirali su utjecaj novina i promjena koje su u visokoobrazovni sustav uvedene Bolonjskim procesom, te osmišljavanjem na srednjoškolskoj razini državne mature, ukazali na inovacije nastavnih sadržaja bioetike i bioetičkih predmeta koji se realiziraju u Hrvatskoj i regiji, te predlagali načine uspostavljanja regionalne suradnje u procesu bioetičke edukacije. Iz toga su proistekli i konkretni rezultati: definiranje i usvajanje Riječkih smjernica za bioetičku edukaciju, osnivanje Regionalne koordinacijske skupine za bioetičku edukaciju i održavanje sljedećeg

¹ Iskustva, postignuti rezultati i ozračje u kojem se realiziraju bioetički kolegiji na Katedri humanističkih nauka na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, potakli su uredništvo časopisa da poslano izlaganja kolega iz Beograda, Karella Turze i Sandre Radenović, objave u ovom broju.

bioetičkog skupa na Ohridu do kraja 2011. Skup je zahvaljujući zalaganju kolege Dejana Doneva i kolegice Marie Todorovske, članova Regionalne skupine iz Makedonije i podršci dekana, dekanskog kolegija i djelatnika Pravnog fakulteta “Justinijan I”, u Skopju organiziran i uspješno realiziran u Ohridu 22. i 23. listopada 2011. pod nazivom 1. International interdisciplinary conference BIOETHICS - THE SIGN OF A NEW ERA: BIOETHICS, MEDIA, LAW AND MEDICINE. Ovo je prilika da još jednom svim nastavnicima, suradnicima i svim djelatnicima Pravnog fakulteta “Justinijan Prvi” zahvalimo na uloženom trudu, organizaciji, uspješnoj realizaciji, i, posebno, srdačnosti koja je pratila sve sudionike tijekom održavanja tog skupa.

Drugi dio časopisa, kako je navedeno, donosi radove koji svojim sadržajem i interdisciplinarnim pristupom značajno mogu utjecati na koncepciju i realizaciju bioetičke edukacije i iz nje niknutih bioetičkih kolegija.

U povodu smrti Ivana Šegote, profesora emeritusa i dugogodišnjeg pročelnika Katedre za društvene znanosti Medicinskog fakulteta Sveučilišta, u Rijeci je, 3. siječnja 2012. godine, na Medicinskom fakultetu održana komemorativna sjednica. O liku i djelu prof. Šegote govorio je prof. dr. sc. Amir Muzur, pročelnik Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini, a pročitan je i telegram koji je u povodu smrti prof. Šegote Medicinskom fakultetu i članovima obitelji uputio prof. dr. sc. Ante Čović, predsjednik Hrvatskog bioetičkog društva. Sadržaje obaju obraćanja, kao i izraze sućuti dugogodišnjih suradnika prof. Šegote, upućene na Katedru elektroničkom poštom, objavljujemo u rubrici *In memoriam*.

Nada Gosić

Introduction – with reference to the topic and issue

In this issue of the *Jahr* we are publishing presentations from the 12th Bioethics Roundtable which was held as part of the 13th Days of Bioethics at the University of Rijeka – Faculty of Medicine, and bioethics subject matters whose contents, methodological approaches and authors' comments may serve for the conception and realization of bioethics education, a topic to which the roundtable was dedicated. Twenty years of existence and realization of bioethics education in Croatia that began at the Faculty of Medicine in Rijeka, committed the organizers of the event – the Department of Social Sciences and Medical Humanities of the University of Rijeka and Rijeka branch of the Croatian Bioethics Society – to make *Bioethics Education: Challenges and Perspectives* the 2011 theme of the roundtable. The Roundtable was held on 13th and 14th May, 2011.

Given that the meeting had an aim to establish and realize collaboration in the domain of bioethics education with universities and educational institutions in the countries of Southeast Europe, teachers of bioethics and bioethics courses from medical, philosophical, theologian, and law schools from this area were invited to the meeting. Colleagues from the Universities of Zagreb, Sarajevo, Skopje, Niš and Tirana responded to the invitation letter, whereas, due to a sudden inability to attend, colleagues from the University of Belgrade sent their presentation².

In their presentations, as one can review by reading presentations published in this issue, participants of the roundtable presented their current experiences of bioethics education in their countries and, in a discussion held after the presentation, gave proposals for an establishment of regional collaboration in Bioethics Education. In the conducted discussion, participants of the meeting actualized the influence of novelties and changes that have been introduced to the higher education system by the Bologna process, and on the high school level through creation of the state graduation exam, innovations in the teaching contents of bioethics and bioethics courses being realized in Croatia and in the region, and proposed ways of establishing a re-

² Experiences, achieved results and the atmosphere in which bioethics courses are being realized at the Department of Humanistic Sciences University of Belgrade committed the editorial board of this magazine to publish in this issue presentations sent from Belgrade colleagues Karel Turza and Sandra Radenović.

gional collaboration in the process of bioethics education. From this derived concrete results: the definition and adoption of the Rijeka guidelines for bioethics education, the establishment of a Regional Coordination Group for Bioethics Education and holding of the subsequent bioethics meeting in Ohrid by the end of 2011. Due to efforts of colleagues Dejan Donev and Maria Todorovska, members of the Regional Group from Macedonia, and the support of the Dean, the Dean's Board and staff of the Law School "Justinian I", the event was organized in Skopje and successfully held in Ohrid on 22nd and 23rd October 2011, under the title 1st International Interdisciplinary Conference BIOETHICS - THE SIGN OF A NEW ERA: BIOETHICS, MEDIA, LAW AND MEDICINE. This is an opportunity to thank once again all the teachers, associates and all members of the Faculty of Law "Justinian the First" for their efforts, organization, successful realization and, in particular, for the heartiness that accompanied all the participants during the holding of that conference.

The second part of the magazine, as is noted, brings works which, regarding to their content or interdisciplinary approach can significantly influence the conception and realization of bioethics education and from it the resulting bioethics courses.

On the occasion of the death of Ivan Šegota, professor emeritus and longtime head of the Department of Social Sciences, University of Rijeka – Faculty of Medicine, a commemorative conference was held at the Faculty of Medicine on 3 January 2012. Amir Muzur, head of the Department of Social Sciences and Medical Humanities gave a speech on the character and works of Prof. Šegota and a telegram sent by Prof. D.Sc. Ante Čović, President of the Croatian Bioethics Society, to the Medical School and family members of Professor Šegota was read on occasion of his death. The contents of both speeches as well as condolences of longtime associates of Prof. Šegota addressed to the Department by e-mail will be published in the In Memoriam column.

Nada Gosić

Program okruglog stola / Round table programme

Raspored izlaganja održanih na 12. bioetičkom okruglom stolu u Rijeci (BOSR 12) / Schedule of presentations held at the 12th Bioethics Round Table (BOSR12)

Petak, 13. svibnja 2011./Friday, May 13, 2011

- 12.15 - 12.30** **IVAN ŠEGOTA**
Početak bioetičke edukacije na Medicinskom fakultetu u Rijeci / The beginning of bioethics education on Faculty of Medicine in Rijeka
- 12.30 - 12.45** **NATAŠA VULIĆ**
Bioetičko obrazovanje u srednjoj školi / Bioethics education in high school
- 12.45 - 13.00** **DEJAN DONEV**
Raskorak makedonskog obrazovnog sustava i svjetskih obrazovnih tendencija u (bio)etičkoj edukaciji / The gap between Macedonian educational system and world educational tendencies on the issues of bioethical education
- 13.00 - 13.15** **KSENIJA TURKOVIĆ, SUNČANA ROKSANDIĆ VIDLIČKA, DIJANA HRSTIĆ, ZRINKA KIRIN**
Bioetički i pravni izazovi regulacije zamjenskog majčinstva u Republici Hrvatskoj / Bioethical and legal challenges of surrogate motherhood in Republic of Croatia
- 13.15 - 13.45** *Diskusija / Discussion*
- 13.45 - 15.00** *Ručak / Lunch*
- 15.00 - 15.15** **IVANA ZAGORAC**
Kritičko mišljenje u bioetičkoj edukaciji / Critical thinking in bioethics education
- 15.15 - 15.30** **MARKO TRAJKOVIĆ, NIKO JOSIĆ**
O neophodnosti bioetičkog obrazovanja pravnika / On the necessity of bioethisc education for lawyers
- 15.30 - 15.45** **KAREL TURZA, SANDRA RADENOVIĆ**
Bioetička edukacija na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu / Bioethical education at the Faculty of Medicine University of Belgrade
- 15.45 - 16.00** **MARIJA TODOROVSKA**
Izazovi bioetike u kontekstu visokog obrazovanja u Makedoniji / The challenges of bioethics in the contex of higher education in Macedonia
- 16.00 - 16.30** *Diskusija / Discussion*
- Subota, 14. svibnja 2011. / Saturday, May 14, 2011**
- 9.00 - 9.15** **SONJA ANTONIĆ**
Bioetička edukacija - most k subjektu / Bioethics education - a bridge toward the subject

- 9.15 - 9.30** **NADA GOSIĆ**
Bioetička edukacija u Hrvatskoj: povijesni i aktualni pristup / Bioethics education in Croatia: historical and current approach
- 9.30 - 9.45** **MILIJANA ĐERIĆ**
Eutanazija i liječnički asistirano samoubojstvo: internalistički pristup / Euthanasia and physician - assisted suicide: internalist approach
- 9.45 - 10.00** **IVA RINČIĆ, AMIR MUZUR**
Od bioetičara – učenika do bioetičara – učitelja: pijetizam i edukacija u životu i djelu Fritza Jahra / From bioethicist – student to bioethicist – teacher: Pietism and education in the life and work of Fritz Jahr
- 10.15 - 10.45** *Diskusija / Discussion*
- 10.45 - 11.00** *Pauza / Break*
- 11.00 - 11.15** **BORIS B. BRAJOVIĆ**
Pojam "lijeka" u bizantskoj misli. Filozofsko-teološki aspekti / Notion of "medicine" in byzantine thought. Philosophical-theological aspect.
- 11.15 - 11.30** **ORHAN JAŠIĆ, DŽEVAD HODŽIĆ, SENADA SELMANOVIĆ**
Utjecaj religijskog statusa i kvalitete života na konzumaciju alkohola među studentskom populacijom Sveučilišta u Tuzli / The influence of religious status and quality of life at alcohol consumption among students population of University of Tuzla
- 11.30 - 11.45** **BARDHYL ČIPI**
Povijesni i etički aspekti povjerljivosti medicinskih podataka / Historical and ethical aspects of medical confidentiality
- 11.45 - 12.15** *Diskusija / Discussion*
- 12.15 - 12.30** *Pauza / Break*
- 12.30 - 12.45** **VJERA DUIĆ**
Indikatori koji utječu na postupak umjetne oplodnje u Hrvatskoj / Indicators that affect in vitro fertilization in Croatia
- 12.45 - 13.00** **DARKO POLŠEK**
Kakva je vrsta slobode i prava "reproduktivna sloboda"? / "Procreative liberty". What kind of liberty is it?
- 13.00 - 13.30** *Diskusija / Discussion*
- 13.30 - 14.30** *Ručak / Lunch*
- 14.30 - 15.30**
- Završna rasprava i prijedlozi za buduću suradnju / Final discussion and suggestions on future collaboration
 - Osnivanje Regionalne koordinacijske radne skupine za bioetičku edukaciju / Establishment of Regional coordination working group of bioethics education
 - Sljedeći skup o bioetičkoj edukaciji / Future meetings on bioethics education
 - Informacije o objavljivanju izlaganja sa skupa / Informations about papers publication

Ivan Šegota

Početak bioetičke edukacije na Medicinskom fakultetu u Rijeci¹

SAŽETAK¹

Izlaganje se sastoji od tri dijela. U prvom se govori o početnim interdisciplinarnim nastojanjima o uvođenju etike u edukaciju studenata medicine na Medicinskom fakultetu u Rijeci i prvom etičkom izbornom predmetu "Hipokratova zakletva danas", s kojim je ak. godine 1991./1992. započela medicinsko-etička i bioetička edukacija na Medicinskom fakultetu u Rijeci. U drugom dijelu govori se o tome kako je Katedra za društvene znanosti ostvarila suradnju s međunarodnim institutima, centrima i katedrama za medicinsku etiku i bioetiku i uvela kolegije *Medicinska etika*, *Uvod u bioetiku* i *Etika sestrištva*. Sastavi dio ovog dijela izlaganje je i prikaz publikacija Katedre koje su nastale kako bi pomogle studentima u realizaciji etičkih kolegija na ovom fakultetu. U trećem dijelu izlažu se nastojanja i postignuti rezultati u istraživanju sadržaja, ciljeva i načina izvođenja nastave te osmišljavanja medicinsko-etičkih i bioetičkih kolegija za studente medicine i drugih studija, koji se obrazuju na Medicinskom fakultetu u Rijeci.

Uvod

Bioetička edukacija sastavni je i vrlo važan dio bioetike, na što sam posebnim poglavljem pod istim naslovom upozorio u svojoj knjizi *Nova medicinska etika (bioetika)* tiskanoj 1994. Godinu prije 1993. javio sam se na natječaj za gostujućeg znanstvenika u Hastings centru u New Yorku, za istraživanje dviju tema: "Bioetička edukacija" i "Etika pobačaja". Dva i pol mjeseca dug boravak u tom prvom američkom i svjetskom institutu za medicinsku etiku, koji je osnovan 1969., omogućio mi

¹ Članak je pisan u formi sjećanja, a kao podsjetnik za pisanje poslužile su publikacije Katedre za društvene znanosti - Bioetički svesci br. 1, 6, 15, 19, 23, 30 i knjige prof. Šegote: *Hipokratova zakletva danas*, *Nova medicinska etika (bioetika)* i *Etika sestrištva*.

je dobar uvid u glavna pitanja bioetičke edukacije, zahvaljujući prije svega bogatom fondu bioetičke literature u Hastings centru.

Tamo sam otišao potaknut potrebom da već uvedenu bioetičku edukaciju na Medicinskom fakultetu u Rijeci upotpunim i osuvremenim konceptima edukacije koja se provodila u SAD-u preko dva desetljeća.

Namjera ovog članka je osvrnuti se na prijedeni put, poteškoće s kojima sam se suočavao uvjetovane nepostojećom literaturom o medicinskoj etici i bioetici na hrvatskom jeziku, istaknuti ulogu mojih kolega liječnika koji su me podupirali u nastojanjima da uvedem društveno-humanističke sadržaje u nastavu na Medicinskom fakultetu u Rijeci i podsjetiti na uspostavljenu i ostvarenu suradnju s Van Rensselaerom Potterom II. i drugim vodećim bioetičarima u svijetu.

Prve ideje i inicijative o nastavi medicinske etike na Medicinskom fakultetu u Rijeci

Prvi razgovor o nastavi medicinske etike na Medicinskom fakultetu u Rijeci počeo sam 1981. god. sa svojim kolegom prof. dr. sc. Brankom Volarićem, koji je tada bio predstojnik Zavoda za sudsku medicinu Medicinskog fakulteta u Rijeci. Zajednička ideja nam je bila osmisliti interdisciplinarni kolegij *Medicinska etika i deontologija* unutar kojeg bi meni pripala zadaća uvodnog dijela u kojem bih objasnio povijest medicinske etike, predstavio osnovne dokumente i etičke kodekse prema kojima se etički usmjeravaju i djeluju liječnici, a kolegi Volariću zadaća je bila osmisliti i razjasniti deontološki dio, posebno onaj s kojim se suočavaju sudski vještaci i forenzičari. Ostvareni kontakt i razmjena ideja o nužnoj deontologiji u medicini s prof. Janezom Milčinskim potvrdili su našu ideju i potaknuli naša razmišljanja o kolegiju. Nažalost, prerana smrt kolege Branka Volarića onemogućila je nastavak naše suradnje.

Hipokratova zakletva danas i Medicinska etika

- *Hipokratova zakletva danas* naziv je kolegija s kojim sam 1991. godine počeo etičku edukaciju studenata medicine. Sadržaj i ciljevi kolegija, kao i goruće teme medicinske etike do kojih sam došao koncipirajući kolegij predstavio sam u svojoj knjizi *Hipokratova zakletva danas (uvod u medicinsku etiku)*, koju sam objavio 1991. godine. U nastavku teksta predstaviti ću osnovne i posebne ciljeve kolegija, sadržaj kolegija te zaključak do kojeg sam došao sa studentima/icama, realizirajući taj kolegij. Osnovni ciljevi kolegija bili su: 1. Upoznati iz-

vorni sadržaj Hipokratove zakletve i proučiti njenu vezu sa suvremenom kodifikacijom liječničke etike; 2. Analizirati etičke probleme u zdravstvu u kontekstu moderne medicine i razvojnih tendencija društva; 3. Problematizirati osobne etičke dileme vezane uz studij medicine i budući liječnički poziv. Posebni ciljevi kolegija bili su: a) naučiti sadržaj pojmova: moral, moralna praksa, moralni sud, moralna sankcija, deontologija; b) proniknuti u izvore i smisao liječničkog ethosa te razvojni tok tog fenomena tijekom povijesti kroz etičke kodekse liječničke struke; c) upoznati kodifikacijska načela etike od ženevske interpretacije Hipokratove zakletve 1948. do Helsinške deklaracije iz 1964. godine i njene tokijske revizije 1975.; d) osmisлити suvremenu interpretaciju liječničke tajne i drugih etičkih problema u uvjetima nastanka i razvoja informatičkog društva (odnosa prema životu i smrti, eutanazija i sl.). Na temeljima tih ciljeva 1991. napisao sam knjigu *Hipokratova zakletva danas (uvod u medicinsku etiku)*. U prvom poglavlju knjige studentima/icama sam predstavio navedene ciljeve kolegija, kako bi im bilo lakše opredijeliti se za ovaj kolegij. Razgraničenje pojmova etika i moral i onih navedenih u posebnom cilju pod a) dano je u nastavku prvog poglavlja. S tekstovima unutar ovog poglavlja studenti/ice dobili su temeljne informacije o razlici između morala i etike, definicijama moralne norme, moralnog suda, sankcije i moralne prakse bili su usmjereni na znanje koje bi im trebalo poslužiti za razumijevanje moralne norme, njene obvezatnosti, utjecaju na formiranje moralnog suda i metodologijama istraživanja i za određivanje dobrog i zlog unutar kulturnog obrasca. Zatim je slijedilo objašnjenje deontologije, liječničke deontologije i liječničke etike. Sve navedene i usvojene informacije pomogle su studentima/icama u razumijevanju povijesnog tijeka etičke standardizacije započete i u knjizi predstavljene u drugom poglavlju s Hipokratovom zakletvom i iz nje nastalim etičkim dokumentima: Ženevske i Helsinške deklaracije. Prvi je poslužio za razlog nastanka i objašnjenje pravednosti u medicini, a drugi je uputio na načela istraživanja s ljudima. *Etički principi i moralne norme u medicinskoj etici* naslov je u okviru kojeg sam razjasnio sistematizaciju i klasifikaciju moralnih normi, etički odnos liječnika prema bolesniku, prema kolegama, društvenoj zajednici i prema samom sebi. Treće poglavlje pod naslovom *Problemi, dileme i pitanja medicinske etike* jasno je ukazalo na status Hipokratove zakletve danas. U njemu sam studentima/icama dokazao da se problemi i pitanja suvremene medicine, poput reanimacije, isključivanje aparata za održavanje na životu, umjetne oplodnje, ne mogu analizirati i rješavati etičkim načelima, bolje reći uputama iz Hipokratove zakletve. Spoznaja da su u svijetu već tada postojali etički odbori ili etička tijela, koja su bila interdisciplinarnog

sastava i koja su odlučivala o pitanjima unutar tih problema, dovela je mene i studente/ice do sljedećeg zaključka:

- U Hipokratovoj zakletvi ne mogu se naći odgovori na brojna etička pitanja suvremene medicine.
- Tradicionalna etička pitanja, poput pobačaja, eutanazija kao dobročinstva, liječničke tajne u doba napretka znanosti i tehnologije, dobila su nova značenja, a zbog sadržaja koji ih čine i koji pripadaju znanostima i profesijama izvan medicine ne mogu rješavati sami liječnici.
- Na brojnim medicinskim fakultetima u svijetu predaje se medicinska etika.

Posljednji dio zaključka odredio je moj odlazak u SAD sa zadaćom istraživanja sadržaja i načina izvođenja nastave medicinske etike.

Međunarodna suradnja i bioetička edukacija

Moji odlasci u SAD od prvog posjeta Hastings centru (New York) 1993., zatin boravci i istraživanja u centrima Cleveland Clinic Foundation u Ohiou, Kennedy institute of ethics (Washington), Center for bioethics (Toronto), zatim sličnim centrima u Pittsburghu, rezultirali su bogatom bioetičkom literaturom, novim spoznajama o nastavnom sadržaju i vrlo važnim kontaktima s američkim bioetičarima. Kasnije održani bioetički svjetski kongresi omogućili su mi susrete i suradnju s bioetičarima iz drugih dijelova svijeta. Zahvaljujući svima njima imao sam mogućnosti uvida u različite pristupe nastavi etike i bioetike. O medicinskoj etici i bioetici u zemljama u kojima je postojala tradicija edukacije pisao sam i za riječki *Novi list*, sa željom da čitatelje upoznam s novim postignućima i pristupima problemima suvremene medicine. Među brojnim člancima i objavljenim intervjuima, posebno izdvajam intervju s Van Rensselaerom Potterom, Albertom R. Jonsenom i Rihitom Kimurom.

Za Van Rensselaera Pottera saznao sam od prof. Ronalda Millera, nastavnika bioetike iz Kalifornije, za svog boravka u Clevelandu. Prof. Miller mi je tada rekao da je Van R. Potter onkolog sa sveučilišta u Visconsinu, da je 1971. "skovao" riječ *bioetika* i da je objavio knjigu *Bioethics: Bridge to the Future*. Te informacije dovele su me do Pottera i naše zajedničke suradnje koja je trajala sve do njegove smrti, 2001. godine. O njoj je Potter govorio u svojoj poruci sudionicima "Lošinjskih dana bioetike", održanim od 24. do 29. rujna 2001. godine. Budući da zbog bolesti nije moga doći, poruku je snimio i poslao organizatorima tog međunarodnog bioetičkog skupa. Ovdje citiram dio koji se odnosi na početak naše suradnje i ocjenu moga rada. On glasi: "Upornost prof. Šegote u istraživanju riječi *bioetika* dovela ga je do mene i

moje uloge u stvaranju te riječi, te do mojih publikacija iz 1970. i 1971. Godine, kao i onih koje su periodički objavljeni do 2000., uključujući i tu godinu. Naravno, čim je shvatio vezu, stupio je u kontakt sa mnom i od tada imamo vrlo vrijednu razmjenu mišljenja. Bilo mi je vrlo drago pročitati neka od njegovih vlastitih razmišljanja na temu bioetike, te pratim sa zanimanjem njegove velike napore usmjerene razvoju bioetike u Hrvatskoj, istovremeno održavajući prisnu vezu s filozofijom. Mislim da njegova dostignuća na polju bioetičke edukacije studenata na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci zaslužuju posebnu pohvalu. Drago mi je da se Hrvatska pridružila skupini bioetičkih zemalja svijeta čiji se broj konstantno povećava"².

Suradnju i razmjenu iskustava s prof. Albertom R. Jonsenom, jednim od prvih predavača medicinske etike, predstavio sam u razgovoru s njim, obavljenim za vrijeme 4. svjetskog bioetičkog kongresa održanog u Japanu 1998. godine. Posebno vrijedan dio razgovora odnosi se na mjesto medicinske etike u bioetici. Ovaj dio naglašavam zbog toga što sam kod svojih sugovornika nailazio na poistovjećivanje medicinske etike i bioetike. Prof. Jonsen, autor knjige *The Birth of Bioethics*, jasno je u ovom razgovoru sljedećim riječima odredio ulogu i mjesto medicinske etike: "Da, danas je bioetika mnogo više od medicine i medicinske znanosti. To je proučavanje etičkih problema koji se javljaju kada ljudi i ono biološko u njima i njihovoj okolini djeluje jedno na drugo. Prema tome, danas je medicinska etika dio bioetike, a ne sva bioetika"³.

Karakteristike pristupima bioetike i bioetičkoj edukaciji u Aziji saznao sam tijekom svojih posjeta i boravaka u Japanu, posebno od mojih kolega, prof. Rihite Kimure i prof. Hykudaija Sakamota. Prof. Rihito Kimura posebno je govorio o senzibilizaciji studenata medicinskih fakulteta u Japanu za problem odnosa prema eksperimentalnim životinjama i životinjama koje se u nastavi žrtvuju da bi studenti stekli temeljne medicinske spoznaje. U razgovoru, on mi je rekao: "Na mnogim se japanskim medicinskim fakultetima kroz budističke ceremonijale zahvaljuje pokusnim životinjama na pomoći i žrtvi pruženoj ljudima, što kod studenata razvija bioetičku svijest o vrijednosti života kao takvog i ljubavi spram njega"⁴. O kulturnim razlikama u pristupu bioetici razgovarao sam s prof. Hykaidaijem Sakamotom. On je potvrdio tezu da u podjeli bioetike kulturna bioetika zauzima posebno mjesto, a ono što povezuje istočnu i zapadnu, sjevernu i južnu, te europsku i azijsku bioetiku, različite kulture, tradicije, religije, filozofije i svjetonazore, treba nositi naziv *globalna bioetika*. Uz na-

² Izjava je objavljena u *Bioetičkom svesku* br. 30, publikaciji Katedre za društvene znanosti koja je počela s objavljivanjem radova djelatnika i suradnika Katedre 1999. godine, te su do sada objavljena 63 broja.

³ Intervju s prof. Jonsenom objavljen je u *Bioetičkom svesku* br. 19 iz 1999. godine.

⁴ Razgovor objavljen u *Bioetičkom svesku* br. 19 iz 1999. godine.

vedene susrete posebno su mi značajni susreti i razmjene ideja s Edmundom D. Pellegrinom, Tomom L. Beauchampom, Jamesom Childressom, Hans-Martinom Sassom i Warrenom Th. Reichom, Danielom Callahanom, Hilde Lindemann Nelson, Jamesom Lindemannom Nelsonom, Peterom Singerom i Leom Pessiniem⁵.

Zahvaljujući uspostavljenoj suradnji počeo sam pisati svoju novu knjigu *Nova medicinske etika (bioetika)*, koja je publicirana 1994. godine i u kojoj sam objasnio povijesni razvoj medicinske etike, podjelu bioetike, bioetičke teorije, principe i pravila, moralne konflikte, kulturne pristupe bioetici i bioetičkim pitanjima. Uvidjevši da sam tu knjigu namijenio studentima medicine i da u njoj nisu predstavljeni etički problemi s kojima se suočavaju medicinske sestre, odlučio sam napisati knjigu u kojoj će doći do izražaja sadržaj i etički pristup profesiji medicinske sestre. Tako je, 1997. godine, nastala moja knjiga *Etika sestinstva*.

Osvrćući se unatrag mogu reći da je tom knjigom počeo *Riječki model bioetičke edukacije*, koji je istražila i objasnila u svojoj doktorskoj disertaciji moja kolegica Nada Gosić.

Ivan Šegota

The beginnings of bioethics education on Faculty of Medicine in Rijeka

ABSTRACT

The presentation consists of three parts. The first speaks about the initial interdisciplinary efforts of introducing ethics into the education of medical students on Faculty of Medicine in Rijeka and the first ethics elective course "The Hippocratic Oath Today," with which, in the academic year 1991-1992, began medical-ethics and bioethics education on Faculty of Medicine in Rijeka. The second part speaks about how the Department of Social Sciences realised collaboration with international institutes, centres and departments of medical ethics and bioethics and introduced courses in Medical Ethics, Introduction to Bioethics and Ethics of Nursing. The constituent part of this section is the presentation and display of the publications of the Department that have resulted with an aim to assist students in the implementation of ethics courses at this School. The third part presents the efforts and results achieved in research of contents, objectives and ways of teaching and preparing medical-ethics and bioethics courses for medical students and students of other studies that are educated on Faculty of Medicine in Rijeka.

⁵ Susreti opisani, a razmjena mišljenja predstavljena u mojoj knjizi *Nova medicinska etika (bioetika)*, objavljenoj 1994. godine i u *Bioetičkim svescima*.

Nataša Vulić*

Bioetičko obrazovanje u srednjoj školi

SAŽETAK

Otkako je u srednjoškolsko obrazovanje Republike Hrvatske 2002. godine uveden novi program etike, u III. godini učenja obrađuje se bioetika. Cilj bioetičke edukacije upoznavanja je učenika s bioetičkim predmetnim područjem i osposobljavanje za kreativno dijaloško sudjelovanje u artikuliranju i rješavanju moralnih dilema.

Okvir poduke utvrđen je s pet nastavnih cjelina:

- Čovjek u cjelini života
- Bioetika kao odgovor
- Ekologija i zaštita okoliša
- Bioetika i biologijske znanosti
- Medicinska bioetika,

a kompetencije učenika ostvaruju se u području univerzalnog, kao području koje obuhvaća sve ljude i području pluriperspektivnosti koja obuhvaća dijaloge svih relevantnih pristupa.

Iako je bioetičko obrazovanje u gimnazijama uokvireno u jednom godištu, a u strukovnom školstvu i manje, ono je temelj za identificiranje egzistencijalnih pitanja prirode i čovjeka i ovladavanja metodama vođenja dijaloga u različitim stajalištima.

Osobitost ovog programa je u mogućnosti da nastavnici i učenici kreiraju stajališta u moralnim dilemama svijeta koji ih okružuje. To je i program koji pretpostavlja poznavanje povijesnog konteksta različitih stajališta i program prevođenja na jezik suvremenih moralnih prosudbi.

Srednjoškolska dob vrijeme je kada pitanja prirodnih prava i prava dostignutih civilizacijskim tijekovima, dolaze na propitivanje i prosudbu, te zaslužuju mjesto u odgoju i obrazovanju.

Mi se nadamo da je navedeni okvir bioetičkog obrazovanja za to dostatan i da je ponuda pojmova i nastavnih sadržaja u tom okviru poticaj za postizavanje ciljnih postignuća.

* Adresa za korespondenciju: Nataša Vulić, Agencija za odgoj i obrazovanje, Donje Svetice 38, HR - 10 000 Zagreb, e-mail: natasa.vulic46@gmail.com

Uvod

Bioetičko obrazovanje u srednjoj školi pitanje je odluke o svrhovitosti i vremenskoj sklopivosti u obrazovni sustav. Nastavni program etike bioetičko obrazovanje smjestit će u III. godinu.

Nakon što su učenici svladali temeljne pojmove etike kao filozofske discipline u II. razredu, proučava se pojedinac u društvenom okružju i odnosima koji predmet istraživanja usmjeravaju prema prirodnim ishodištima, te se utvrđuje njegova odgovornost za njihovu egzistenciju.

Cilj bioetičkog obrazovanja u srednjoj školi upoznavanje je s pojmom bioetike kao mlade dinamične znanstvene discipline, nastale na podlozi filozofske etike i novih informacijskih, tehnoloških i medicinskih postignuća. Educirajući učenika za kreativno dijaloško rješavanje suvremenih moralnih dilema, bioetičko obrazovanje osposobljava učenika za postavljanje pitanja i davanje odgovora u univerzalnom i pluri-perspektivnom aspektu moralnog djelovanja.

Izazovi rješavanja suvremenih problema u društvenom okružju i uvjetima globalizacije su tematski okviri za nastavu i evaluaciju obrazovnih postignuća.

S obzirom na to da je bioetika pozicionirana u jednoj godini, u nastavi nije moguće obuhvatiti više od pet tematskih područja. Ona se obrađuju u ponudi okvirnih sadržaja, literature i mogućih interpretacijskih značajki, kao poticanje na izvannastavna istraživanja i djelovanja.

Obrazovna postignuća koja prethode bioetičkoj edukaciji

Učenici se na početku etičkog obrazovanja upoznaju s predmetom etičkog učenja, svladavajući pojmove i distinkciju pojma morala i pojma etike. U cjelini koja je imenovana temom *U potrazi za identitetom*, analiziraju se moralni izazovi našega doba, istražuju moralna uporišta, vrijednosne orijentacije i moralni zahtjevi. Ponuda primjera ide od mitoloških priča, biblijskih prispodoba, klasičnih literarnih tekstova do tema iz suvremenog filma.

U temama *Razvoj osobnosti i Izazovi odrastanja i sazrijevanja* učenici upoznaju značaj i vrijednosti emocija u ljudskom životu, te važnost razborite uravnoteženosti u odnosima. Istodobno, raspravlja se o moralnim vrednotama i postavlja distinkcija u postizanju osobnih ciljeva i pravila života u zajednici. Osobitost života u zajednici identificira se mogućnošću socijalne integracije tako da se razumije složenost društvenog života u području konzervativnog i kritičkog aspekta morala.

Pod temom *Orijentacije i zamke na životnom putu* razlikovanjem vrsta i značajki morala (mitski, književni, religijski) spoznaju se vrijednost istinoljubivosti i pravičnosti, a u okviru teme *Moralne dimenzije života*, postojanost vrednota i ideala te pojam samopoštovanja i odgovornosti za osobni izbor.

Temom *Čovjek u odnosima* osvješćuju se nastavom vrijednosti života u obitelji, vrijednosti prihvaćanja i darivanja ljubavi, razlikovanja pojmova autoriteta i autoritarnosti, prepoznavanja zlouporabe moći, a temama *Škole etičkog mišljenja, etička argumentacija* i *Područje etičkog prosuđivanja* upoznaje se Aristotelovo i Kantovo utemeljenje etike, da bi se usvojio sustav etičke komunikacije u području javne vlasti, profesionalne etike i etike posebnih situacija.

Kao što je vidljivo, programom je osmišljena priprema za vođenje bioetičke edukacije u pluriperspektivnom kontekstu.

Okvir bioetičke edukacije u srednjoj školi

Okvir bioetičke edukacije određen je tematskim područjima *Čovjek u cjelini života, Bioetika kao odgovor, Ekologija i zaštita okoliša, Bioetika i biologijske znanosti i Medicinska bioetika*, a osobitost ovog programa u suvremenom edukacijskom procesu jest da se kroz teme filozofske antropologije u povijesnom i suvremenom vidiku obrađuju najaktualnija pitanja današnjice, kao što su: genetičko inženjerstvo, genska manipulacija, umjetna oplodnja, pobačaj, darovanje organa i sl.

Bioetika kao odgovor artikulira kompleks pitanja o ljudskim pravima i slobodama, odnosno o svijesti o tehnološkom napretku. Pitanju *Što čovjek može učiniti u svijetu života?*- dodaje pitanje - *Što čovjek treba ili smije učiniti u svijetu života?*

Bioetika u obrazovnom sustavu istodobno postavlja pitanja o životu i smrti i čovjekovim pravima da svojom odgovornošću o tome odlučuje.

Radi formiranja određenih stavova, pojedina pitanja postavljena su u filozofskom, religijskom, biološkom ili medicinskom kontekstu.

Temeljni odnos čovjeka i prirode je u sljedećem pitanju: Ako je nešto tehnološki izvedivo, je li to i moralno dopustivo?

Nastavni ciljevi bioetičkog obrazovanja

Nastavni ciljevi bioetičke poduke su:

- pridobivanje za nove metodologije poučavanja

- osmišljavanje načina povezivanja filozofijske teorijske osnove sa suvremenim interpretacijama moralnih dilema
- identifikacija bioetike kao integrativne znanstvene discipline koja uključuje i kulturno-tehnološki aspekt moralnog djelovanja.

U srednjoškolskom programu, osobito kad se radi o strukovnom programu, gdje pluriperspektivnost ulazi u područje struke, bitno je koristiti multidisciplinarnu didaktičke metode i načela kurikularnog programskog pristupa, za koji etičko obrazovanje ima tradiciju.

Obrazovna postignuća

Učenici će nastavnim temom *Čovjek u cjelini živoga* moći objasniti pojmove antropocentrizam i biocentrizam, osvijestiti potrebu zaštite ugroženih vrsta i upoznati mogućnosti manipulacija vegetacijom.

Temom *Bioetika kao odgovor* upoznat će sadržaje o opasnosti od samouništenja i usvojiti znanja o poboljšanju kvalitete života te učeći o temi *Odgovornost u tehnološkoj civilizaciji* razlikovati tehnološku izvedivost od etičke dopustivosti. Pod temom *Medicinska bioetika*, kojom bioetika dobiva znanstveni legitimitet, učenici raspravljaju o statusu ljudskog embrija, odgovornostima za život, pobačaju, darivanju organa i fenomenu umiranja i smrti. Osobitost bioetičke edukacije o ovim pitanjima je postavljanje na ravninu etička stajališta velikih religija i kulturnih normi, bez nagovora za neke od njih.

Na kraju, *osvještuje se odnos s prirodom, prirodnim okruženjem i njegovom zaštitom* u kontekstu odgovornosti za očuvanje naslijeđenoga i osiguranja za budućnost. Čovjek kao središnja figura živi u suvremenom svijetu i ima za njega odgovornost sada i u budućnosti, te se lokalna antropoetika proširuje na bioglobalnu etiku. Učenici na kraju bioetičke edukacije moraju razumjeti da postignuća u ovom nastavnim procesu jesu postignuća samo ako su u njima ugrađeni i mehanizmi djelovanja.

Evaluacija postignuća

U etici se praćenje i ocjenjivanje učenika ostvaruje na sljedeći način:

1. temeljnim odrednicama u kojima nastavnik uzima u obzir:
 - motiviranost učenika
 - objašnjenje i argumentaciju iskazanih znanja
 - interakciju s drugima;

2. elementima praćenja koji podrazumijevaju:

- poznavanje i razumijevanje nastavnih sadržaja
- praktičnu i kreativnu primjenu naučenog gradiva
- kulturu rada.

Razumljivo je da se evaluacija postignuća i u bioetici temelji na navedenim odrednicama i nastavnici bez obzira na mehanizme praćenja, propisane za procjene uspješnosti u obrazovnom sustavu, u etici (bioetici) moraju postići komunikacijsku liniju u kojoj učenici stječu kompetencije: argumentiranja i raspravljanja, kritičkog promišljanja te zauzimanja stajališta o općim vrijednostima.

LITERATURA:

- Čoh, Č., Lamot, M., Matuš, K.: Etika 1, Zagreb, Školska knjiga, 2007.
- Marušić-Brzetić, D., Čurko, B.: Ja, mi, oni, Zagreb, Profil International, 2010.
- Reškovac, T.: Bioetika, Zagreb, Profil International, 2009.
- Savater, F.: Etika za Amadora, Zagreb, Eduka, 1998.
- Pokrovac, Z.: Građansko društvo i država, Zagreb, Naprijed, 1991.
- Legrad, L.: Moralna izobrazba danas; Ima li to smisla?, Zagreb, Eduka, 1995.
- From, E.: Čovjek za sebe. Istraživanje o psihologiji etike, Zagreb, Naprijed, 1996.
- Frankena, W.: Etika, Zagreb, Kruzak, 1998.
- Čehok, I., Koprek, I.: Etika, priručnik jedne discipline, Zagreb, Školska knjiga, 1996.
- Čović, A.: Etika i bioetika, Zagreb, Pergamena/HFD, 2002.
- Matulić, T.: Bioetika, Zagreb, Glas koncila, 2001.
- Gosić, N.: Bioetička edukacija, Zagreb, Pergamena/HFD, 2005.
- Gosić, N.: Bioetika *in vivo*, Zagreb, Pergamena/HFD, 2005.
- Lukšić, B.: Pravo i etika, Zagreb, Filozofska istraživanja /HFD, 1995
- Barišić, P. (ur.): Zbornik radova: Demokracija i etika, Zagreb, HFD, 2005.
- Cifrić, I.: Bioetika i ekologija, Zaprešić, Matica hrvatska, 2000.
- Jurić, H.: Etika odgovornosti Hansa Jonasa, Bioetika, HFD, 2010.
- Vulić, N.: Predmetni kurikulum iz Etike u srednjoj školi, Zagreb, 2008., 2009., 2010.

Nataša Vulić

Bioethics education in high school

ABSTRACT

As a new program Ethics has been introduced into high school education in the Republic of Croatia (2002), the topic of Bioethics is covered in the third year of study. The aim of education in Bioethics is to acquaint students with subjects in the field of bioethics and teach them to engage in creative dialogue in articulating and resolving moral dilemmas.

The framework of the course has been formed in five teaching units:

- Man in life as a whole
- Bioethics as a response
- Ecology and environmental protection
- Bioethics and the biological sciences
- Medical bioethics

The students achieve competence in a universal context, that is an area including all people and the concept of pluriperspectivity, which includes dialogue between all relevant approaches. Although bioethics education in high schools is limited to one year and in vocational schools even less, it is a basis for identifying the existential issues of nature and man and mastering methods of conducting dialogues in differing points of view.

A special feature of this program is the possibility for teachers and students to form points of view regarding moral dilemmas in the world surrounding them. It is also a program that includes knowledge of the historical context of different points of view and a program of translating it into the language of contemporary moral judgement.

The high school age is a time when questions of natural rights and rights attained by the course of civilization are questioned and evaluated, and they deserve a place in the education process. We hope that this framework of bioethics education is worthy of this, and that the offer of concepts and teaching content within that framework is an incentive to attain the goals set.

Dejan Donev*

Raskorak makedonskog obrazovnog sustava i svjetskih obrazovnih tendencija s obzirom na (bio)etičku edukaciju

SAŽETAK

Suglasno s onim što bioetika, prema "službenoj definiciji", predstavlja: "... sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu znanosti o životu i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju", a još više, kako kaže Otfried Höffe u svome *Leksikonu etike*, "bioetika (...) se razumijeva kao interdisciplinarno zasnovana znanost o preživljavanju, koja prvenstveno želi izgraditi mostove između duhovnih i prirodnih znanosti..." - sasvim je jasno: bioetika nam je više no potrebna u suočavanju i razrješenju tekućih problema indolentnog odnosa čovječanstva, posebice zlorabe rezultata biotehnoške revolucije! Time možda i možemo tvrditi da ćemo se popeti na onaj most k budućnosti!?

U kontekstu toga, bioetika se može razmatrati i upotrijebiti kao jedno od najmoćnijih i konstruktivnijih sredstava rješavanja problema sveopćeg opstanka i preživljavanja, i to preko njenog izučavanja u obrazovni sustav, jer sama jest efikasna baza kreiranja i podizanja nove forme rigorozne ljudske svijesti i samosvijesti, što znači da je više nego nužno uvesti istu u proces obrazovanja.

Dok svijet radi na pripremi najgorih mogućih scenarija vezanih uz klimatske promjene i ostale čimbenika, istodobno čini sve da se bioetika, tj. bioetička edukacija, uključi i postane aktivni dio spašavanja života i živoga. Što se događa na Balkanu? Osim časnih iznimaka i pokušaja u Sloveniji, Hrvatskoj, djelomice Bosni i Srbiji, na jugu se stvari bitno ne mijenjaju!

Autorova intenciju u ovom članku jest predočiti što su i kako se (bio)etička pitanja i problemi razmatraju u makedonskom obrazovnom sustavu, prije svega u osnovnom i srednjem obrazovanju i, najbitnije, zašto je to tako, što želimo učiniti i kuda smo se zaputili?

* Adresa za korespondenciju: Dejan Donev, Centar za integrativnu bioetiku, "Done Bozinov" 41, MK – 1300 Kumanovo, Makedonija, e-mail: donevdejan76@gmail.com

Nužnost bioetike i bioetičke edukacije danas

Više je nego očigledno da živimo u doba kada čovječanstvo želi ili je prisiljeno rješavati probleme svjetskoga razvoja; nelagodnosti i patnje izazvane ljudskom ličnošću, zatim probleme nasilja, terora, uništavanja prirode, neodgovornosti u odnosu na velike socijalne, gospodarske, tehnološke i političke konvulzije, opasnosti koje donosi oružje, probleme vezane uz nuklearna sredstva, nekontrolirane kemijske proizvode, nove bolesti, znanstvenu nezainteresiranost za samokontrolu, svuda raširenu mržnju, govor omraze, neprijateljstva i sukoba ljudi i naroda... kao i puno drugih negativnih razloga. Postali smo svjesni da se sve to mora učiniti, jer nas jednostavno neće biti na ovom planetu! Radi se o imperativu koji je iznjedrio iz ljudskog neodgovornog ponašanja prema svemu i sa svime što nas okružuje!

Etika je, stoga, danas doživjela buran preporod; sada smo u tzv. "eri etike", koja nije ništa drugo doli oslikavanje nužnosti razrješenja velikih problema i promjena, a koji traže ozbiljnije i odgovorno ponašanja ljudi. Time dobivamo i nove ciljeve i zadaće življenja – ljudi nužno moraju probuditi moralnu osjećajnost, promijeniti paradigmu razumijevanja i življenja samoga života. Osim ideje da treba prestati s nemoralnim djelovanjem i lošim rješenjima, tu je sve više prisutan i strah koji proizlazi iz saznanja da ljudski život ovisi o djelovanju samih ljudi, tj. da se sam život mora zaštititi.

Tako ovaj element etičke renesanse pretpostavlja realnu osnovu za revoluciju unutar našeg moralnog sustava, kao inspiraciju za nove etičke vrijednosti i potrebu za duboko posvećenijim ulogama etičara, filozofa, teologa, znanstvenika..., tj. probuđenu svijest i savjest čovječanstva, kako bi spasilo sebe i očuvalo i unaprijedilo svijet oko sebe. Zajedno su se objedinili u želju da ljudi opet inauguriraju etiku – ali ovaj put, konkretnije - bioetiku, kao osobitost ove nove, druge po redu renesanse etike - i to na prvo mjesto ljudskih duhovnih tvorevina, a njezino ili njihovo izučavanje i proučavanje utvrđuje se kao neophodno i nužno za svijet, posebice svijet mladih ljudi. To traže Ujedinjeni narodi, to traži UNESCO, još više čovječanstvo, a sve kao preduvjet kreiranju pravih ideala kod suvremenog čovjeka, s dostojnom aksiologijom, finih normi i vrijedne moralne praktilike.

Istodobno, čovječanstvo je došlo do sveopćeg zaključka da nam je bioetika više no potrebna u suočavanju i razrješenju nastupajućih problema indolentnog odnosa prema istome, posebice zlorabi rezultata biotehnološke revolucije iz 80-ih godina prošlog stoljeća naovamo! Drugim riječima, da je ona pravi odgovor na ono što nam se događa, primjerena kontrareakcija istoga. O ovome svjedoči i njena "službena definicija", prema kojoj bioetika predstavlja: "... sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu znanosti o životu i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisci-

plinarnom okruženju"¹, a još više, kako je zapisano u Höffeovu *Leksikonu etike*, "bioetika (...) se razumijeva kao interdisciplinarno zasnovana znanost o preživljavanju, koja prvenstveno želi izgraditi mostove između duhovnih i prirodnih znanosti..."².

To je tako jer bioetika može stvoriti uvjete za zaštitu i unapređenje kondicije uvjeta sadašnjosti prema budućnosti i onih koji dolaze. Na to je i najvjerojatnije mislio Potter, kada je samu bioetiku definirao kao specifičan *most ka budućnosti*, ili kako to najbolje formulira moja mlada kolegica iz Novog Sada, Sonja Antičić, u sažetku rada *Bioetička edukacija – most k subjektu*³, mi zapravo točno *sada* živimo tu *budućnost*, što bi značilo, još rigoroznije, šekspirovski rečeno: *To be or not to be!* - o nama ovisi sve! Još više, ubrzo i ubuduće će i svaki oblik etike nužno postati i završiti u bioetici kao takvoj, jer je vrijednost života i njegova svetost iznad svega.

U kontekstu toga, kako stoje stvari, možemo li tvrditi da smo spremni preći preko onog mosta k budućnosti!? Pitanje se postavlja zbog dileme da se u svijetu nekad raspravljalo, a negdje se još uvijek raspravlja o tome je li bioetika utemeljena ili ona mora nužno biti fundirana u medicinskoj sferi (medicina, veterina, sestринство, farmakologija, biološka istraživanja ljudskog života i ostale forme života) ili se ona generalno mora tretirati šire (kao moderna praktična etika), tj. pitanje koje se ne može razriješiti empirijski jer su i dvije pozicije statične i nepripremljene na kompromis.

Upravo takva situacija neprihvatljiva je ako želimo sprovesti bioetičku edukaciju, jer u realnosti ista ne može čekati na definitivni sporazum (posjeduje li bioetika čisto znanstveni status i jasnoću ili ona ima neki specijalni status kao profesionalna ili generalna znanost i praksa), tj. je li njena priroda primarno biolozijska ili etička. Ona jest tu, na pragu, dok nas preplavljuje sve veći i veći broj problema vezanih uz zdravlje, ekologiju, zagađenje, ovisnost, nasilje, konflikte, ljudske indolentnosti, kriminal, kao i loše ponašanje. Svi oni traže ozbiljne odgovore i brze akcije čovječanstva.

Pitanja i problemi bioetičke edukacije u Makedoniji

Ako se bioetika može, a i treba razmatrati i upotrijebiti kao jedno od najmoćnijih i konstruktivnijih sredstava rješavanja problema sveopćeg opstanka i preživljavanja, i to preko njenog izučavanja u okviru obrazovnog sustava, jer sama jest učinkovita baza kreiranja i podizanja nove forme rigorozne i rigidne ljudske svijesti i samosvijesti – isto to znači da je više nego nužno uvesti bioetiku u proces obrazovanja. Ako usporedimo na ovoj razini probleme i napore vezane uz pitanje (bio)etičke edukacije u Makedoniji

¹ T. Reich, "Introduction", u W. T. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, knj. I, str. XXI.

² Otfried Höffe, "Bioethik", u Otfried Höffe (ed.), *Lexikon der Ethik*, Beck, München, 1997., str. 28.

³ Sonja Antičić, *Bioetička edukacija – most k subjektu*, "Paper abstracts" iz 13. dana bioetike na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci, 13. i 14. svibnja 2011., str. 13.

s onima u ostalim državama, može se kolokvijalno reći da se i *iz zrakoplova može primijetiti* raskorak makedonskog obrazovnog sustava i svjetskih obrazovnih tendencija, iako postoji relevantna konstatacija da svaka nacija i svaka regija u svijetu imaju posebne, osobne karakteristike u smislu pitanja vezanih uz život. Dakle, pitanje nije retoričko: što su, kako se, i razmatraju li se uopće (bio)etička pitanja i problemi u makedonskom obrazovnom sustavu, prije svega u osnovnom i srednjem obrazovanju, i najbitnije - zašto je to tako, što želimo učiniti i kuda smo se time zaputili?

Uzimajući navedeno u obzir, nailazimo na dvije dileme. Prvo, i kada bismo to htjeli, ne možemo govoriti o bioetici, još više bioetičkoj edukaciji, posebice u osnovnim i srednjim školama u Makedoniji, jer jedva da smo učinili korak naprijed u odnosu na uvođenje etike i etičkog obrazovanja u obrazovnom sustavu. O tome govore i dugogodišnji pokušaji u naporima za uvođenjem etike u obrazovni sustav Makedonije, na razini srednjoškolskog i osnovnog obrazovanja, i to još od 7. siječnja 1998. godine, s prvim dopisom profesora Temkova⁴ za potrebnom učenja etike u Republici Makedoniji, pa sve do 2003. godine, kada je etika uvedena u srednjoškolski sustav, ali samo u II. i III. razred gimnazijskog programa, kao i 2010. godine, kada je ona konačno uvedena i u osnovno obrazovanje, i to samo u VI. razred osnovne škole. Stoga je logično reći da se u Makedoniji u okvirima osnovnog i srednjeg obrazovanja bioetika kao predmet ne samo ne izučava, nego i ne postoji - ona je apstraktna imenica!

Drugo, ako se na pitanja i probleme bioetike i bioetičkog obrazovanja pogleda s integrativnog i pluriperspektivnog stanovišta, tj. ako se na njih gleda kao na jedan dobar koncept modernih tendencija u filozofiji, znanosti, kao i životu, gdje se izražavaju ideja pluralističkog mišljenja, unificiranje znanosti, objedinjenje svijeta, kao i rađanje univerzalne etike, i to s određenim bioetičkim senzibilitetom, ne samo za teorijska lamentiranja, nego i praktičnu primjenu - onda mogu reći da i mi u Makedoniji pokušavamo, štoviše, čak smo i učinili bar jedan poluiskorak naprijed vezano uz ovu temu. To je tako jer se u okvirima određenih predmeta i osmišljavanja primjerenih nastavnih materija, pitanja i problemi bioetike mogu (ili to već jesu) uvesti u sadržaje koji već postoje! Ako ništa više, bar u građivo same etike, koja se sad već i oficijelno izučava u VI. razredu osnovne i II. i III. razredu srednje škole.

Ako ovako postavimo stvari, onda se pokazuje da se pitanja i problemi bioetičke edukacije u makedonskom osnovnom i srednjoškolskom obrazovnom sustavu, imajući u vidu stupanj bioetičkog senzibiliteta i mogućnosti provedbe iste u trenutku, mogu jedino promatrati i predstaviti procesom etičke edukacije koji je započeo 1998./1999. godine, eksperimentalnom nastavom iz etike u četiri srednje škole u

⁴ Кирил Темков, *Писмо до јавноста за учење етика во Република Македонија*, Етички тетратки, бр. 1, Пролет, 1998.

različitim godinama obrazovanja i u različitim gradovima u Makedoniji⁵. Bioetički sadržaji bili su uključeni u generalne etičke rasprave i pitanja, posebice u dvije poljoprivredne srednje škole, koje su bile dio jednog većeg zamišljenog bioetičkog edukacijskog programa, koji se, na žalost, nikada nije razvio do kraja⁶. Najvažniji edukacijski ciljevi bili su istraživanje mogućnosti razumijevanja i komunikacije vezanih uz etičke i bioetičke probleme i vrijednosti kod mladih generacija. Time što su ove dvije škole biotehničke, sam pedagoški eksperiment dobio je i smisao bioetičke edukacije – preko generalne orijentacije, kao i preko samih sadržaja nastave, primjera i znanja. To znači da su sva pitanja etičke edukacije u ove dvije škole imala bioetičke perspektive: razumijevanje pozicije ljudskog bića u svijetu, kao i u specijalnim situacijama, ali i predloženih bioetičkih vrijednosnih sustava i moralnih normi.

Projekt bi se i dalje produžio da ministar obrazovanja nije promijenio direktora srednjoškolskog centra, pa se tako sam projekt realizirao umjesto u četiri godine - u samo dvije, pa je i samo postojanje i funkcioniranje novoformiranog Centra za etičko i bioetičko obrazovanje u srednjim školama neminovno bilo osuđeno na propast. Na kraju svega, ovim je bila "ubijena" sama šansa za raniji početak bioetičke edukacije u srednjim školama, no pozitivno u svemu navedenom očituje se u tome da su isti sadržaji i rezultati bili iskorišteni kao osnova za uvođenje bioetičke edukacije kasnije u novom etičkom obrazovanju u drugu i treću godinu gimnazije, gdje su samo u trećoj godini srednje škole bioetičke teme bile zastupljene na 38 od 300 stranica dugačkog udžbenika, preko pitanja bioetike, kao nove vodeće etičke discipline, do ekološke etike, etike zdravlja, pitanja ovisnosti i droge...⁷

Što se tiče (bio)etičke edukacije na razini osnovnog obrazovanja, bioetičke teme bile su uvedene u eksperimentalnoj nastavi u VI. razredu 1999./2000. godine, a posebice u eksperimentalnoj nastavi za najmlađe, u drugom i trećem razredu osnovne škole, u periodu od 2003. do 2005. godine, jer se smatralo da su iste vrlo bitne za mlade generacije, kako bi mladi razumjeli spomenutu građu i pripremili se za razumijevanje pri-

⁵ Oficijelno, iako se etika izučava u svim razvijenim zemljama u svijetu, i to ponegdje u trajanju od dvije godine, a ponegdje u trajanju od četiri, u Slovačkoj sedam, dok u Australiji dvanaest godina, u Makedoniji - počevši od prošle godine, znači od rujne 2010. godine, nakon dugog očekivanja, još više zbog nužnosti prema odgojno-obrazovnim trendovima u svijetu, uvedena je i konačno se započela slušati u VI. razredu osnovne škole, i to u okviru jednog nastavnog sata tjedno, dok se u srednjim školama sluša još od 2004. godine, s dva sata nastave tjedno.

⁶ Radi se o prvoj eksperimentalnoj nastavi iz etike 1998. godine; prva etička pedagoška praksa bila je sprovedena u USO "Braća Miladinovci" u naselju Dračevo, zatim u USO "Djorče Petrov" iz Krive Palanke, ZŠUC "Djorče Petrov" iz Kavadaraca, kao i u USO "Orce Nikolov" iz Skopja. Detaljnije pogledati u: Кирил Темков, *Етиката денес*, Епоха, Скопје, 1999.

⁷ Pogledati udžbenik iz etike za treći razred klasične gimnazije profesora Kirila Temkova iz 2004. godine, Prosvetno delo, Skopje.

rode i njeno očuvanje⁸. Dvanaestogodišnjaci su učili o osnovi etičkog znanja vrlo važne moralne vrijednosti, ali i specijalne i specifične norme i pitanja bioetike, koje je na kraju Ilinka Torbovska-Smilevska objedinila u svom magistarskom radu⁹. Sami materijali i drugi propratni tekstovi za ovaj tip edukacije bili su tjedno objavljeni u dobro poznatom dječjem časopisu Kolibri, kao i u najstarijem dnevnom časopisu "Nova Makedonija", za vrijeme od dvije godine (2000. – 2002.), kako bi se mogli koristiti i u drugim školama prilikom izučavanja drugih nastavnih predmeta.

Nakon pokušaja uvođenja eksperimentalne nastave iz etike u VI. razred, već 2003./2004. godine započela je i eksperimentalna nastava iz etike i u II. i III. razredu osnovne škole. Mlada kolegica Ljubica Topuzoska najprije je provodila nastavu u II. razredu, uvodeći djecu sa 7 ili 8 godina u proces etičkog razmišljanja, a zatim ih je u drugom polugodištu podučavala etičkim savjetima i eksplikacijama. Osnova ovoga bilo je 60 tekstova u obliku etičkih priča, objavljenih opet u dječjem časopisu Kolibri (2003./2004.), podijeljenih u šest područja, od kojih su dva bila namijenjena bioetičkim pitanjima – zdravlje i ekološka skrb. Isto je tako bio pripremljen i prvi originalni "Ekološki abecedar", dok je analizu čitavog procesa kolegica Topuzoska objedinila u svom magistarskom radu, a kasnije (rad u III. razredu) u doktorskoj disertaciji.¹⁰

Već u trećem razredu etika se proučavala kroz dvije forme – prvi semestar bio je zamišljen kao rad metodama dileme i izbora, a drugi metodom moralne evaluacije. Ove priče također su bile objavljene u dječjem časopisu Kolibri (2004./2005.), što je omogućilo i široj publici da se upozna s etikom na jedan moderan način, koji je prije svega bio interaktivan, pun autonomnog razmišljanja i evaluacije te elokventnim primjerima iz svakodnevnog života itd.

Isto se odnosi i na iskustvo iz dječjih vrtića, tj. eksperimentalne programe iz etike koji su se provodili od 2003. do 2005. u četiri vrtića u Skopju, gdje su u okvirima etičke edukacije, uz puno priča, zamišljenih situacija, dječjih scenarija i sl., djeca učila o temama Ljubavi, Nenasilja, Mira, Pomoći i Dobrog ponašanja. Bio je napravljen i prvi TV film koji je dokumentirao čitav proces edukacije, seminari za učitelje i za roditelje i sl., koji su kasnije bili poticaj za stvaranje i rađanje prve ekološke edukacije djece iz vrtića u smislu njihova bioetičkog (ljudskog) razvoja. Spomenuto me možemo dodati i konstataciju da su teme, pitanja i problemi bioetike i bioetičke

⁸ O tome sam govorio na izlaganju koje sam imao u Beogradu početkom prošle godine, na prvoj videokonferenciji na temu *Bioethics Education - Sharing Various Experiences*, te pisao i prezentirao u tekstu *The bioethical themes in the ethical lessons for the youngest*.

⁹ Detaljnije u: Илинка Торбовска-Смилевска, *Етиката во основното образование*, М. А. diss., Faculty of Philosophy, Skopje, 2001.

¹⁰ Detaljnije u: Љубица Топузовска, *Етичкото образование во одделенската настава*, М. А. diss., Faculty of Philosophy, Skopje, 2004, kao i njena doktorska disertacija *Форми и методи на етичкото образование за најмладите*, Faculty of Philosophy, Skopje, 2006.

edukacije bili u znatnoj mjeri inkorporirani u sam proces eksperimentalne nastave etičkog obrazovanja. Djeca su učila vrlo brzo i jednostavno preko priča koje su se odnosile na životinje, biljke, ali i čovjeka, tj. učila su o bioetičkoj strani postojanja. Time se pokazalo da su teme bioetike najbolje za uvod u etiku, te da u isto vrijeme obogaćuju etičku svijest intimnom vezom s prirodom i živim bićima.

Drugim riječima, eksperimentalna etička nastava u II. i III. razredu osnovne škole pokazala je da su bioetički sadržaji nezaobilazan element u konstruiranju novog, mladog personaliteta, koji bi trebao poboljšati uvjete življenja i u kreiranju jednog boljeg svijeta, razumijevanja, dobre ljudske relacije i pristojnog i ispravnog ponašanja prema prirodi. Osobito bitna bila je pedagoška priprema koja je bila organizirana godinama unatrag preko eksperimentalne nastave etike u srednjim školama, počevši još od 1998. do 1999. godine, u šestom razredu 2000. godine, u područnoj nastavi (drugi i treći razred 2003./2004.), u dječjim vrtićima (2004.) i na različitim fakultetima. Ovime bioetičke teme nisu samo postale integrativni dio obrazovanja u Makedoniji opće, već bitnije, vrlo važan dio sadržaja praktičnog etičkog obrazovanja mladih ljudi. Za sva ova nastavna dostignuća i rezultate, kao i za mnogobrojne sadržaje i primjerene forme etičkog obrazovanja, bili su izrađeni posebni materijali, lekcije i udžbenici, koji su već unatrag 10-ak godina prisutni u javnosti, kako bi se i ostali mogli upoznati s ciljevima i smjernicama nove etike.

Spomenuto je samo potvrdilo činjenicu da niti jedan nastavni predmet u Makedoniji nije bio toliko ozbiljno, produbljeno i znanstveno provjeren i postavljen, kako u okvirima suvremenih svjetskih razmatranje, tako i suglasno nacionalnim kapacitetima i potrebama. Izrađene su brojne magistarske i doktorske teze, čije su ideje, orijentacije i rezultati bile verificirani na znanstveni način.

Zaključak

I na kraju, zaključimo da će se bioetika, ako je pravilno, integrativno i pluriperspektivistički uspostavljena i realizirana, tako da omogućava izgradnju jednog bioetičkog senzibiliteta kod svakog od nas, sve češće pojavljivati i kao osnova prakticiranja onoga što se danas ukazuje kao moguća buduća realnost – oblik univerzalne etike. To je moguće ako na bioetiku i bioetičko obrazovanje gledamo kao na jedno od mnogih mogućih polazišta stvaranja preduvjeta izgradnje takvog tipa svijesti/svijeta/svjetonazora kod svakog građanina, koji će biti ne samo korektiv država i vlada, nego sve češe i "bioetičkog suca" za ono što činimo. Time se dokazuje ne samo vjerodostojnost i opravdanost ideje o bioetici kao univerzalnoj etici, nego se potvrđuje i spoznaja da čovjek nije rađanjem samo etičko biće, nego po svojoj realizaciji i bioetička svijest.

Drugim i jednostavnijim riječima, dok svijet radi na pripremi najgorih mogućih scenarija, uključujući klimatske promjene i ostale čimbenike, dok pokušava smanjiti negativni učinak svog neosmišljenog i ponekad luđačkog ponašanja, istodobno čini sve da se bioetika, tj. bioetička edukacija uključi i postane aktivan dio spašavanja života i živoga.

Što se događa na Balkanu? Osim časnih iznimaka i pokušaja Slovenije, Hrvatske, djelomice Bosne i Srbije, na jugu, kod nas u Makedoniji, stvari se još uvijek bitno ne mijenjaju, iako ista postaje sve više esencijalna! Iako ta potreba postaje fokusom interesa i u Makedoniji, iako sve više i više postajemo svjesni supstancijalne važnosti bioetike u modernom dobu, ipak se to događa začuđujuće sporo u usporedbi s većinom europskih zemalja.

Dejan Donev

The gap between Macedonian educational system and world's educational tendencies on the issues of bioethical education

ABSTRACT

What bioethics, from its formal definition represents, "systematic research of moral dimensions – including moral views, decisions, behavior and acts – in case of life knowledge and wellness which at the same time uses different ethical methodologies in interdisciplinary environment", and even more like Otfried Höffe in his "Ethical lexicon" says, "bioethics is understood as interdisciplinary science based on survival which primary goal is building bridges between spiritual and natural knowledge" - alongside them, it's all clear: bioethics is more than needed in facing and solving current problems of human supine behavior, especially the abuse found in biotechnical revolution! So, perhaps we can say that we will climb on that bridge to the future?

In that context, bioethics can be considered and used as one of the most powerful and constructive resources for solving the problem of universal existence and survival, through its study into the educational system because it is very efficient database for creating and developing new forms of rigorous human consciousness and self-awareness. This means that it is more than even necessary to introduce bioethics in the educational process.

While the world is working on preparation of the worst possible scenario according to climate change and other factors, at the very same time this same world is doing its best for including bioethics and bioethical education to become an active parts of saving lives and living. What happens on the Balkan peninsula? Except the honorable attempts of Slovenia, Croatia, parts of Bosnia and Serbia, in the South, things do not substantially change!

The author's intention of this article is to visualize what they are, and how the (bio)ethical issues and problems are discussed in the Macedonian educational system, primarily in elementary and secondary education, and most importantly, why this is so, what do we want to do and where do we head for?

Sunčana Roksandić Vidlička^{*11}, Dijana Hrستیć¹², Zrinka Kirin¹³

Bioethical and legal challenges of surrogate motherhood in the Republic of Croatia¹⁴

ABSTRACT

Surrogate motherhood represents an increasingly common method of human reproduction, which helps overcome successfully the obstacles of infertility. However, surrogate motherhood, due to its imprecise legal regulation and complex nature, entails many controversies. Therefore, the aim of this paper is to determine the need and the necessity for such regulation in Croatia, taking in account the already existing methods of medically assisted reproduction. Given the adequate level of public awareness of acceptability of surrogate motherhood, we propose an appropriate legislative solution, based on a prior comparative analysis of the existing legal regulation in different countries. Due to the fact that surrogate motherhood raises many, not only legal, but also medical and bioethical questions, it was impossible to avoid those aspects of the problem.

¹ Assistant at the Chair of Criminal Law, Faculty of Law, University of Zagreb, Lecturer of the course Medicine and Law, and Academic Mentor of the Group for the Protection of Patients' Rights at the Legal Clinic at the Faculty of Law in Zagreb

² Bachelor of Laws, Faculty of Law, University of Zagreb, student of the course Medicine and Law in the 2010/2011 academic year.

³ Bachelor of Laws, Faculty of Law, University of Zagreb, student of the course Medicine and Law in the 2010/2011 academic year.

⁴ This paper is based on the work by Dijana Hrستیć and Zrinka Kirin, "Interdisciplinary approach to surrogate motherhood- comparative, legislative analysis and proposal of legislative solution in the Republic of Croatia", and it was written under the mentorship of mr.sc.Sunčana Roksandić Vidlička. The paper was awarded the Rector's University Award in Zagreb in academic year 2010/2011, and it was recognized as thesis by the decision of the Council of Faculty of Law, University of Zagreb on July 13, 2011. The paper represents a revised, amended and modified version of one of its segments. The Institute of surrogate motherhood, along with reproductive rights, was processed and examined during the course Medicine and Law during the academic year 2010/2011.

* Correspondence address: Roksandić Vidlička Sunčana, University of Zagreb, Faculty of Law, Trg maršala Tita 14/1, HR- 10 000 Zagreb, e-mail: suncana.roksandic.vidlicka@pravo.hr

1. Introduction

1.1. Preliminary considerations⁵

*"Mrs N.P., a 39-year old woman, Mr O.P. whom the former married two years ago, and Miss R.S., Mrs N.P.'s 21-year old unmarried daughter from her first marriage, came to the Citycentre IVF Clinic. Mrs N.P. explained that she and Mr O.P. propose to provide ova and sperm for the purpose of in vitro fertilisation and, because Mrs. N.P. cannot carry a pregnancy for medical reasons, R.S. will be a surrogate mother for them to gestate the embryo(s). The local laws allow surrogate motherhood provided that surrogates are at least 20 years old, that they act voluntarily, and that it does not include financial compensation, except coverage of the expenses actually incurred. During a personal interview, Miss R.S. explained that she wants her mother and Mr. O.P. to have a baby to ensure that they stay together, and that her pregnancy will be inexpensive because she is living with Mrs N.P. and Mr O.P. during the final year of her college program."*⁶

The above mentioned case is only one of the numerous cases of surrogate motherhood in states where surrogate motherhood is considered a common method of human reproduction. The complexity of such procedure that entails many medical, ethical and legal controversies could be seen in this case. The questions that are imposed in such a case are of problematic nature and sometimes entail ambiguous answers. These questions would be, as follows, should a doctor implant the embryo of the mother and stepfather in her daughter's uterus? What will be the degree and kind of the kinship relation between the child born that way and the woman who gave a birth, in other words, will the application of surrogate motherhood include legal bonds between the child and the surrogate mother? Is the daughter's decision to bear a child on behalf of her mother autonomous and voluntary or could it be anticipated that the girl has somehow been pressured to do it? Is this kind of surrogate motherhood entirely altruistic or is it a sort of commercial surrogate motherhood which inevitably implies certain compensation? Is the referring national law that regulates surrogate motherhood clear enough or does it contain some legal gaps, and what characterizes the legal practice of the state in question regarding the application and realization of surrogate motherhood?

⁵ Note: We are particularly grateful to prof.dr.sc. Hrvoje Vričić i doc.dr.sc. Ana Borovečki, Faculty of Medicine, Zagreb, who have greatly helped the preparation of the paper with their professional explanations.

⁶ Dickens, B.M., Cook, R.J., Kismodi, E., Reproductive health- Case studies with ethical commentary, The UNESCO Chair in Bioethics Office, 2006, case No.25, p. 55. See also the Croatian edition, Reproaktivno zdravlje- analiza slučajeva s etičkim komentarom (i priložima), Unit of UNESCO Chair in Bioethics, Faculty of Law of the University of Zagreb, Turković K., Roksandić Vidlička S., Maršavelski A.(ed.), Zagreb, 2011., p.57

Only some questions which might arise from this case are stated here. These questions are fundamental to this paper and we will try to find acceptable legal solutions to them.

The science which deals with research in human reproduction is a new branch of medicine. It can be freely called "a post-industrial miracle" which has emerged due to an extremely rapid growth of high technologies, biochemistry, microsurgery and genetic engineering.⁷ Surrogate motherhood is one of the methods of human reproduction which owns its application to new advances and scientific achievements. However, while medicine has taken the path of a very rapid development, ethics and law are trying to keep pace with it and set certain boundaries. Namely, it is necessary to provide, to the greatest possible extent, frameworks for medical procedures, so that mankind could benefit from them and prevent their abuses. It is the law that provides for normative restrictions while ethics offers moral and social ones.

Surrogate motherhood is a highly controversial method of reproduction which is subject to criticism in many countries, including the Republic of Croatia. On the other hand, in countries where this method is regulated, the respective legislation is not standardized concerning its application in practice.

The purpose of this paper is to provide answers to the questions if there is a need for regulation of surrogate motherhood method in Croatia, and if such method is necessary taking in account already existing methods of medically assisted reproduction. In case the public awareness of the acceptability of surrogate motherhood is developed to an appropriate extent, this paper could offer a basis for its legal regulation. This regulation results from a prior comparative analysis of the existing legislation in different countries. However, due to the fact that surrogate motherhood implies many, not only legal, but also medical and bioethical questions, it was impossible to avoid those aspects of the problem.

2. Medical aspect of surrogate motherhood

2.1. Medical, legal and social background of infertility

Surrogate motherhood represents one of reproduction methods that causes many legal and ethical dilemmas. However, these dilemmas can not be finally resolved without understanding the pain inherent in infertility. Infertility is a common condition in young couples today and it represents an obstacle to the fulfilment of their desire to become parents. Statistics show that infertility affects between 10 and 15%

⁷ Spar, D.L., *The Baby Business: How Money, Science and Politics Drive the Commerce of Conception*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006, p.17 of Introduction

of couples in the world, and a similar case is in Croatia. Important indicators are also fertility rates according to which the rate of natural growth in Croatia is dropping.⁸ Our lifestyle today greatly contributes to such a condition, where stress is a common occurrence which leads to compromising the important bodily functions, causing a situation where fertility becomes a secondary concern.⁹ The fast pace of life and delay of the decision to become parents create an evolutionary shift in importance of certain body functions.¹⁰ At the age that is most suitable for reproduction (18-25), young people are focused on completing their education and creating a career, not on starting a family. Postponements often cause difficulties when a woman, that is, a couple, decides to start a family, at the age that is not optimal for giving birth to a child. A desire for offspring is not the only reason why couples are increasingly turning to methods of medically assisted reproduction. The expectations of society may equally affect the decision the couples make, to use the stated methods, especially in cultures where barren, or even infertile men are greatly discriminated.

Infertility is considered a disease according to modern medical standards,¹¹ therefore, treatment of infertility, as well as other diseases, must be provided to those affected. The right to health care is a basic human right and is as such guaranteed by the Constitution of the Republic of Croatia,¹² the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights¹³, and by the Health Care Law.¹⁴ Yet, some of the methods of assisted reproduction are not equally available to everyone. Various treatments are often limited by legally based assumptions, which limit their use on the basis of the marital status of the person asking for proper medical help. In most countries medical fertilisation is available only to couples, and

⁸ Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 2010, Croatian Bureau of Statistics, ISSN 1333-3305; pp.110-111.

⁹ As pointed out by prof. dr.sc. Hrvoje Vrčić from the Clinic for Gynaecology and Obstetrics in Petrova Street, based on an interview conducted by the authors Z.K. and D.H., as part of the research for this paper

¹⁰ Taub, N., Surrogacy: A Preferred Treatment for Infertility, in: Gostin Larry, Surrogate Motherhood, Politics and Privacy, Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis, 1990, pp. 221-229.

¹¹ "Infertility is a disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse". - Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., van der Poel, S.; The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organisation (WHO) Revised Glossary on ART Terminology; Fertility and Sterility, Vol. 92, No. 5, November, 2009.

¹² See article 59, *Official Gazette*, No. 85/10.

¹³ See article 12, *Official Gazette- International Agreements*, No. 12/1993.

¹⁴ See article 3, *Official Gazette* No. 150/08, 04/09, 153/09 and 71/10.

not to a woman who wants to raise a child on her own,¹⁵ while the access to it is usually available to unmarried couples.¹⁶

Even though the significance of infertility treatment is obvious in the social component, which is important for a successful demographic development of every country, the funding that community provides for the designated therapy is often limited. Therefore, the right to the highest quality of health care depends on the economic strength of a country¹⁷ and the willingness to provide infertility treatment at the expense of life saving procedures. Further issues that concern the methods for assisted fertilisation are the health risks that exist for women who undergo various hormonal therapies that stimulate egg cell production. The use of such medications to induce ovulation may cause consequences for the woman's health, or child's health.¹⁸

The above mentioned issues clearly indicate that many medical, social and legal obstacles exist in some of the medically assisted reproduction methods, so an alternative is often looked for. Such an aim, to achieve parenthood, can be realized by Adoption Institute. However, many couples give up quickly, due to legal formalities and a lengthy period of time it takes to adopt a child, but also because of the parents' desire to continue the family line with descendants that are genetically their own.¹⁹ Therefore many opt for surrogate motherhood, as a method without the stated problems, or medical risks, if the option is partial or natural surrogacy that does not require the stimulation of the female reproductive organs. Surrogacy thus appears as a form of informal adoption, controlled solely by the will of the parties, thoroughly planned and ensures a genetic link of the child with both of the parents, or at least with one parent.²⁰

¹⁵ Most countries regulate in this way, including our own Law on Medically Assisted Reproduction, *Official Gazette* No.88/09., 137/09. Many international instruments recognise the right of a child to be born in a family, including the UN Convention on the Rights of the Child, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the International Covenant on Civil and Political Rights

¹⁶ Restrictions still exist in, e.g., Ireland, Czech Republic, Poland, and Turkey.

¹⁷ Rokсандić Vidlička, S., Actual issues concerning some criminal offences against the health of people in the light of elaborating draft amendments to the Croatian Criminal Code, *Yearbook of the Croatian Academy of Legal Sciences*, Vol. 1, No. 1/2010, especially pp. 93-102.

¹⁸ Popular articles that are publicly available often feature texts such as: "An analysis has determined that infertility and ovulation induction medications significantly increase the risk of giving birth to an autistic child, when compared to women that are not infertile and have not used ovulation induction medications." Infertility treatments may increase the risks of having a child with autism, <http://www.neplodnost.hr/lanci-v2/opcenito/334-lijecenje-neplodnost-rizik-autizam.html>, March 1, 2011.

¹⁹ See more on the term "genetic primitivism" in chapter 3.3.

²⁰ Davies, I., Contracts to bear children, *Journal of Medical Ethics*, 11/1985, pp. 61-65.

Due to the specific nature of surrogate motherhood as a method of reproduction, we will present some of its aspects.

2.2. Existing forms of surrogate motherhood

Development of medical technology which enables the reproduction has resulted in many methods to achieve the desired effect. However, very modern reproductive methods, like surrogate motherhood, can result in separating the two basic roles of a mother- the creator of egg cells to be fertilised, and the role of a woman, who is the bearer of pregnancy.

A surrogate mother is a woman who carries a baby, after a successful natural or artificial insemination, or after an in vitro fertilisation through the implementation of an embryo,²¹ for an infertile couple (commissioning couple), based on a pre-pregnancy agreement, with the intention of handing the child to the commissioning couple who acquire parental rights and responsibilities.

Therefore, surrogate motherhood appears as a full or gestational and it is realised by in vitro fertilization using the sperm of an intended father and the transfer of the embryo to the uterus of the surrogate, thus creating a genetic link of both parents with a child. The other form, and a more common one, is partial or traditional (natural) surrogate motherhood, where the surrogate mother is the biological mother of the child, by natural intercourse or artificial insemination with the sperm of a man whose wife legally becomes the mother of the child.

Gestational surrogate motherhood allows the infertile couple to have their biological children that they otherwise could not have. However, due to the complexity of the procedure that the surrogate mother and the biological mother of the child must undergo, partial surrogate motherhood is more common. Gestational surrogacy requires medical intervention of the complex procedure of in vitro fertilisation (IVF) and the embryo transfer (ET)²² to the uterus of the surrogate mother, whereas traditional surrogacy is done in a natural way (sexual intercourse) or via assisted insemination using the sperm of the husband.

If the process involves compensation which a surrogate mother receives based on the agreement, we are talking about commercial surrogacy, which essence is to acquire compensation for rendered services. If the compensation in question only covers the expenses during pregnancy (fertility treatments, medical examinations, pregnancy and delivery expenses), we are talking about altruistic surrogacy. The reasons

²¹ Cook, R., Day Sclater, S., Kaganas, F.: Surrogate Motherhood: International perspectives, Hart publishing, Oxford- Portland Oregon, 2003, p. 1.

²² FIV/ET- the "test tube baby" method

why a woman becomes a surrogate mother are in this case altruistic, and the surrogacy is not motivated by a financial gain.²³

The ethical dilemmas that are inherent to commercial surrogate motherhood are often the reason it is prohibited by many legislatures that regulate this subject.²⁴ The dilemma arises because of the collision of the rights that are being realized by commercial surrogacy. There is a desire to preserve personal autonomy and the right to a free-choice on the one hand, and the moral responsibility toward the child that is being born in this way and all the parental obligations on the other.

A growing global problem of human trafficking for obtaining organs should be mentioned here. Article 175 of the Croatian Criminal Law²⁵ clearly prescribes the prohibition of human trafficking and slavery.²⁶ So a problem of exploiting women of lower financial means for "loan" of the reproductive organs or acquiring reproductive cells often appears in commercial surrogacy. These are living donors, who thus gain the money necessary for survival. Although our Law on Taking and Transplanting Human Body Parts for Medical Purpose²⁷ determines the conditions for allowed transplants, it excludes its application when it comes to reproductive tissues and organs. These matters are regulated by the Law on Medically Assisted Reproduction,²⁸ whose Article 14 prohibits the acquisition of financial gain for donated eggs or semen, and Article 23 forbids trading with gametes. Penalties for these medical procedures are prescribed in Article 242 of the Criminal Code²⁹ which deals with illegal transplants of human body parts.³⁰ Since our Law on Medically

Assisted Reproduction bans any form of surrogate motherhood³¹, the basis for the prohibition of commercial surrogacy in particular should be in international instru-

²³ The division is by Dan R. Reilly in the article: "Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers", Canadian Medical Association Journal, 176/2007, pp.483-485

²⁴ e.g. Great Britain, Austria, the Netherlands, Canada.

²⁵ *Official Gazette* No. 110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 190/03, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08, 57/11

²⁶ See more on human trafficking and slavery felony in Criminal Law, Special Part, Novoselec P.(ed.), Faculty of Law, University of Zagreb, Turković, K., pp. 134-139.

²⁷ *Official Gazette* No. 177/04 and 45/09.

²⁸ *Official Gazette* No. 88/09 and 137/09.

²⁹ See more in Criminal Law, Special Part, Novoselec, P.(ed.), Faculty of Law, University of Zagreb, Turković, K., pp. 260-265

³⁰ Roksanđić Vidlička, S., Actual issues concerning some criminal offences against the health of people in the light of elaborating draft amendments to the Croatian Criminal Law, Yearbook of the Croatian Academy of Legal Sciences, Vol. 1, No. 1/2010, pp. 122-129

³¹ Article 24 of the Medically-Assisted Reproduction Act: "It is forbidden to use any means of public communication or internal communication or any other means, any means of communication to request or offer women to give birth to a child for another person. It is forbidden to arrange or conduct medical fertilisation that results in the birth of a child that belongs to another person or to turn over a child that was born after medical

ments. So, Article 21 of the Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine³² defines that the human body and its parts cannot be a source for acquiring financial gain. Accordingly, our view is that carrying and giving birth to a child for another person, solely for the purpose of financial gain, is immoral and insults the fundamental values of democratic society, such as the value of protecting women from exploitation and the protection of a child that was born in this way. Practicing the right to autonomy of a single person must not be harmful to others, or harmful to the society as a whole. Placing women and children on the market dehumanises individuals and opens the way for commercialization of human rights.³³ Therefore, we must regulate and allow only the altruistic form of surrogate motherhood and prohibit the commercial form, if surrogate motherhood is to be legalized at all.

Sometimes it is difficult to differentiate between altruistic and commercial surrogacy³⁴, if the surrogate mother receives compensation for medical treatments and for unrealized income during the pregnancy and childbirth. Therefore, it is very important for the legislator to regulate the option of compensating the expenses in detail by determining the limit on the highest amount of compensation that can be legally given.

2.3. Methods of acquiring surrogate motherhood

The reasons couples choose surrogate motherhood are numerous. Those are usually medical reasons that make the woman incapable of carrying a pregnancy to term, due to various medical procedures that she had been subjected to (e.g. hysterectomy) or illnesses that would cause pregnancy or childbirth endanger the life of the woman. In most severe cases the stated methods of assisted reproduction cannot help the couples to have a child and surrogacy is the only way for them to become biological parents. However, surrogacy can be requested as a purely aesthetic method, due to the negative effects pregnancy would have on the career of the mother, or

fertilisation. All contracts or agreements or any other legal affairs on giving birth to a child for another person or turning over a child that was born after fertilisation, with financial compensation or without it, are null and void."

³² *Official Gazette- International Agreements*, No. 13/03.

³³ Capron, A. M. and Radin, M. J., *Choosing Family Law over Contract Law as a Paradigm for Surrogate Motherhood*, in: Gostin, L., *Surrogate Motherhood, Politics and Privacy*, Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis, 1990, pp. 62-64.

³⁴ As it is the example case in this paper.

her physical appearance. There is a large amount of criticism for the mentioned choice, because it prioritises comfort over conception and giving birth.³⁵

Surrogate motherhood appears as one of the methods of medically assisted reproduction, where the surrogate mother can be a biological mother of the child, if the artificial insemination of the woman is done by using the sperm of the man from the commissioning couple. But she does not have to be a "genetic" mother, if in vitro fertilisation will be used to fertilise the reproductive cells of the commissioning couple and then the cells will be implanted in the uterus of the surrogate mother. In that process the surrogate does not provide any genetic material and she is just a 'carrier' of someone else's baby.

The transfer of the embryo to the uterus of the surrogate mother is done within 48-72 hours, to test whether the embryo is suitable for transfer. The testing is often carried out by using pre-implantation genetic diagnosis, but since these tests require a large amount of funds they are not done in all countries, the embryo elimination is rather done on the basis of the visual appearance only.³⁶

Genetic consulting or pre-implantation genetic diagnosis can identify certain genetic defects prior to the conception.³⁷ Removing several cells from the embryo can detect chromosomal or genetic abnormalities with great certainty and can prevent the implant of an embryo and conception that would result in a child with an illness or a handicap. Regardless of a high success rate of this method, it involves a possibility of an error and can lead the parents to a false decision on terminating the pregnancy.³⁸

The procedure of in vitro fertilization requires a larger number of egg cells that will be fertilised outside of the woman's body just because of the elimination of the embryos that are not suitable for transfer. Due to a larger number of embryos, some of them will not be transferred back into the uterus. The transfer is limited by the quality of the embryos and by the number. Because of the complications that may arise from multiple pregnancies, the transfer of a limited number of embryos (usually three) to the uterus of the woman is generally allowed. If some of the embryos

³⁵ This choice is also criticised by prof.dr.sc. Ana Borovečki from the Faculty of Medicine of the University in Zagreb and prof.dr.sc. Hrvoje Vrčić from the Clinic for Gynaecology and Obstetrics in Petrova Street, data collected in an interview conducted by the authors Z.K. and D.H., for the purpose of writing this paper.

³⁶ Alinčić, M., Bakarić-Abramović, A., Hrbar, D., Jakovac-Lozić, D., Korać, A., Family Law, *Official Gazette*, Zagreb, 2001, p. 221.

³⁷ Antenatal screening- pointed out by Dr. Marion Hall in the article Brave new world- nine months away?, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 230/1983, No.9.

³⁸ Warned by Prof. Joan Bicknell in the article Brave new world- nine months away?, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 230/1983, No. 9.

are not transferred, they are frozen in liquid nitrogen at a temperature of -196°C . Cryopreservation is used in case further pregnancy attempts are required, if the previous one fails to work, to perform pre-implantation genetic diagnosis or for fertile women who are about to undergo chemotherapy that may lead to a genetic disorder of the reproductive cells. Freezing the embryos enables their later use without subjecting a woman to additional hormonal therapies and medical procedures (laparoscopy) with preserving the quality of the embryos. Creating a surplus of embryos opens up a question of their further storage. A couple may decide to freeze the embryos and preserve them for future use, to donate them to another infertile couple, to donate them for use in scientific research, or to destroy them.

However, freezing of the embryos is not allowed in all the countries that conduct IVF procedures, because a suspicion exists whether the quality of the frozen and fresh embryos is the same, also due to the moral issue of when the embryo becomes a person.³⁹ So, in Croatia, the Medically Assisted Reproduction Act allows the freezing of reproductive cells, but not the freezing of embryos, instead, all the fertilised cells (no more than three) are transferred to the uterus of a woman. The decision on the fate of the reproductive cells is made by the donors, that is, the persons who provided the cells. However, if such a decision is not made, after the storage period expires, the cells will be destroyed.⁴⁰

Since surrogate motherhood uses the mentioned fertilization methods, there are also some difficulties that follow all IVF procedures. Hormonal treatments the biological mother undergoes induce ovarian hyperstimulation to retrieve a sufficient number of eggs that can be used for a single treatment, which greatly affects the organism of a woman.

A surrogate mother usually does not undergo hormonal treatments, so such a pregnancy is not very different from regular pregnancies that are achieved by IVF methods. But the risk still exists, due to the so called toxic pregnancy of the surrogate mother.⁴¹ In gestational surrogacy, the surrogate mother receives an embryo with chromosomes that are completely different from her own chromosomes. The body of the woman recognises the embryo as a foreign element so its rejection occurs earlier, which increases occurrences of foetal death. There are differences in the course of the pregnancy that is initiated in the process of assisted reproduction, when compared to a spontaneous by conceived pregnancy, which is confirmed by conducted

³⁹ This is also an especially important issue for criminal law, considering various felonies, e.g. unlawful termination of a pregnancy (article 97.), infanticide (93.), and so on.

⁴⁰ Article 26 of the Medically Assisted Reproduction Act, *Official Gazette*, No. 88/09 and 137/09.

⁴¹ This is pointed out by Prof. Dr. Sc. Hrvoje Vrčić from the Clinic for Gynaecology and Obstetrics in Petrova Street, based on an interview given to Z.K. and D.H., conducted for the purpose of research for this paper.

research.⁴² Complications and illnesses during pregnancy occur more often, there is a greater risk for the foetus due to a higher ratio of multiple pregnancies as consequence of infertility treatments and there is a higher ratio of premature deliveries by caesarean section. The pregnant women are at a higher risk, and they require increased monitoring.

These medical reasons⁴³ must be considered when choosing a model and a form of surrogate motherhood regulation.

2.4. Difficulties of surrogate motherhood from the medical and legal standpoints

The role of the physician is very important in providing medical assistance to infertile couples when they decide on surrogate motherhood as one of the reproduction methods. Situations where a physician does not know which is the correct way to proceed with counselling, due to a legal and ethical vacuum created by the speed of medical science development, should be prevented.⁴⁴

Law must provide answers to those questions and direct medical science in the right direction. Medical practice must be considered in that process and the questions posed by the advancement of the society must be answered.

If the Croatian society develops the awareness of surrogate motherhood as a "new" method of reproduction, detailed regulation of that process will be required, as well as the determination of the roles of physicians and other medical personnel (actual process of fertilisation, initial stage of the surrogacy agreement, monitoring of the pregnancy and childbirth, procedure after the final medical treatments, when making the decisions on childcare and the legal status of the child in the family, et.). Before the medical treatment itself, the physician is obliged to examine the medical condition of the surrogate mother and the infertile couple. The examination includes physical and psychological evaluation of the persons to determine if they are suitable for the treatment, but also to inform them about all the consequences and responsibilities that are proper to the surrogacy agreement.⁴⁵ The role of the physician is also important in monitoring the pregnancy of the surrogate mother, because

⁴² Smiljan Severinski, N., Mamula, O., Vlašić, H.: "Pregnancy and delivery outcome after assisted reproductive technology", *Medicine*, 43/2007, pp. 267-269

⁴³ Claims that can be stated by the authors, bachelors of law, but are necessary for an interdisciplinary approach to resolving the issue of surrogate motherhood, which is supported by the authors.

⁴⁴ Goldman, B.: "Infertility giving birth to new problems for doctors and lawyers", *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 138/1988.

⁴⁵ Rothenberg, K., *Surrogacy and the Health Care Professional*, in: Gostin, L., *Surrogate Motherhood, Politics and Privacy*, Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis, 1990, pp. 206-215.

they make the decisions on the care of the mother and the foetus. Conflicts of interest between the commissioning couple and the surrogate mother can occur, so the duty of the health care provider is to remain impartial and not to succumb to the pressure. To avoid such conflicts and help the physician make a health care decision, each side should receive medical care from different physicians.⁴⁶

Medical confidentiality as a basis for physician – patient relationship can result in difficulties when making decisions. Is the physician allowed to reveal information to the commissioning couple about the child that the surrogate mother is carrying for them, and to what extent? Most surrogacy agreements include limitations for the behaviour of the surrogate mother during pregnancy. Those limitations mostly prohibit consumption of cigarettes, alcohol or other narcotics, as well as prescribe regular visits to the physician for pregnancy monitoring. Does the physician's obligation to medical confidentiality apply in this case, or does a more important concern, preserving the life and wellbeing of others, in this case the foetus, justify the violation of the trust relationship? Moreover, the surrogacy agreement does not apply to the physician; it is only relevant for the surrogate mother and the commissioning couple.

The question whether the surrogate mother can have an abortion of someone else's child, in case she changes her mind, or is that decision also regulated by the agreement, causes major doubts. The answer was provided by the United States Supreme Court in its verdict in the case *Roe v Wade*⁴⁷, by pointing out that it is the constitutional right of a woman to make her own decisions about her body. Therefore, a woman cannot be deprived of the right to make decisions about her own body, even if she is carrying someone else's child, nor can she be forced to terminate the pregnancy, unless there are legitimate medical reasons to do so. A provision of the surrogacy agreement that would require the prohibition and/or obligation of terminating the pregnancy, would violate the Law on Health Care Measures for the Exercising of the Right to Free Decision-Making About Giving Birth⁴⁸, as well as the provisions of the Croatian Criminal Code that relate to the unlawful termination of pregnancy.⁴⁹

Regardless of all the ethical issues that may arise in such complicated surrogacy cases, the physician's final decision must be based on the professional principles and rules of medical practice, and on the best interests of the patients, primarily respect-

⁴⁶ Reilly D., Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers, Canadian Medical Association Journal, Vol.176/2007, pp. 483-485.

⁴⁷ 410 U.S. 113(1973).

⁴⁸ Article 18 of the Law on Health Care Measures for the Exercising of the Right to Free Decision-Making About Giving Birth.

⁴⁹ Article 97 of the Criminal Code.

ing the wishes of the patient in their care.⁵⁰ Of course the interest of the child must also be considered, i.e. they must be aware of the legal status of the child.

The birth of a child represents the successful outcome of the assisted reproduction methods. However, in the final stage there arises a problem of accepting the children that were born on the basis of the surrogacy agreement and have been diagnosed with illnesses, genetic malformations, or various handicaps. Does the commissioning couple wish a child to an extent that would make them accept a child that was born with a disability? The cases where such a child was rejected by the commissioning couple as well as the surrogate mother are common. Therefore, it is vital to conduct a psychological evaluation of the parents and inform them about all the possible outcomes of surrogate motherhood.⁵¹

Many medical methods today make it possible to overcome various obstacles in the procreation of the population, which eliminates evolutionary barriers and enables two infertile individuals, despite their inability to procreate, to have biological children of their own. Despite the natural cycle of eliminating the infertility gene, it is still being transferred to future generations that will practice their rights with help of medical science.⁵²

From the above stated, it necessarily follows that medical achievements require an appropriate legal and ethical support. However, before the medical and legal aspects of surrogate motherhood are regulated in detail, it is necessary to solve the controversial ethical issues. Regulating surrogacy must go beyond the medical and technical aspects and it must clearly define the legal nature of the surrogacy agreement, the allowed boundaries of surrogate motherhood as a form of reproduction, the legal family status of a child born on the basis of the agreement, clearly determine the responsibilities of all the parties involved in the surrogacy, and provide the penalties for breaching of the agreement.

⁵⁰ Article 2, Para.1 and 3 of the Code of Medical Ethics and Deontology, *Official Gazette*, 47/04, 55/08: "*The physician will respect the right of the patient, making the wellbeing of the patient their first and basic concern.*" "*They will respect the rights of well informed, mentally capable and aware patients to accept or reject an individual physician, or the suggested medical treatment. When a patient is incapable of making such a decision, their representative will make the decision, if the representative is not present and the decision cannot be delayed, the physician will use his/her judgement to apply the best possible treatment.*"

⁵¹ Such a model, with a thorough preparation of the commissioning couple and the surrogate mother, is in place in the Netherlands. For details see: Dermout S., Van den Wiel H., Heintz P., Jansen K., Ankum W., *Non Commercial Surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy*, from 1997-2004, *Human Reproduction*, Vol.25/2010, pp. 443-449.

⁵² Pointed out by prof. dr. sc. Ana Borovečki, professor at the Faculty of Medicine of the University of Zagreb, based on an interview conducted for the purpose of research for this paper.

3. Surrogate motherhood from the ethical standpoint

Almost incredible progress has been made regarding help provided to couples struggling with infertility; in vitro fertilisation, which only a few decades ago was a mere idea and experiment with mostly unsuccessful outcome, is a routine procedure today, and commonly the only option left for future parents in realizing their desire for descendants.

However, it is important to investigate the other side of medical progress, especially from the ethical standpoint. In this chapter we will analyse in vitro fertilisation from the ethical point of view, bearing in mind that assisted human reproduction is the instrument of surrogacy, but also the very notion of the ethics of surrogacy will be examined as well.

3.1. Nature of in vitro fertilisation from the ethical standpoint

Ethical controversies arising from medically assisted reproduction must be analyzed because the surrogate motherhood is also realized in this way. Especially when dealing with embryo manipulation, clear answers have to be given to questions such as, when does the human life begin, is it possible to freeze the sex cells or the embryos, is their transfer into the mother or into the surrogate mother allowed and until when? Our citizens view medically assisted reproduction as being justified and acceptable way of procreation.⁵³ Catholic ethics, however, views this issue from a different angle and basically does not justify any medical intervention in the human procreation process.⁵⁴ Namely, in the procedure of in vitro fertilisation sexual intercourse is being substituted, which is the result of the notion that "*the birth is the result of a specific marital act of love between spouses.*"⁵⁵

Criticism of in vitro fertilisation methods goes even to the argument that the human life created in the process of medically assisted reproduction is called "the fruit of labo-

⁵³ Results of the research project *Christian Identity and the Quality of Married and Family Life* conducted by Suzana Vuletić (p.232) show that 75.5% of examinees accept medically assisted reproduction in the case of infertility of a partner (sample of 1200 examinees).

⁵⁴ Ibid: "*The church understands the grief of infertile couples and understands their desire to have offspring, but this wish alone cannot justify the 'production' of offspring when 'ordered', through the services of 'almighty reproductive medicine'. This medicine enables the process of human birth to be bureaucratised, thus treating human life as a product or a result of technical operation.*" - p.238.

⁵⁵ Vuletić, S., Moral evaluation of research of the value dimensions of sexuality and related issues of marital and family life, p.239. This view is shared by Antun Lisec (in the article in Croatian Focus, http://www.hrvatski-fokus.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=727:crkva-zabranjuje-umjetne-oplodnje&catid=14:drustvo&Itemid=24), Ivan Kešina ("Ethical and moral aspects of human procreation"), pope Pius XII (4th International Congress of Catholic Doctors), pope John XXIII (Encyclical "Mater et Magistra"), pope Paul VI (Encyclical "Humanae Vitae"), and Tonči Matulić ("Human life- Endangered Value").

ratory fabrication"⁵⁶, because apart from the fact that the child born with the help of in vitro fertilisation is not the fruit of sexual intercourse between its parents, its conception and birth involve third parties, primarily in vitro fertilisation specialists.

While we face, on the one hand, the restrictive attitudes of the clergy, on the other hand, there is a medical-ethical group of experts who argue that IVF is justified from a medical point of view. This opinion is shared by Peter Singer, founder of Human Bioethics Centre, the first Australian research centre dedicated to bioethics. Singer and Deana Wells support the view⁵⁷ that the IVF method providing embryo freezing must be ethically justified for purely medical reasons. Namely, due to possible bleeding of the woman subjected to the medically assisted reproduction procedure, implantation of the embryo will not be possible. If embryo freezing is prohibited in a certain state, the patient will have to undergo a further laparoscopy every time, and the later laparoscopies may not produce genetic material as satisfactory as the first. Thus, the question arises: isn't the prohibition of embryo freezing, currently in force in Croatia, completely discouraging for couples who have no other choice apart from medically assisted reproduction if they want to become parents?

3.3. (Un)ethical aspect of surrogate motherhood

In the introduction of the ethical section on surrogate motherhood, its controversy has been pointed out, not only regarding the methods, but also due to its very nature. Views are listed that surrogate motherhood is actually a child purchase which devalues human life. On top of that, the relation between the surrogate mother and her biological child remains unclear, as well as her role in the child's future life. Some scholars argue that the traditional family concept is being lost (marriage is violated, i.e. the relationship between the surrogate mother and her partner, but also the commissioning couple, particularly in the case of the traditional surrogate motherhood, where the child genetically belongs to surrogate mother and commissioning father and has no biological connection with the lawful wife of its biological father). There are also views that it is ethically and naturally unacceptable for a woman to give birth to a child in order to surrender it to other people. These questions, among others, demand answers not only from ethicists, but the society in general.

⁵⁶ Matulić, T., Human life – Endangered Value, Theological Review, 2001, p. 427; This term is also mentioned by other authors (D. Tettamanzi, P. Ramsey).

⁵⁷ Singer, P. and Wells, D., In vitro fertilisation – the major issues, Journal of Medical Ethics, Vol. 9/1983, pp. 192-195.

The encyclical of Pope John Paul II dedicated to biomedical research and reproductive techniques⁵⁸ contains several sentences on surrogate motherhood which clearly stress the unethical aspect of that practice.⁵⁹ The encyclical states that a child born with the help of medically assisted reproductive method finds its identity much harder, because its birth is beyond the scope of marriage, and its relationship with the parents is unclear.⁶⁰

Ana Borovečki, views surrogate motherhood as "genetic primitivism", because human beings exhibit inherent consciousness of parentage prolongation and a desire for creating offspring, which marginalizes the possibility of adoption since infertile couples use it as a last option, only when IVF and surrogate motherhood have no results.⁶¹

One of the major issues regarding surrogate motherhood is certainly the financial compensation⁶², i.e. the payment of a certain amount of money to the surrogate mother for the service of carrying the child in the womb. It has been pointed out that it is ethically unacceptable that a child becomes the result of market economy mechanism. Child is born not as a wish of the surrogate mother, but to achieve a financial gain. Bhimji⁶³ finds a counter-thesis to this view and points out that it does not matter whether the surrogate mother expects the child with love or not, as long as there is a couple who wants nothing more than to be a parent to this child and loves it from the moment of conception.⁶⁴

Bhimji draws a very interesting comparison between surrogate motherhood and adoption, stating that the effect of close bond between the surrogate mother and her biological child is often being neglected and that we do not discuss possible trauma of the mother giving her child away to the adopters. Bhimji, namely, claims that the emotional bond between the biological mother and the child is extremely strong and that surrogate motherhood is unnatural and immoral because it violently "breaks" that bond. But isn't the situation basically the same, where the mother

⁵⁸ *Donum vitae* – Instruction on respect for human life in its origin and on the dignity of procreation, February 22 1987.

⁵⁹ "Surrogate motherhood is an objective mistake with regard to obligations of motherly love, marital fidelity and responsible motherhood; it insults dignity and the right of a child to be conceived, borne, born and raised by its parents." - pointed out by Ivan Kešina in the article *Ethical and moral aspects of human procreation*, Part 1, Vol.31/1996, No.3, p.142.

⁶⁰ "A child has the right to be conceived, carried in the womb, brought into the world, and brought up within marriage: it is through the secure and recognised relationship to his own parents that the child can discover his own identity and achieve his own proper human development." - *Encyclical Donum vitae*, Pope John Paul II.

⁶¹ Opinion given during the interview by A. Borovečki to the authors D.H. and Z.K.

⁶² Commercial surrogate motherhood.

⁶³ Bhimji, S., *Womb for rent: ethical aspects of surrogate motherhood*, CMAI, Vol. 137/1987.

⁶⁴ *Ibid.* p. 1134- "Why is it wrong if the surrogate mother does not desire a child for its own sake, when a couple is waiting eagerly to be its parents?"

gives a birth to a child, and for whichever reason, does not want the child and gives it for adoption? Is this not the violent "breaking" of the bond as well? Finally, why is only one of these two situations subject to criticism, i.e. surrogate motherhood, while adoption is legally regulated throughout the world?⁶⁵

3.4. Conclusions on bioethics and surrogate motherhood

It should be emphasized that the values of bioethics are indispensable for interdisciplinary study of issues resulting from advances in medicine. However, these values change with time and ask for new answers. Ethics, therefore, is not static, but dynamic and it changes through time, varies, it is not final. Thus something which is controversial and ethically unacceptable today may be justified and accepted in the future. On the other hand, ethics is neither universal nor equal in all parts of the world. We even do not use the exact terms that are identical everywhere, but rather, there are various views and opinions that differ from state to state. In spite of these differences, there is a consensus about certain issues. That is also the case here.

The goal of this chapter is to point to some important bioethical dilemmas, and to try to encourage resolution of these dilemmas, rather than to promote concrete attitudes regarding controversial bioethical elements of surrogate motherhood. Serious, methodical and multidisciplinary approach to the issue is the first and basic step we have to take when approaching the surrogate motherhood analysis, bearing in mind that it is impossible to create perfectly clear and uncontroversial view of the whole issue. The achievement of complete ethical quality and moral acceptability of a phenomenon that occurs in reality is an impossible goal, but one should strive to maintain obscurity and controversy reduced to the lowest possible minimum.

4. Family relations and surrogate motherhood

There is no doubt that the regulation of surrogate motherhood in a state results in changes in the area of family law. Namely, technological changes regarding human reproduction have introduced new forms of medically assisted reproduction, which created a threat to the notion of traditional family. Thus, it is necessary for the child

⁶⁵ " To date, little research has been done of the psychological and emotional bonds that tie a child his "birth-giving" mother and the trauma that could follow separation. If we continue to permit adoption, however, we can hardly ban surrogacy on this ground" - Shamir B., Womb for rent: ethical aspects of surrogate motherhood, CMAI, Vol. 137/1987, p. 1134.

to know its biological origin⁶⁶ and to be provided parental care,⁶⁷ as it is with the adopted child, who is entitled to know its origin by law.⁶⁸ For this particular reason, the standards regulating parentage recognition or denial and its presumptions must be clearly defined, and their change has to be handled with utmost care.

In further text, the issue and the complexity of the relationship between the parties that are directly or indirectly involved in surrogate motherhood will be explained. Also, the views of the European Council on surrogate motherhood are introduced, together with the necessary legislative changes regarding family law in Croatia.

Surrogate motherhood creates a multitude of complex human relations, which makes it the most complicated way of reproduction. Depending on the type of surrogate motherhood, number of individuals involved in the surrogate agreement can include up to five directly involved persons. This creates a relationship between a surrogate mother and a commissioning couple, a relationship between a surrogate mother and her partner, a relationship between a commissioning man and a woman, as well as their bond with the child born under the agreement. Apart from the individuals directly involved in this process, there are other persons indirectly involved in these newly created relations. These include the children of the surrogate mother, the family of the surrogate mother and the commissioning couple, friends and acquaintances also affected by surrogate motherhood although not directly involved. On top of that, the regulation of surrogate motherhood could have negative consequences on the relationship between the woman and her employer, because the employer could encourage the employees to use surrogate motherhood if they want to keep their job, so that they do not need to use sick leave, maternity leave and/or parental leave. Employers could even give their employees additional health insurance which would cover surrogate motherhood expenses, and these would likely be lower than sick leave or maternity/parental leave expenses, in which the employers certainly see their interest.⁶⁹

⁶⁶ The right to know the truth about biological origin is stressed by Dubravka Hrabar in Legal scope of medical insemination in Croatia, Collected Papers of Zagreb Law Faculty, Vol.60/2010, pp.415-442.

⁶⁷ Article 7, Paragraph 1 of the UN Convention on Child rights (1989): "The child shall be registered immediately after birth and shall have the right from birth to a name, the right to acquire a nationality, and, as far as possible, the right to know and be cared for by his or her parents."

⁶⁸ Article 124, Paragraphs 1 & 2 of the Family Law Act, Official Gazette No. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07- "During the adoption procedure, Centre for Social Welfare will introduce the adopters to the child's right to know it has been adopted. The Centre for Social Welfare advises the parents to tell the child it was adopted by the time it is 7 years old at the latest, and if it is older, immediately after the adoption process."

⁶⁹ Field, M., Surrogate motherhood – the legal and moral issues, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London, England, 1990, pp.30-31.

4.1. Principles of regulating family-law issues regarding surrogate motherhood

The Council of Europe's ad hoc Committee of experts on family law has conceived in 2006 the so-called "White Paper" – a document defining the principles of parental law to be used as guidelines for Member states.⁷⁰

The Committee has stressed that the child's best interests should be of paramount importance for the interpretation of the following principles.⁷¹ The provision states that in the child's best interests is to establish parentage from the moment of the birth, and to give stability over time to the established parentage.

Furthermore, one of the provisions of the White Paper states that the aim of every state is to create a balance between the so-called "biological truth", i.e. genetic or biological parentage, and the "social parenthood", which defines with whom the child is living and who is taking care of him/her.⁷² In our view, the balance, in the case of the child born by the surrogate mother, is created by the commissioning couple, because they are obliged to take care of the child and fulfill the role of "social parents", while being biological parents at the same time (i.e. at least the father).

The Council of Europe's ad hoc Committee of experts on family law acknowledges the existence of surrogate motherhood legislation in some European states⁷³ and suggests concrete models of defining key issues regarding parental rights transfer. The Committee stresses that the main principle of the transfer of legal parentage from the surrogate mother to the commissioning couple must remain in the best interests of the child. The White Book states the following provisions regarding surrogate motherhood which are to be acknowledged by the States, if they decide to regulate it:

- a) Every contract between the surrogate mother and the person or the commissioning couple for whom she carried the child shall be unenforceable.
- b) However, States may, in exceptional cases fixed by their national law, provide, while duly respecting paragraph a) of this principle, that a physician or an establishment may proceed to the fertilisation of a surrogate mother by artificial procreation techniques, provided that:

⁷⁰ Report on principles concerning the establishment and legal consequences of parentage- "The White Paper", Strasbourg, 2006.

⁷¹ Subsection 9 of the EC White Paper: "*For the interpretation and application of the following principles, the best interests of the child should be the paramount consideration. In this respect, it should be underlined that it is in the best interests of the child, first of all, to establish parentage as from the moment of the birth and, secondly, to give stability over time to the established parentage.*" The importance of the child's best interests is stressed in the European Convention on the Exercise of Children's Rights of the Council of Europe and the United Nations Convention on the Rights of the Child

⁷² Subsection 11 of the EC White Paper.

⁷³ e.g. United Kingdom, the Netherlands, Belgium, Finland.

- b.1. the surrogate mother obtains no material benefit from the operation;
- b.2. the surrogate mother has the choice of keeping the child at birth.

In relation to this, the Committee states that any contract involving the birth of the child and the obligation of giving the child to another person does not affect the presumption of motherhood, nor the parental rights of the surrogate mother at the moment of the child's birth.⁷⁴ This provision is needed because it is necessary for the child to have at least one certain parent at the moment of birth.

The provisions allowing altruistic surrogate motherhood (not commercial one), and the possibility of keeping the child by the surrogate mother acknowledge the tendencies of surrogate motherhood legislation in most states. These provisions follow the best interests of the child which will be fulfilled firstly if the child is given to the commissioning couple, and consequently if it is kept by the surrogate mother, because at least one parent is ensured to the child.

4.2. Presumption of motherhood in the context of surrogate motherhood

According to current provisions regulating the presumption of motherhood⁷⁵ in the Family Law Act⁷⁶, the surrogate mother should be considered the legitimate mother of the child, even though she has no biological connection with a child.⁷⁷ Presumption of motherhood should, in our opinion, remain unchanged, but similar to special provisions that regulate parentage of the child conceived with medical help, it should provide for special regulation of the commissioning couple's parentage in the Family Law, when a child's conception and birth are based on the surrogate motherhood agreement. The presumption of fatherhood⁷⁸ should also remain intact in the cases where the surrogate mother is married. Changes to the Family Law Act should foresee, beside adoption, another form of parental right transfer in cases of surrogate motherhood, where the final decision should be made by the court (with consent of the surrogate mother) in order to ensure that such an agreement is in the best interest of the child. Based on this, the law should allow the entry of the commissioning couple as legal parents in the registry of births.

⁷⁴ Subsection 14 of the EC White Paper

⁷⁵ Article 53 of the Family Law Act, *Official Gazette* No.116/03, 17/04, 136/04, 107/07.

⁷⁶ *Official Gazette* No. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07.

⁷⁷ Alinčić, M., Bakarić-Abramović, A., Hrabar, D., Jakovac-Lozić, D., Korać, A., Family Law, *Official Gazette*, Zagreb, 2001, p.221

⁷⁸ Article 54 of the Family Law Act, *Official Gazette*, No. 116/03, 17/04, 136/04, 107/07.

5. Legislation of surrogate motherhood – government models

Surrogate motherhood legislation is a complex issue. Namely, it should take into consideration the current achievements in medicine regarding reproductive techniques and the contemporary practice which is applied in this area, but it should also be coherent with the ethical aspects of the matter in question. In other words, the law should play neither a revolutionary nor a reactionary part, but this area should be cautiously regulated, after carefully examining all aspects of the issue in the scope of socially acceptable behaviour.⁷⁹ The least acceptable solution is to ignore the development of the methods of reproduction, especially if they are allowed in a growing number of states.⁸⁰

5.1. Framework models of surrogate motherhood legislation

*a) The Luxury Model*⁸¹

One of possible approaches to surrogate motherhood legislation is the model by which this form of human reproduction is conducted according to market mechanisms, under the same principles as purchasing and selling of luxury goods. However, due to the moral implications of the commercial form of surrogate motherhood,⁸² as well as the specific requirements of surrogacy agreement, we consider this model to be entirely unacceptable as the starting point for regulation of this method.

*b) The Cocaine Model*⁸³

One of the possibilities for the legislator to choose is the prohibition of surrogate motherhood. But very often, this leads to the transfer of this form of reproduction to the "underground" or black market.⁸⁴ No matter what the legislation of a certain state may be, couples who really want a biological child will go to another state which has legally regulated the surrogate motherhood and do all necessary medical procedures there. Therefore, it remains questionable whether the prohibition of surrogate motherhood would indeed stop this practice. Quite the contrary, it could

⁷⁹ Winslade, W., Surrogate motherhood: private right or public wrong, *Journal of medical ethics*, Vol. 7/1981, p.153

⁸⁰ The public is often influenced by newspaper articles, e.g. It is forbidden in our country: Goran i Ivana Višnjic are first well-known Croats whose child was borne by a surrogate mother. *Morning Newspaper*, July 13, 2011.

⁸¹ The luxury model – the title was used by Spar, D., in the book *The Baby Business: How Money, Science and Politics Drive the Commerce of Conception*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006, pp. 217-224.

⁸² See section 5.5.1. Legal nature of surrogate motherhood agreement

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Ibid.*

lead to the increased human trafficking (i.e. in surrogate mothers), as we have discussed earlier.

c) *The Kidney Model*⁸⁵

The third option would be to subject the surrogate mother reproduction under the organ donor regulations⁸⁶, i.e. organ donation and transplantation are regulated by special acts of law.⁸⁷ Namely, most states prohibit human organ sale.⁸⁸ The same should apply for commercial surrogate motherhood, which would be allowed only if it does not include financial reimbursement.⁸⁹ This model is based primarily on the hierarchy regarding the severity of medical problems, instead of free market mechanism. Advantage would be given to those couples who have major reproductive health issues and who most likely have no other way of getting a biological child but with the help of a surrogate mother.

5.2. Overview of comparative analysis of surrogate motherhood legislation

Legislative regulation of surrogacy differs in countries that consider it legally permitted. Analysis of the basic models of surrogate motherhood legislation with respect to reproductive health is given in order to examine the possible development paths of its legislation in Croatia, of course, should the need for introducing new ways of procreation, i.e. realisation of the procreative liberty rights⁹⁰ due to initiative of public opinion and the general debate arise.

5.2.1. Prohibition of surrogate motherhood

This approach to surrogate motherhood regulation means its complete prohibition, or alternatively the prohibition of only specific form of surrogate motherhood. Most commonly the commercial surrogate motherhood is prohibited due to previously

⁸⁵ The kidney model – the title was used by Spar, D., in the book *The Baby Business: How Money, Science, and Politics Drive the Commerce of Conception*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006, pp.217-224.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ In Croatia, the law in question is the Act of Conditions for Removal and Transplantation of Human Body Parts for Therapeutic Purposes, *Official Gazette*, No. 177/04, 45/09.

⁸⁸ Human organ sale, as well as human trafficking, is forbidden in Croatia, as proscribed in the Articles 242 and 175 of Criminal Law Act, *Official Gazette* No. 110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 190/03, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/0.

⁸⁹ For more on acceptable reimbursements for donated organs see in Roksandić, S., *ibid*, pp. 125 - 126

⁹⁰ On the difference between *claim rights* and *liberty rights* see Robertson A. John, *Children of Choice: Freedom and the New Reproductive Technologies*, Princeton University Press, 1994.

mentioned moral dilemmas, as it is in the United Kingdom,⁹¹ Canada⁹² and Australia. The prohibition usually proscribes sanctions should the surrogate motherhood agreement be closed, implemented or enabled.⁹³ Croatian legislator has opted for the prohibitive approach to surrogate motherhood (Medically Assisted Reproduction Act),⁹⁴ ensuring offence provisions⁹⁵ if Article 24 of the Act is not followed. Whether a state opts for regulation of surrogate motherhood with the exclusive banning of this form of reproduction, will depend on the interest that is more predominant in the society.

5.2.2. Non-legislation of surrogate motherhood

Another possible legislative solution in the regulation of surrogate motherhood is not to legislate it. This solution represents a dominant attitude in states, which with non-regulation of surrogacy, give passive resistance to this reproduction method. This view originates from fear that the legislation of surrogate motherhood would give the official encouragement to accept the same. States deny their support to surrogate motherhood by not implementing the agreement on the one hand, and through the absence of specific rules regarding parental responsibility transfer in this context on the other hand.⁹⁶ This method of non-regulation is adopted in certain parts of the USA,⁹⁷ New Zealand and Ireland.⁹⁸

5.2.3. Legislation of surrogate motherhood

Further approach requires a detailed legislation of surrogate motherhood proscribing legal limitations when closing and implementing surrogate motherhood agreements. These limitations mostly include age, marital status, and physical and psychological suitability of the commissioning couple, but certain limitations are imposed to the woman wishing to become a mother as well as the surrogate mother.

⁹¹ Surrogacy Arrangements Act (1985). We can say that this is in fact the legislation of surrogate motherhood in the UK. The amended Human Fertilisation and Embryology Act (1990) also regulates this issue.

⁹² The Assisted Human Reproduction Act (2004)

⁹³ Cook, R., Day Sclater, S., Kaganas, F.: *Surrogate Motherhood: International perspectives*, Hart publishing, Oxford – Portland Oregon, 2003, p.24.

⁹⁴ *Official Gazette* No. 88/09 and 137/09.

⁹⁵ Article 50: " Legal entity shall be fined in the amount from 70.000,00 to 250.000,00 kn if: (...) 18. requests or offers women for bearing a child for a third party, or contracts, i.e. performs medical fertilisation for third parties or if the child born after the fertilization is given away (Article 24 Section 1&2)..."

⁹⁶ Cook, R., Day Sclater, S., Kaganas, F.: *Surrogate Motherhood: International perspectives*, Hart publishing, Oxford – Portland Oregon, 2003, p.23.

⁹⁷ e.g. New Jersey, Arizona, New York, Michigan.

⁹⁸ Scott Skills, E., Healy, C., *Building Irish Families Through Surrogacy: Medical and Judicial Issues for the Advanced Reproductive Technologies*, *Reproductive health*, Vol.5/2008.

Laws allowing surrogate motherhood create model legislative forms which are formally similar to adoption. Similar solutions are adopted by the United Kingdom, states of Virginia, Florida, New Hampshire, and Israel.

5.2.4. Freedom of contracting surrogate motherhood

The final approach permits the parties to freely determine rights and obligations resulting from the surrogate motherhood agreement. These regulations do not require the licence issued by the competent authorities regarding surrogate motherhood application, but certain guidelines are provided containing requirements to be met by both contracting parties. However, certain systems, which most liberally prescribe surrogate motherhood, predict legal limitations in order to protect the rights of those involved in these agreements. Apparently, this approach significantly reduces the authorities of the state to interfere in private relationships of individuals, but almost unconditionally encourages the implementation of agreements made under the rules of free market mechanism.

5.3. Legislative suggestions for surrogate motherhood in the Republic of Croatia

In case the attitude of the Croatian legislator would change by accepting surrogate motherhood as a new way to create a family, we consider that the prohibitive approach in the regulation of surrogate motherhood should be replaced with the acceptance of the detailed legislative regulation model. Based on the comparative analysis of the various systems that legislatively regulate surrogate motherhood, we consider that the Dutch model of non-commercial surrogate motherhood⁹⁹ should be accepted and adjusted to fit the Croatian legal system.

5.3.1. The Dutch model of surrogate motherhood

The Dutch model of surrogate motherhood was created as a result of a pilot project that was conducted in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy in the period from 1997 to 2004 under strictly determined parameters.¹⁰⁰ A successfully conducted research led to the conclusion that accepting altruistic surrogate motherhood¹⁰¹ under strictly defined conditions can result in very satisfactory outcomes for the commis-

⁹⁹ Dermout, S., Van den Wiel, H., Heintz, P., Jansen, K., Ankum, W., Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997-2004, *Human Reproduction*, Vol. 25/2010, pp. 443-449

¹⁰⁰ *IVF Regulation Statement* was promoted in 1997. It enables altruistic surrogate motherhood in the Netherlands; however, a specific regulation for transfer of parental rights in cases of surrogacy was not introduced as part of the Dutch family law.

¹⁰¹ Commercial surrogacy was introduced as a violation, Article 151b, *Dutch Criminal Code*

sioning couple, as well as for the surrogate mother. The key element of success was extensive screening of the parties in all aspects of surrogate motherhood – medical, psychological and legal.

Strict guidelines for implementing surrogate motherhood are provided by the Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology¹⁰² under which the IVF clinics determine protocols for approaching surrogate motherhood. The conditions that must be met are as follows: there must be a medical reason for surrogate motherhood (a woman will be considered a suitable candidate if she cannot carry a pregnancy to term on her own due to an absence of functional uterus, or pregnancy would represent a life-threatening risk or a health risk for the woman), a woman that wishes to be accepted as a surrogate mother must be healthy, without complicated obstetric history, it is required that the woman had already given birth to at least one child, that she had normal pregnancies and all the participants must be adequately informed about the procedure.

5.3.2. The successful outcome of the surrogate motherhood project in the Netherlands

Out of the five hundred candidates that applied for surrogate motherhood, after all the tests were completed, 24 couples eventually went through a surrogate motherhood procedure, and as a result 16 children were born, 7 boys and 9 girls, and 11 women who completed IVF programme did not conceive a child. All the children were born healthy, except for one girl who was born with severe congenital malformations. It is important to point out that all the children were adopted according to the designed legal procedure and there were no problems with accepting the child that was born with malformations. The reason for such a successful outcome of the Dutch project is the thorough and intensive screening programme which prepared the parents for the possibility that the children that will be born may have certain handicaps.

Based on the above, we conclude that approving altruistic surrogate motherhood can fulfill the wishes of the commissioning couple in many ways, but it can also help the surrogate mother, who realises her altruistic impulse in this way. If surrogate motherhood is to be enabled in the altruistic form, in centres specifically designed for such a purpose, as the last instance of the infertility treatments, it will prevent couples from going to other countries to become parents, or down illegal paths.

The Dutch model demonstrated that detailed regulation of the surrogacy process and its adequate implementation in practice can satisfy the needs of individuals and

¹⁰² VONK, M., *Maternity for Another: A Double Dutch Approach*, *Electronic Journal of Comparative Law*, Vol. 14.3/2010.

preserve the public interest. Because of this reasons we consider that precise regulation of surrogate motherhood in Croatia, primarily by changing Medically Assisted Reproduction Act and the Family Law Act, would be a satisfactory solution for further and more comprehensive infertility treatment.

5.4. Surrogacy agreement

Even though the transfer of parental rights, unless the surrogate mother changes her mind and decides to keep the child, should be based on a court decision, an agreement between the surrogate mother and the commissioning couple would be necessary. This agreement would thoroughly arrange the details of the surrogate mother's pregnancy, the necessary expenses that would be compensated to the surrogate mother and similar. The purpose of these agreements is to determine the obligations of the parties, i.e. of the surrogate mother and the commissioning couple.

5.5. Conclusion on the legal aspect of surrogate mother

The legislative regulation of surrogate motherhood, as we have seen in this chapter, is not an easy task for a legislator. The complexity of social relations and inability of the law to be pragmatic in such situations are the main reasons that discourage a country from taking such an initiative. Experts from the Association Roda¹⁰³ (Stork) are of the same opinion; they believe that there is no significant ethical controversy in altruistic surrogate motherhood, but the only problem is how to legally cover all the situations that could escalate when it comes to surrogate motherhood. The Association considers surrogate motherhood to be "of equal value and of equal ethical standing as all other medical infertility treatments that are widely used, if it is not abused. But the risk of abuse should be acceptable, with adequate legislative regulation." The experts add that "any assistance to the citizens in realising their reproductive rights is necessary and it is an obligation of the state to provide it."¹⁰⁴

The Association Roda also points out that there is a need for such a method of reproduction in the Republic of Croatia, however, as long as our country does not allow standard medical procedures in the field of human reproduction (such as freezing of the embryos and the fertilisation of more than three egg cells), a discussion on the possibility of regulating this method of procreation would put a stop to the entire, already overly restrictive regulation of other medically assisted reproduction procedures.¹⁰⁵

¹⁰³ Opinions of the experts from the NGO Roda (Parents in Action) were collected in an interview conducted by the authors D.H. and Z.K. as part of the research for this paper.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Ibid.

6. Conclusion

In contemporary times there are various methods of reproduction accessible to couples struggling with infertility. A very complex and often inaccessible way of becoming a parent is with the help of a surrogate mother, although this method has been used since ancient times. We can say that one of the first recorded cases of surrogate motherhood was mentioned in the Bible,¹⁰⁶ e.g. the maid of Sarah and Abraham gave birth to their child. The mentioned case represents an example of a partial surrogate motherhood, where only the father of the commissioning couple is genetically bound to the child and the surrogate mother is also the biological mother of the child. However, the fast development of medical techniques enabled a different kind of surrogacy, which is called full surrogacy, where both a woman and a man of the commissioning couple are the biological parents of a child and the surrogate mother is only a mediator in obtaining the child. Due to the complexity and the unexplored areas of this matter, it is necessary to examine every aspect of surrogate motherhood, primarily, medical, ethical and legal aspect.

The bioethical dilemmas that accompany the surrogate motherhood are, on the one hand, those regarding the technique used to realize it, namely, medically assisted reproduction methods, and on the other hand, those related to the very essence of surrogacy. The assisted reproduction techniques violate the natural course of obtaining offspring because they exclude the act of love, i.e. of (extra)marital union. The whole process is of mechanical nature since it comes down to the involvement of the physician in the reproduction of married couples. Above that, surrogacy is, according to the opinion of some ethicists, in its essence controversial, because the goal of carrying a child is only to surrender it to the commissioning couple. Besides, the "genetic primitivism" of couples is criticised, because they insist on having a child with whom they are genetically related. Our opinion is that these ethical controversies could be clarified in a public discussion, which would precede a possible regulation of surrogate motherhood, but only of its altruistic form, whereas the commercial surrogate motherhood, i.e. paying the surrogate mother for carrying the child, should be prohibited, or in the case of the Republic of Croatia, remain prohibited.

Surrogate motherhood leads to the complexity of relationships of the people involved in it; therefore it is important, before concluding an agreement on surrogate motherhood, to explain the possible complications of the procedure to all who are involved, to inform them of the positive and negative sides of it, to let them know what their rights and responsibilities are, to prepare them for possible outcomes of

¹⁰⁶ The Bible, Old Testament, The Pentateuch, The Book of Genesis, The Beginning of God's Chosen People: The Birth of Ishmael (16,1-16,15) and Jacob's Wife (30,1-30,13).

the process, even for undesired ones. In order to achieve this, everyone involved is subjected to tests and psychological evaluations, which should be necessarily introduced in the regulation of surrogacy. In the centre of these complex relationships is a child. Since it is unable to care about its own rights, it is important even before the conception to protect the child's best interests. The best interests of the child include the care of physical and mental health, the right of the child to know its biological origin, and to ensure its future by providing the necessary parental care. If there should be a conflict between the surrogate mother and the commissioning couple, in case the surrogate mother wants to keep the child, the court should decide in the child's best interest. Therefore, the legislative regulation of surrogate motherhood has to anticipate the emergence of such conflicts, taking into account the recommendations of the Council of Europe, whose postulate is always the best interest of the child.

Some countries which have regulated surrogate motherhood within their legislation are the United Kingdom, Israel, the Ukraine, some of the federal states in the USA (e.g. Virginia, New Hampshire and Florida), Australia, India, the Netherlands, etc. However, the legislative solutions are different in many ways. Based on the comparative analysis of various systems we have come to the conclusion that the Dutch model of surrogate motherhood would be the most appropriate one for regulation in the Republic of Croatia. Related to this, the normative changes that should take place in the Croatian legislation should first and foremost involve the Medically Assisted Reproduction Act and the Family Law Act. The Medically Assisted Reproduction Act currently prohibits any kind of surrogate motherhood; therefore, its amendments should focus on allowing an altruistic form, with a strict prohibition of the commercial form of surrogate motherhood. The regulation should include the whole process of surrogacy, including the time before and after the child birth. On the other hand, the amendments to the Family Law Act would not change the presumption of motherhood, i.e. the woman who gives birth to a child (surrogate mother) would still be the legal mother of the child. Nevertheless, the Family Law Act should introduce another possibility of parental rights transfer, other than adoption, in the case when the commissioning couple receives a child with the help of surrogate mother. Such a legal provision would represent the basis of transferring parental rights from the surrogate mother to the commissioning couple based on the court decision, which should be aimed at, because of the inevitable control and protection of the child's rights.

The Family Law Act should also foresee the possibility of concluding an agreement on surrogacy between the surrogate mother and the commissioning couple. The aim of an agreement would not be the transfer of parental rights, since that should oc-

cur, as we said, on the ground of a court decision. Its purpose should be to enable the agreeing parties to pass through the entire process successfully, with as little difficulties and obstacles as possible. Therefore, the agreement should regulate the details of the conception, the pregnancy and the delivery of the child.

This paper shows that it is possible to regulate surrogate motherhood in the Republic of Croatia if the need for it occurs over the course of time. The paper provides only the framework proposals for the changes that should take place; namely, it determines the principal direction in which the legislator should go. If it comes to the regulation, it should be as precise and accurate as possible, with the aim to minimize the misuse of this procedure. We emphasize that the goal of a normative surrogate motherhood regulation should be, in our opinion, the introduction of a possibility of having their own biological descendant only for those couples who represent a medical case when no other option exists for them to receive their own descendant. Furthermore, we emphasize that only the altruistic form should be allowed and not the commercial one, which is pursuant to legislative solutions in other countries and to recommendations of international organizations. A complete, precise, professional and interdisciplinary discussion should definitely precede a possible regulation, where, with a lot of precaution, all the integral parts of surrogate motherhood should be critically discussed.

Avoidance of legislative regulation of this topic, if it becomes widely accepted in other countries, leads to legal insecurity and causes misuse of surrogate mothers,¹⁰⁷ as well as of the commissioning couple that is vulnerable and subject to influences, which in the end is not in the best interests of the child to be born.

Prevela s hrvatskog **Tajana Tomak**, prof.

REFERENCES

a) Books and articles

1. Alinčić M., Bakarić-Abramović A., Hrabar D., Jakovac-Lozić D., Korać A., *The Family Law*, Official Gazette, Zagreb, 2001.
2. Bhimji, S., *Womb for rent: ethical aspects of surrogate motherhood*, Canadian Medical Association Journal, Vol.137/1987.

¹⁰⁷ In extreme cases even to human trafficking to use them as surrogate mothers.

3. The Bible, Old Testament, The Pentateuch, The Book of Genesis, The Beginning of God's Chosen People: The Birth of Ishmael (16,1-16,15) and Jacob's Wife (30,1-30,13).
4. Cook, R., Day Sclater, S., Kaganas, F.: *Surrogate Motherhood: International perspectives*, Hart publishing, Oxford – Portland Oregon, 2003.
5. Davies, I., *Contracts to bear children*, Journal of Medical Ethics, Vol. 11/1985.
6. Dermout S., Van den Wiel H., Heintz P., Jansen K., Ankum W., *Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997-2004*, Human Reproduction, Vol. 25/2010.
7. Dickens, B. M., Cook, R. J., Kismodi, E., Reproductive health – Case studies with ethical commentary, The UNESCO Chair in Bioethics Office, 2006, Case No. 25.
8. Field, M. A., *Surrogate Motherhood – the legal and human issues*, expanded edition, Harvard University Press, Boston, Massachusetts, 1990.
9. Goldman, B., *Infertility giving birth to new problems for doctors and lawyers*, Canadian Medical Association Journal, Vol. 138/1988.
10. Gostin L. (ed.), *Surrogate Motherhood, Politics and Privacy*, Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis, 1990.
11. Hrabar, D., *Legal scope of medical insemination in Croatia*, Collected Papers of Zagreb Law Faculty, Vol. 60/2010.
12. John Paul II: Encyclical *Donum vitae*, 22. February 1987.
13. Kešina, I., *Ethical and moral aspects of human procreation, Part I*, Church in the World, Vol. 31/1996, No. 3.
14. Matulić, T., *Human life – Endangered Value*, Theological Review, Vol. 71/2002, No. 2-3.
15. Novoselec P. (ed.), Criminal Law-Special Part, Faculty of Law, University of Zagreb, 1997.
16. Reilly, D., *Surrogate pregnancy: a guide for Canadian prenatal health care providers*, Canadian Medical Association Journal, Vol. 176/2007.
17. Report on principles concerning the establishment and legal consequences of parentage – "The White Paper", Strasbourg, 2006.
18. Robertson A. John, *Children of Choice, Freedom and the new reproductive technologies*, Princeton University press, 1994.
19. Roksandić Vidlička, S., Actual issues concerning some criminal offences against the health of people in the light of elaborating draft amendments to the Croatian Criminal Code, Yearbook of the Croatian Academy of Legal Sciences, Vol. 1, No. 1/2010, pp. 93-145.
20. Scott Skills, E., Healy, C., *Building Irish families through surrogacy: medical and judicial issues for the advanced reproductive technologies*, Reproductive Health, Vol. 5/2008.
21. Shamir B., Womb for rent: ethical aspects of surrogate motherhood, CMAI, Vol. 137/1987.
22. Singer, P., Wells, D., *In vitro fertilisation: the major issues*, Journal of Medical Ethics, Vol. 9/1983.
23. Smiljan Severinski, N., Mamula, O., Vlašić, H.: "Pregnancy and delivery outcome after assisted reproductive technology", *Medicine*, 43/2007.
24. Spar, D. L., *The Baby Business – How money, commerce and science drive the commerce of conception*, Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts, 2006
25. Statistical Yearbook of the Republic of Croatia 2010, Croatian Bureau of Statistics.
26. Thornton, J.G., McNamara H.M., Montague, I.A., *Would you rather be a "birth" or a "genetic" mother? If so, how much?*, Journal of Medical Ethics, Vol. 20/1994.
27. Turković K. in Novoselec P. (ed.), Criminal Law-Special Part, Faculty of Law, University of Zagreb, 2001., pp. 134-139, 260-265.

28. Turković K., Rokсандić Vidlička S., Maršavelski A. (ed.), *Reproductive health – Case studies with ethical commentary*, Unit of UNESCO Chair in Bioethics, Faculty of Law of the University of Zagreb, Zagreb, 2011.
29. Vonk, M., *Maternity for another: A double Dutch Approach*, Electronic Journal of Comparative Law, Vol. 14.3/2010.
30. Vuletić, S., *Moral evaluation of research of the value dimensions of sexuality and related issues of marital and family life*, Church in the World, Vol. 45/2010, No. 2
31. Winslade, W. J., *Surrogate motherhood – private right or public wrong*, Journal of Medical Ethics, Vol. 7/1981.
32. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., van der Poel, S. ; The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organisation (WHO) Revised Glossary on ART Terminology; Fertility and Sterility, Vol. 92, No. 5, November, 2009.

b) Sources

1. Criminal Code, *Official Gazette No.110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 190/03, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08, 57/11.*
2. Code of Medical Ethics and Deontology, *Official Gazette No. 47/04, 55/08.*
3. UN Convention on the Rights of the Child, *Official Gazette – International Agreements No. 12/93*
4. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, *Official Gazette -International Agreements No. 12/1993.*
5. Family Law Act, *Official Gazette No.116/03, 17/04, 136/04, 107/07, 57/11, 61/11.*
6. Report on principles concerning the establishment and legal consequences of parentage - The White Paper, Committee of Experts on Family Law, Council of Europe, Strasbourg, 2006.
7. The Constitution of the Republic of Croatia, *Official Gazette No. 85/10.*
8. Law on Medically – Assisted Reproduction, *Official Gazette No. 88/09, 137/09.*
9. Act of Conditions for Removal and Transplantation of Human Body Parts for Therapeutic Purposes, *Official Gazette No. 177/04, 45/09.*
10. Law on Health Care Measures for the Exercising of the Right to Free Decision – Making About Giving Birth, *Official Gazette No. 18/78, 88/09.*
11. Law on Health Care, *Official Gazette No. 150/08, 71/10 and 139/10.*
12. Surrogacy Arrangements Act (1985), UK.
13. The amended Human Fertilisation and Embryology Act 1990, UK.
14. The Assisted Human Reproduction Act (2004), Canada.
15. IVF Regulation Statement, 1997, the Netherlands.
16. Dutch Criminal Code, Article 151b.
Verdict *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973), Supreme Court USA

c) Newspaper and online articles

1. It is forbidden in our country: Goran and Ivana Višnjic are first well- known Croats whose child was borne by a surrogate mother, Morning Newspaper, July 13, 2011.
2. Infertility treatments may increase the risks of having a child with autism, <http://www.neplodnost.hr/lanci-v2/openito/334-lijeenje-neplodnost-rizik-autizam.html>, March 01, 2011.
3. http://www.hrvatski-fokus.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=727:crkva-zabranjuje-umjetne-oplodnje&catid=14:drustvo&Itemid=24, February 15, 2011.

Ivana Zagorac*

Kritičko mišljenje i bioetika

SAŽETAK

Kritičko mišljenje predstavlja jedan od danas najviše razmatranih koncepata. Važnost kritičkoga mišljenja ističe se u svim segmentima sustava znanosti, te se u njega polažu velike nade. S druge strane, a to zapažanje predstavlja i polazište ovoga rada, svaki sustav koji zaziva kritičko mišljenje mora biti spreman na znatne strukturne promjene, ako želi takvome tipu mišljenja dati produktivnu, a ne puku ukrasnu ulogu. Stoga će ukratko biti izložen razvojni put koncepta kritičkoga mišljenja, od njegova oslonca u formi poznatog kao Sokratov dijalog, sve do suvremenih određenja. Nastojat će se ukazati na kompatibilnost kritičkoga mišljenja i bioetike, gdje će se argumentirati u prilog primjerenosti, pa i nužnosti kritičkoga mišljenja unutar bioetike kao sustava.

Ključne riječi: kritičko mišljenje, bioetika, znanje, dijalog, otvorenost

Pri stvaranju nekog sustava, nastojanja se u prvome redu usmjeravaju razradi koncepta, definiranju predmetnog područja i usavršavanju metodologije. Sve akcije unutar samog sustava određene su tim temeljnim postavkama kojima su utvrđeni okviri i osnovna struktura. Za mišljenje, kao individualan proces ukotvijen unutar širih okvira sustava, uglavnom se pretpostavlja da će se pukim prihvaćanjem sadržaja, uočavanjem strukture i razumijevanjem metodologije, ostvariti skladno sa sustavom samim.

Odnosno, da iskoristim Kuhnovu terminologiju, mišljenje pojedinca priklonit će se bez većih otpora prevladavajućoj paradigmi, bez propitivanja njenih fundamentalnih postavki, jednostavno zato jer je tako odgojeno, u sustav stavljeno i s njime maksimalno harmonizirano.

* Adresa za korespondenciju: Ivana Zagorac, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za filozofiju, Ivana Lučića 3, HR - 10 000 Zagreb, e-mail: izagorac@ffzg.hr

No, što se događa kada se kao temelj sustava, ne samo deklarativno nego i izvedbeno, želi postaviti upravo individualno mišljenje? Popularnost i sveprisutnost poziva na kritičko mišljenje sugerira da se upravo takvom tipu mišljenja ambiciozno stavlja u zadatak rekonstruiranje čitavog sustava mišljenja. Pozivanje na očuvanje i razvoj kritičkoga mišljenja već je zauzelo poziciju svojevrsne mantrе u znanostima o odgoju, gdje se ono smatra ciljem, ali i u drugim znanostima, gdje ga se smatra učinkovitom metodom. Bez obzira na dodijeljenu mu zadaću, kritičkom mišljenju pripisuje se snaga oruđa za uvođenje promjena u sustav mišljenja općenito. Naš strogo racionalno utemeljen, ultimativnom napretku usmjeren i posljedično hiperspecijaliziran sustav znanja, faktografskog odraza mišljenja, urušava se pod težinom vlastite ambicioznosti i visoke profesionalizacije misli.

Hermetičnost znanstvenog sustava dovela je do, u povijesti nezabilježenog, napretka u dosezanju novih spoznaja, praćenog udaljavanjem od potreba svakodnevnog života. Rast u kvantiteti uz istovremeni pad u kvaliteti zamagljuje se umjetnim produciranjem novih potreba kao opravdanja za dinamiku sustava, kako uostalom i dobro naslućuje karakterizacija modernog društva kao 'potrošačkog'. Problemi s kojima se suočava sustav unutar kojega trebamo misliti odavno su detektirani i nose specifična obilježja suvremenosti. Danas se, naime, po prvi put u ljudskoj povijesti, susrećemo ne s manjkom, nego s viškom informacija. Intuitivno bismo mogli vjerovati da se jednakom brzinom kojom dolazimo do novih znanja smanjuju mogućnosti manipulacije, koja se primarno hrani neznanjem, no, zapravo, dolazi do sve suptilnijih i teže uočljivih manipulativnih poteza. Svaki obrazovni sustav ima zadaću osposobiti korisnika za snalaženje u stvarnim situacijama, pružajući mu smjernice pri selekciji i vrednovanju sadržaja. Ta je pragmatičnost danas fluidna jer se moguće stvarne situacije kojima se trebamo prilagoditi mijenjaju rapidnom brzinom. Selekcija, evaluacija i korištenje informacija postaju primarnim vještinama. Također, iznimna različitost, s kojom se danas suočavamo u društvenom životu, traži pojačanu osjetljivost na kontekst i pitanja vrijednosti¹. Takvo "širenje horizonata" pretpostavlja sposobnost kontinuiranog preispitivanja vlastitih stavova i uvjerenja. Dio privlačnosti kritičkoga mišljenja tako zasigurno leži i u uvijek otvorenom pozivu na kritiku suvremenog društva i oblike socijalnog aktivizma².

U kritičko mišljenje, kao adekvatan odgovor na izazove današnjice, polažu se velike nade. No, tada ono mora biti jasno i prihvaćeno kao više od zvučnog poziva na pro-

¹ Kolega Bruno Ćurko svojim je komentarima na raniju verziju ovoga teksta znatno pridonio rasvjetljavanju i pojašnjavanju pojedinih dijelova, te mu na tome iskreno zahvaljujem. Usp. Jelena Pešić, "Kritičko mišljenje između pomodarstva i promišljanja: ka teorijskom utemeljenju koncepta", *Psihologija*, Vol. 36 (4/2003), str. 411–423, ovdje str. 413.

² *Ibid.*, str. 414.

mjenu. U suprotnome, ono se ne razvija dalje od pukog dekorativnog dodatka staroj paradigmi. Kritičko mišljenje može se ostvariti jedino unutar suportivnog i kritici otvorenog sustava. Sedamdesetih godina 20. stoljeća došlo je do specifičnog povezivanja do tada raspršenih zapažanja o manjkavostima aktualnog sustava misli, koji se sve više udaljavao od sustava vrijednosti. O uočenim nedostacima svjedočili su brojni društveni pokreti usmjereni preispitivanju položaja određene društvene skupine (bili to bolesnici, žene ili građani u najširem smislu) u kontekstu novih znanstvenih i tehnologijskih dostignuća. Znanost se u svojim rezultatima posve udaljila od pitanja etike, posve svjesno se odmičući od posljedica primjene svojih spoznaja. Uz brojne nesumnjive doprinose znanosti i kvaliteti života, počele su se pojavljivati moralne dvojbe izazvane napretkom znanosti i tehnologije, koje su prema svojoj učestalosti, brojnosti, raznolikosti, ali i mobilizatorskoj snazi, ukazivale na postojanje teškoća u sustavu znanosti same³. Fokusiranje raznolikih tema mnogobrojnih društvenih pokreta, koji su se redom doticali pojedinih pitanja života, dogodilo se unutar novoga područja bioetike, koje se ubrzo zatim i formalno oblikovalo kao akademsko područje.

Navedeno postavlja uporišta za osnovnu tezu ovoga rada koja počiva na zapažanju da specifičnost sadržaja obuhvaćenih bioetičkim problemskim područjem ocrtava neadekvatnost strogo disciplinarno omeđenog mišljenja, te nudi odgovarajući teren za ispitivanje mogućnosti i dosega tzv. novog tipa mišljenja, onog koji se naziva kritičkim. Što su problematizirane teme kontroverznije, to je motivacija za kritičko mišljenje veća. Bioetičke teme, koje dotiču temeljna pitanja života, njegov oblik i uvjete postojanja, već svojom pojavom svjedoče disparatnosti znanstvenih činjenica i njihova etičkog vrednovanja. Implicitna teza rada jest da upravo bioetika, posebice ona zasnovana na proširenju izvan tradicijom precizno određenih znanstvenih i disciplinarnih okvira, odgovarajućom pratećom metodologijom, predstavlja sustav usklađen s individualnim mišljenjem, u onoj pak njegovoj varijanti koja se odlikuje perspektivnom širinom i argumentacijskom otvorenošću. Bioetiku pritom razumijemo upravo kao *sustav* koji, budući da teži nadvladavanju zatvorenosti racionalistički utemeljene paradigme znanja i rehabilitaciji njegove vrijednosne komponente, može ponuditi orijentaciju u našim svakodnevnim djelovanjima. Time se, nanovo, zbirno zahvaćaju svi potencijali spoznaje, odnosno omogućuje stapanje uporabne i orijentacijske dimenzije znanja⁴ te konačna povezanost i prohodnost unutar cjeline, što pak predstavlja osnovnu karakteristiku svakog sustava.

Osnovna obilježja kritičkoga mišljenja, kako se može iščitati iz brojnih definicija, ukazuju da je upravo ono "najzaposlenije" prilikom razmatranja bioetičkih sadržaja.

³ Usp. Ivana Zagorac, Hrvoje Jurić, "Bioetika u Hrvatskoj", *Filozofska istraživanja*, Vol. 28 (3/2008), str. 601–611, posebno str. 601–604.

⁴ Razlikovanje uporabnog i orijentacijskog znanja ovdje se temelji na argumentaciji Jürgena Mittelstraßa.

U ovome radu stoga će se ukratko (1) izložiti razvojni put koncepta kritičkoga mišljenja od njegova oslonca u formi poznatoj kao Sokratov dijalog sve do suvremenih (iako šarolikih) određenja, nakon čega će se (2) nastojati utvrditi njegova primjerenost, pa čak i nužnost, unutar bioetike.

Sokratov dijalog kao izvorište koncepta kritičkoga mišljenja

Sokratov dijalog zasigurno je najpoznatija forma dijaloga, često spominjana u kontekstu obrazovnih sustava i teorija edukacije općenito. Vrlo često je prezentiran kao metoda, iako dijalogu Sokrat pridaje snažne odgojne konotacije, dakle mnogo više od puke mehaničke konotacije koju riječ 'metoda' sugerira. Dapače, Sokratov dijalog više je od forme ili alata, prikladnog za ostvarenje unaprijed postavljenih ciljeva, on, upravo suprotno, naglašava proces prije negoli njegov kraj. Iako nužnim smatra rasvjetljavanje činjenica i njihovo promišljeno integriranje u sustav koji bismo mogli nazvati znanjem⁵, dijalog za Sokrata ima duboko refleksivan, dapače samorefleksivan karakter. Put otkrivanja znanja ujedno je put samospoznaje, inzistirat će Sokrat, a put samospoznaje jednak je putu filozofije. Filozofija se utoliko otkriva kao odgojna.

Sokratovo "znanje je vrlina" prometnulo se u jedno od takozvanih 'općih mjesta' i predstavlja neku vrstu generalno prihvaćene Sokratove doktrine. Ovu jednostavnu formulu tumači se kroz združeno postojanje znanja i vrline: vrlina postoji samo ako postoji i znanje. Drugačije rečeno, vrlinu možemo dosegnuti jedino razumskim uvidom u narav ispravnoga i pogrešnoga. Onaj tko griješi, može griješiti samo iz neznanja, poznat je Sokratov zaključak, stoga je ustrajanje na putu spoznaje karakteristika života vrijednog življenja. Sokratov ideal moralnosti tako je 'intelektualistički' ideal. Osnovna metoda jest potraga za definicijama: definirajući vrlinu nadamo se definirati i moralni ideal. Znati što je vrlina znači i dohvatiti je, otkuda uostalom i proizlazi zaključak da je znanje vrlina.

Kad je cilj postavljen i put označen, potrebno je iznaći odgovarajuću metodu za njegovo postizanje. Sokratov odgovor dobro je poznat: vještim razgovorom, strukturiranim unutar dijaloške forme, traže se definicije metodom pokušaja i pogreške te sistemom eliminacije. Potraga za definicijama uključivala je i specifičan obrat u pozicijama onoga tko posjeduje znanje i onoga koji ga traži – Sokrat postaje učenikom onih koje ispi-

⁵ Već je Aristotel dobro zamijetio (Meth. 1078b 17–31) da je Sokratova usmjerenost na definicije kod njegova učenika Platona izgradila posebnu osjetljivost kojom je pristupao epistemološkim pitanjima, a u prvome redu su inicirana Sokratovim (1) stavom da je znanje vrlina, te (2) primjenom specifične metode za dolazak do znanja. Platon svoju epistemologiju tako razrađuje na temeljima koje je ponudio Sokrat, posebno u dijalozima *Država*, *Teetet* i *Menon*. Navedeni dijalozi, kao i sporadični osvrti u drugim Platonovim dijalozima, otkrivaju i brojne kontradikcije, no njihovo razmatranje ovdje je suvišno.

tuje. Njegova tvrdnja o vlastitome neznanju, ponekad izgovorena, a ponekad samo implicirana, otkriva se prije kao dramaturški moment nego kao utvrđivanje stvarnoga stanja. Sokrat poučava govoreći da ne poučava. "Očišćen" od epistemološkog pretpostavljanja, svjestan vlastitog neznanja, Sokrat zna da ništa ne zna.

Poznat je tijekom Sokratova dijaloga⁶. Vjerujući da moralna istina ima dimenziju koju je teško iskazati kroz izravno definiranje, Sokrat ne poduzima manevar učiteljskog instruiranja, nego istražiteljskog provociranja. Sokratova ironija razvija se na dvije razine: ona prva jest da ono što je izrečeno zapravo nije i ono što se misli. Ona druga razina, mnogo snažnija i kompleksnija, podrazumijeva da ono što je rečeno istovremeno i jest i nije mišljeno. Sokrat nije učitelj ako podučavanje podrazumijeva prenošenje vlastitih spoznaja drugome. S druge strane, Sokrat jest učiteljem ako njegova pitanja u sugovorniku potaknu autonoman proces učenja. Svrha ironije stoga je da izaziva, ismijava i uvlači sugovornika u traženje odgovora⁷. Razbijanje iluzija o postojanju znanja predstavlja prvi korak k otkrivanju znanja, uz popratni psihološki moment: onaj tko je mislio da zna, a sad otkrio da zapravo ne zna, visoko je motiviran za nastavak potrage. Početna zbunjenost sugovornika Sokratovim molbama za pomoć u pronalaženju definicije i njegovim naizgled naivnim pitanjima kanalizira se u odlučnost za nastavak potrage. Jednostavna Sokratova pitanja na koja sugovornik, na svoje veliko iznenađenje, ne uspijeva dati odgovor, predstavljaju strategiju pripremanja sugovornika za preispitivanje stavova koje je smatrao samorazumljivim, odnosno za kritičko promišljanje. Tako se neugodna spoznaja o vlastitome neznanju promiseće u osnovni poticaj za kritičko mišljenje. Istraživanje koje zatim slijedi otkriva da je nešto istina, no ne i zašto je tome tako. Imati ispravnu predodžbu o nečemu još nije znanje. Znanje se odnosi na zahvaćenost cijelog sustava u kojemu se za sve njegove sastavnice može pronaći objašnjenje. Stoga su ispravne predodžbe i znanje različite etape na istome putu: imaju isti objekt, a razlikuju se u stupnju zahvaćanja istine. Sokrat će za tu međufazu, iz koje se može napredovati, ali i u njoj ostati, koristiti pojam *doxa*. Upravo *doxa* zaokuplja najviše pažnje, budući da predstavlja neki oblik nekritičkog uvjerenja koje teži za ispitivanjem s konačnim ciljem vlastitoga pročišćenja, a ne pukoga prihvaćanja ili odbacivanja. Tek podvrgnuta tome postupku, *doxa* ima priliku postati *episteme*, odnosno znanje. Sokratovo uvjerenje u mogućnost dohvaćanja istine kroz autentičnu refleksiju smješteno je unutar okvira nje-

⁶ Budući da o Sokratovoj metodi razgovora znamo tek iz zapisa drugih autora, određivanje njezine precizne strukture zamagljeno je literarnim intervencijama posredujućih autora. Najčešće se rani Platonovi radovi, upravo oni koji se nazivaju 'sokratovskima', uzimaju kao najpreciznija zabilježka metode otkrivanja znanja koju je prakticirao njegov učitelj.

⁷ Usp. Myles Burnyeat (ur.), *Gregory Vlastos: Socratic Studies*, Cambridge University Press, 1994., str. 65.

gove teorije prisjećanja⁸. Koncept kritičkog mišljenja kakvog poznajemo danas, iako raznovrstan u definicijama, usuglašeno isključuje taj dio Sokratove argumentacije, no preskakanjem Sokratove teorije prisjećanja kvalitativno se ne mijenja konceptualna povezanost kritičkoga mišljenja i Sokratova dijaloga.

Sokratov dijalog pretpostavlja poštovanje određenih pravila. Tijekom razgovora potrebno je održavati konzistentnost, među sugovornicima ne bi trebalo biti nejasnoća o stavovima onoga drugoga, a svaki sljedeći pokušaj definicije treba uvažiti ono što je prethodno rečeno. Krajnji cilj svakog razgovora jest povećati razinu razumijevanja određenog pojma kroz njegovo istraživanje. Svako sljedeće pitanje, svaki sljedeći pokušaj definicije, otkriva napredak u slobodi mišljenja, a svaki sljedeći korak oslobađa sugovornika u preispitivanju temeljnih principa i ideja uz pojačani osjećaj za važnost teme i potrebu za jasnoćom u pristupu. Impresivnu Sokratovu spretnost u baratanju raznovrsnim odgovorima na postavljena pitanja treba dijelom pripisati zadivljenom učeniku Platonu, ali i Platonovom autorstvu dijaloga u kojima je Sokrat predstavljen. Platon pri tome uživa dvostruku poziciju onoga tko i pita i odgovara, što daka-ko može djelovati utješno svakome tko se suoči s praktičnom neprovedivošću takvog oblika dijaloga. U slobodnijoj varijanti, koja još uvijek odgovara osnovnim parametrima Sokratova dijaloga, naglasak je stavljen na proces induktivnog zaključivanja u malim koracima. Posebna vrijednost takvog istraživanja leži u poticanju znatiželje i motiviranosti za pronalaženje odgovora koja raste sa svakim novim, dobro postavljenim pitanjem. Naša potreba da mislimo kritički povećava se s kompleksnošću problema koji razmatramo, što s jedne strane otkriva učinkovitost kritičkoga mišljenja u razmatranju kontroverznih tema, dok s druge strane svjedoči o našoj sposobnosti da mislimo kritički, koja je često veća od stupnja do kojeg dolazimo primjenjujući je u svakodnevnim situacijama. Sav potencijal kritičkoga mišljenja dobro dolazi do izražaja prilikom razmatranja etičkih pitanja koja vrlo često, uz racionalno orijentiranu argumentaciju, angažiraju i naš vlastiti vrijednosti sustav, temeljne postavke na kojima smo odgojeni, u koje vjerujemo i koje njegujemo, kao i tako definirane svjetonazorne okvire. Takva razmatranja, poduzeta u Sokratovoj maniri, ne zahtijevaju specifična prethodna znanja te, budući da su zasnovana na poticanju znatiželje u istraživanju, omogućuju neugrožavajuće ispitivanje vlastitih uvjerenja.

Valja napomenuti da pokušaja definiranja kritičkoga mišljenja ima nebrojeno mnogo. Budući da ono što može značiti mnogo, istovremeno zapada u opasnost da ne znači ništa, kratko ćemo izdvojiti neke istaknutije definicije kritičkoga mišljenja i pokušati odrediti neke njegove osnovne karakteristike.

⁸ Teoriju prisjećanja u naznakama nalazimo u *Fedonu*, *Fedru* i *Teetetu*, a posebno ekstenzivno raspravljano u *Menonu*. *Menon* također donosi i vjerojatno napoznatiji primjer primjene Sokratova dijaloga – dio u kojemu dječak rob uz pomoć Sokratovih vješto postavljenih pitanja dolazi do apstraktnih spoznaja o geometriji.

Osnovna obilježja kritičkoga mišljenja

John Dewey, koji je početkom 20. stoljeća prvi ponudio sustavnu analizu kritičkoga mišljenja, smatra se začetnikom modernoga koncepta kritičkoga mišljenja. Deweyjevo uzdanje u snagu filozofije kao odgojne, uz naglašenu praktičnu dimenziju, posve očekivano je produciralo i njegov zagovor 'refleksivnog mišljenja'. Svoje djelo *How We Think*⁹ Dewey otvara raspravom o mišljenju, počevši od mišljenja shvaćenog u najširem smislu riječi kao "svega što nam prolazi kroz glavu", preko mišljenja kao onog što obuhvaća sve što osjetila propuštaju evidentirati, odnosno što nije ovoga časa prezentno, do mišljenja kao uvjerenja u ono za što nam se nude neki dokazi. Ovo potonje može biti angažirano u usvajanju predočenih spoznaja bez istraživanja njihovih temelja i opravdanosti, no jednako tako može se potruditi oko ustanovljenja pozadine predočenih spoznaja i na njima izgrađenih uvjerenja. Upravo takav proces mišljenja Dewey naziva refleksivnim¹⁰. Nešto kasnije će ga i definirati kao:

"... aktivno, ustrajno i pažljivo razmatranje svakog uvjerenja ili pretpostavljene forme znanja s obzirom na temelje koji ih podržavaju, kao i iz njih proistekle zaključke".¹¹

Prva karakteristika koju Dewey izdvaja jest da je kritičko mišljenje aktivno: ono nije usmjereno pukom primanju, nego analizira i sintetizira samostalno. U tome smislu, kritičko mišljenje treba izvor informacija iz kojega crpi građu za proces razmatranja i donošenja zaključaka. Omogućavanje neovisnosti kritičkoga mišljenja jest nužan preduvjet. Neovisnost mišljenja upućuje na to da nitko ne može umjesto subjekta samog misliti kritički, no svako mišljenje, pa tako i ono kritičko, treba informaciju kao nužan materijal. Pritom je informacija "polazna, a ne krajnja točka kritičkoga mišljenja"¹². Dewey će također inzistirati i na 'ustrajnosti' i 'pažljivosti' kao temeljnim odrednicama kritičkoga mišljenja. Pretpostavljanje i nereflektirano usvajanje zaključaka kao samorazumljivih i neupitnih bile bi stoga kočnice kritičkome mišljenju. Pritom se sve tri osnovne karakteristike Deweyjeve definicije jasno približuju karakteristikama filozofskog promišljanja. I dok se navedene karakteristike mogu u načelu smatrati temeljnim karakteristikama i nekih drugih oblika mišljenja, Dewey će u kontekstu definiranja kritičkoga (refleksivnoga) mišljenja kao važne istaknuti razmatranje uzroka i implikacija naših uvjerenja¹³. Dakle, ne samo uočavanje međuodnosa činjenica u misaonoj niži očišćenoj od pretpostavljanja, nego i pogled unazad i unaprijed. Metoda koja se

⁹ John Dewey, *How We Think*, Courier Dover Publications, 1997.

¹⁰ Ibid., str. 1-2.

¹¹ Ibid., str. 6. Svi prijevodi su, ako nije drugačije naznačeno, moji.

¹² David Klooster, "Što je kritičko mišljenje?", *Metodički ogledi*, Vol. 9 (2/2002), str. 87-95, ovdje str. 90.

¹³ Usp.: Alec Fisher, *Critical Thinking: An Introduction*, Cambridge University Press, Cambridge 2001., str. 6.

usmjerava na analizu temeljnih postavki onoga što promišljamo, kao i na posljedice koje iz toga proizlaze, za Deweyja spadaju u kriticizam¹⁴. S obzirom na to da je filozofija kriticizam, preciznije "kriticizam kriticizma",¹⁵ za Deweyja nema dvojbe da je kritičko mišljenje po svojoj naravi filozofsko.

Među istaknutijim definicijama kritičkoga mišljenja izdvaja se ona Roberta Ennisa. Osim što je jedna od poznatijih, ujedno je i jedna od najkraćih:

"Kritičko mišljenje je razumno reflektivno mišljenje koje je usmjereno na odlučivanje o tome što vjerovati ili činiti."¹⁶

Novost koju donosi Ennis jest povezivanje kritičkoga mišljenja i donošenja odluka. Iako ističe element koji su prethodne definicije propustile uvesti ili su implicitno sugerirale, te se tako Ennisova definicija pokazuje inovativnom, čini se da ona zapravo zatvara krug ponovno sa Sokratom. Budući da se vrlina pokazuje u djelovanju, kritičko mišljenje, kao metoda koju koristimo, nužno nosi praktične, izvedbene, djelatne konotacije.

Richard Paul kritičan je prema takvom tipu oslanjanja na razum, kakvo je prisutno u Ennisovoj definiciji. Njegova, također široko prihvaćena definicija jest:

"Kritičko mišljenje je umijeće analiziranja i evaluiranja mišljenja."¹⁷

Tome dodaje:

"Ukratko, kritičko mišljenje je na sebe usmjereno, samo-disciplinirano, samo-nadgledano i samo-ispravljajuće mišljenje. Ono zahtijeva rigorozne standarde izvrsnosti i pažljiv nadzor nad njihovom uporabom. Ono traži sposobnosti za učinkovitu komunikaciju i rješavanje problema, kao i posvećenost nadilaženju naših prirodnih egocentrizma i sociocentrizma."¹⁸

Kritičko mišljenje, ako zaista želi biti takvim, prema Paulu mora uvidjeti i izbjeći zamke hijerarhiziranja i nekritičkoga selektiranja koje on sabire pod pojmovima egocentrizma i sociocentrizma. U tom smislu, Paul ističe da kritičko mišljenje može doći u dva oblika s obzirom na širinu svoga djelovanja. U prvome obliku ono "propušta uvažiti, u dobroj vjeri, stajališta koja su suprotna njegovom stajalištu; nedostaje mu otvo-

¹⁴ John Dewey, *Experience and Nature*, Kessinger Publishing, 2003., str. 396.

¹⁵ Ibid., str. 398.

¹⁶ Robert Ennis, "A Taxonomy of Critical Thinking Dispositions and Abilities", u: J. Baron, R. Sternberg (ur.), *Teaching Thinking Skills: Theory and Practice*, W. H. Freeman, New York, 1987., str. 9–26. Također i na: <http://faculty.ed.uiuc.edu/rhennis/> (5. svibnja 2011.).

¹⁷ Richard Paul, Linda Elder, *The Miniature Guide to Critical Thinking: Concepts and Tools*, Foundation Critical Thinking, 2001., str. 4.

¹⁸ Ibid.

renosti i pravičnosti (*fair-mindedness*)", ne zamara se etičkim dimenzijama argumentacije, služi interesima određenog pojedinca ili skupine te je vješto u retoričkim manipulacijama¹⁹. Paul uočava da mehanizam kritičkoga mišljenja može biti pokrenut i s ciljem zadovoljenja partikularnih interesa. Samo kritičko mišljenje time je tek dijelom devijantno, ono je tada sofističko i slabo, no neodgovarajuća motivacija ne deprivira ga od njegovih ključnih karakteristika. Druga manifestacija kritičkoga mišljenja koju spominje Paul uzima u obzir interese raznolikih pojedinaca ili grupa, razmatra njihovu snagu argumenata i inzistira na uporabi mišljenja "na etički odgovoran način",²⁰ što takav oblik kritičkoga mišljenja čini *fair-minded*. Ovu Paulovu distinkciju vrijedi istaknuti. Naime, iako je kritičko mišljenje prema svojim temeljnim odrednicama slobodoumno, ruši predrasude, otkida se od ustaljenih obrazaca i propituje i ono što se čini samorazumljivim, ono može biti usmjereno ka više ili manje suptilno izraženim sebičnim ciljevima i biti iskorišteno u manipulativne svrhe. S obzirom na naše, prema Paulovoj tvrdnji, prirodne egocentričnost i sociocentričnost, kritičko mišljenje pokazuje se složenim alatom za ostvarenje ne samo drugačijega osobnoga pogleda na svijet nego i kvalitetnijih društvenih odnosa temeljenih na uvažavanju i razvijanim socijalnim vještinama.

U takvome razumijevanju kritičko mišljenje ponovno se snažno približuje Sokratovim stavovima o filozofiji kao odgojnoj, odnosno samoodgojnoj djelatnosti, pri čemu je dijalog osnovna metoda. I dva potprocesa kritičkoga mišljenja koja navodi Dewey impliciraju povezanost sa Sokratovim tijekom dijaloga:

"a) stanje zbunjenosti, ustručavanja, sumnje, i b) čin potrage ili istraživanja usmjerenog ka rasvjetljavanju daljnjih činjenica koje će potkrijepiti ili poništiti predloženo uvjerenje."²¹

Ipak, unatoč brojnim usporednim momentima, potpuno poistovjećivanje Sokratova dijaloga i današnje forme mišljenja kojeg se naziva kritičkim, zasigurno je pretjerano. No neki važni elementi Sokratova dijaloga prisutni su i u konceptu kritičkoga mišljenja. U prvome redu se izdvaja moment samostalnog dolaženja do zaključaka, upravo *otkrivanja* znanja, i interiorizacije tako dohvaćenih spoznaja. Uočava se prirodna sklonost otporu spram prihvaćanja argumenata koji direktno interveniraju u naš postojeći sustav uvjerenja i vrijednosti. No, jednako tako, izdvaja se i motiviranost za nastavak istraživanja koja proizlazi iz dobro postavljenih pitanja. U konačnici, no možda i najvažnije, jest svojevršno poticanje hrabrosti u propitivanju temeljnih postavki određenoga problema.

¹⁹ Usp.: *ibid.*, str. 17-18.

²⁰ *Ibid.*

²¹ J. Dewey, *How We Think*, str. 9.

S obzirom na raznolikost pristupa definiranju kritičkoga mišljenja, od kojih su ovdje izdvojeni samo neki poznatiji, čini se da je jednostavnije poduzeti definiranje kroz negativne odrednice. Dakle, što kritičko mišljenje nije: ono nije svako mišljenje, upravo suprotno – kritičko mišljenje jest jedna vrsta ili jedan način mišljenja. Iako počinje od pitanja, problema koje valja riješiti,²² rješavanje problema nije osnovni njegov cilj. Kao i u filozofskom promišljanju, kritičko mišljenje se usmjerava prvenstveno na proces koji u konačnici može producirati rješenje, ali neizostavno potiče i nova pitanja. Ono je nužno individualan proces, može kod različitih osoba dovesti do istih zaključaka, no odbacuje svaku mogućnost puke reprodukcije tuđih zaključaka, neovisno o tome jesu li ti zaključci rezultat pasivnoga usvajanja informacija ili aktivnoga, kritički usmjerenoga, mišljenja. Također, kritičko mišljenje, iako zahtijeva kreativnost, nije istoznačno s kreativnim mišljenjem. Uz druge argumente, ovdje je ponovno važan i onaj ranije spomenuti – iako kritičko mišljenje nužno postoji kao individualan proces, njegove krajnje točke mogu biti istovjetne kod više pojedinaca. Kreativno mišljenje kreativnim se iskazuje prvenstveno, iako ne i isključivo, tek retrogradno, ako je produciralo originalne zaključke. Dakle, ako kritičko mišljenje unutar nekog sustava opstaje samo kao metoda, ono je iščašeno i prijeti mu brzo izumiranje; ukoliko pak postoji i kao metoda i kao cilj, ono može ojačati i pokazati se u punoj snazi. Tek se tada, zapravo, u potpunosti i ispunjava.

Kritičko mišljenje i bioetika

Kakav bi, dakle, trebao biti sustav koji bi kritičko mišljenje uzimao cjelovito, potičući izazove koje pred njega ono postavlja, te ih koristio za vlastito jačanje i napredovanje? Takav sustav, koji kritičko mišljenje ima i za svoj cilj i za svoju metodu, vjerojatno mora biti puno više od sustava u klasičnom smislu riječi – on zapravo pretpostavlja zasnivanje na novoj paradigmi mišljenja. Koje su karakteristike paradigme koja je poticajna za kritičko mišljenje, odnosno koja je s takvom formom mišljenja sinkrona?

Prva karakteristika zasigurno je otvorenost i nadilaženje diskriminacije spram raznovidnih doprinosa razmatranju određenog problema. Kritičko mišljenje je u permanentnom preispitivanju, što potpomažu novi uvidi. Ono ima proces u prvome planu, no s obzirom na zahtjev za praktičnim smjernicama, odnosno orijentacijom u djelovanju, traži i odgovore. Harmonizacija različitih koncepcija o istome pitanju zasigurno je poželjnije stanje od sukobljenosti, no ako smjera na ultimativno niveliranje razlika, ona može biti samo prividna. No, prividna harmonizacija i nepovezano koezgiziranje nisu jedine varijante. Jednostrano pristajanje uz pojedini uvid, iako načelno jednostavnije,

²² D. Klooster, "Što je kritičko mišljenje?", str. 90–91.

po sebi je zatvoreno, isključivo i, u krajnju ruku, neproduktivno. Svaki pokušaj nadilaženja takve zatvorenosti nužno zahtijeva refleksiju, odnosno samo-refleksiju. Kritičko mišljenje stoga traži paradigmu temeljenu upravo na refleksiji i samorefleksiji, otvorenu i spremnu na unutarnju fleksibilnost. Ovdje podsjećamo na dva momenta navedena ranije. Robert Ennis naglasit će da je kritičko mišljenje podloga za donošenje odluka i postavljanje smjernica za djelovanje. S druge strane, Richard Paul upozorit će na opasnost služenja kritičkoga mišljenja partikularnim ciljevima, što deprivira kritičko mišljenje u njegovoj snazi i poduzetnosti, no ne otkida mu njegove ključne karakteristike. Pogotovo u tome segmentu, pitanje odgoja ili, u nešto drugačijem smislu – edukacije, pojavljuje se kao presudno.

Koje zahtjeve pred mišljenje postavlja bioetika? Odnosno, ima li prostora za kritičko mišljenje unutar bioetike kao sustava? Integrativnu bioetiku karakterizira naizgled jednostavno određeno problemsko područje: život, no čije ju izvedenice, moguće kombinacije te vjerojatnost konflikata promeću u složen sustav. Integrativnost se prikazuje i kao karakteristika predmetnog područja i kao obilježje metode. Integrativna bioetika nastojat će uključiti i znanstvene i neznanstvene perspektive, dokidajući hijerarhičnost među njima. Redukcionističke tendencije u odnosu spram znanja i njegova suvremena merkantilizacija, depriviraju znanje u njegovoj izvornoj ulozi, usitnjujući ga na međusobno odvojene elemente procjenjivane jedino kroz njihovu upotrebljivost. Jednak pristup primjetan je u cjelokupnom sustavu znanosti gdje se posebno osjetljivima na objektivizaciju i instrumentalizaciju ističu ona područja odnosno znanosti koja su direktno povezana s pojmom života, poput, primjerice, medicine. Unutar raspršenog i usitnjenog sustava znanosti potrebno je pronaći dovoljno snažnu poveznicu, kao i odgovarajuće uvjete za njeno razmatranje. Bioetika će reći da je ta poveznica pojam života, koji se pak može sagledavati u najrazličitijim vidovima i s najraznovrsnijim vrijednosnim odrednicama, a mnoge relevantne među njima niti ne pripadaju sustavu znanosti. Diverzitet u vidu višedimenzionalnog odnosa prema životu po svojoj naravi rezultira mnogobrojnim perspektivama, što je izazov svakom mišljenju. Ako se pluriperspektivizam može odrediti kao interaktivno sabiranje perspektiva, onda je integrativnost postupak njihova usustavljenja u orijentacijski odgovor prema zahtjevima konkretnog problema. Otvorenost različitim perspektivama, kao i spretnost u njihovu razmatranju i sistematiziranju, predstavljaju vještine koje je potrebno razvijati. Susret tako zasnovanog koncepta bioetike i kritičkoga mišljenja neizbježan je.

Budući da se bioetika, od svoga nastanka pa sve do danas, korijeni u praksi, u svakodnevnom životu, u situacijama koje predstavljaju moralne i etičke izazove i zahtijevaju posebno usredotočeno razmatranje zasnovano na široko postavljenim okvirima, sadržaji njenog predmetnog područja zapošljavaju naše mišljenje na posve drugačiji način

– ono je usmjereno istraživanju temeljnih postavki na kojima gradimo naše stavove, društvenih utjecaja koji potpomažu njihovu oblikovanju, znanstvenim dosezima koji su ih provocirali, implikacijama za budućnost itd. Pitanja iz bioetičkoga problemskog područja angažiraju nas ne samo intelektualno nego i emotivno, ona zadiru u temelje našeg zahvaćanja svijeta te provociraju kontinuirano preispitivanje naših uvjerenja. Ona od mišljenja zahtijevaju otvorenost, sposobnog kritičkoga procesuiranja, sagledavanja raznolikih stavova i spremnost na toleranciju i uvažavanje različitosti. Takav tip mišljenja potreban je svakoj znanosti, fundiranoj na znatizeljji i sumnji, dok se u bioetici, zbog naravi njena područja, pokazuje posebno važnim.

Ako propitivanje temeljnih koncepata, otvorenost različitim uvidima, njihovo dovodeње u produktivan dijalog s konačnim ciljem stvaranja orijentacije za djelovanje razumijemo dio osnovnih karakteristika kritičkoga mišljenja, spremnost na isto tražimo i od odgovarajućeg sustava. Ako bismo tako nešto pronašli u integrativnoj bioetici, a ranije navedeno ukazuje da bismo mogli, te s obzirom na to da kritičko mišljenje perpetuira samo sebe, presudnim se javlja proces edukacije. I takva je edukacija, sinkrona sa sustavom koji servisira, podložna kontinuiranoj i pažljivoj samorefleksiji. Jedino tada možemo govoriti o *bioetičkoj edukaciji*. Svako drugo, ograničavajuće i reducirano, sustavno vođeno i detaljno propisano mišljenje, a poduzeto unutar predmetnog područja bioetike, ne može biti ničim višim od puke edukacije o bioetici.

Ivana Zagorac

Critical thinking and bioethics

ABSTRACT

Critical thinking is a concept under intense consideration. The importance of critical thinking is emphasized in all parts of the system of science, with high hopes placed in it. On the other hand, and that represents the starting point of this work, any system that invokes critical thinking must be prepared to conduct significant structural changes if it wishes for a productive rather than decorative role of employed critical thinking. Therefore a development of a critical thinking concept will be briefly presented, starting from its beginnings in a form known as Socratic dialogue, all the way to modern definitions. This text tends to indicate compatibility between critical thinking and bioethics, presenting arguments for suitability, even more necessity, of critical thinking in bioethics as a system.

Key words: critical thinking, bioethics, knowledge, dialogue, openness

Marko Trajković*, Niko Josić

O neophodnosti bioetičkog obrazovanja pravnika

SAŽETAK

Obrazovanje je "most" koji omogućava kontinuitet vrijednosti. Zadatak pravničkog obrazovanja mora biti usmjeren na izgradnju i zaštitu vrijednosti čovjeka. Obrazovanje nas treba uputiti na činjenicu da nije bitno samo primati znanje, već i živjeti u skladu s njim. Prosudivanje čovjeka, ovisno o obrazovanju, mora voditi oplemenjivanju.

Obrazovanje pravnika mora svoju stvarnost osloboditi od "iskrivljenih linija", od nevrjednosti i "knezova ovoga svijeta". Ono mora stvoriti "sigurnu klimu" za djelovanje ne samo pravničke profesije, već i drugih, unutar bioetičkog obrazovanja.

Žurba u stjecanju znanja i nesazrijevanje, koji su prisutni u obrazovanju pravnika, onemogućuju da se odgovori na "bolne" točke naše stvarnosti. Na te točke najčešće ukazuje bioetika, te se zato javlja ideja o neophodnosti uključivanja bioetike u obrazovanje pravnika. Bioetika može pomoći u obnovi svijesti pravnika, koja je "ranjena" čistim pozitivizmom. Obrazovanjem pravnika valja odbaciti "papirnati svijet" pravne znanosti, a "prigrabiti" stvarnost ispunjenu bioetičkim pitanjima.

Ključne riječi: kršćanstvo, čovjek, obrazovanje, bioetika, vrijednosti, pravo, pravnici.

Uvod

Bezbrojne i neutemeljene pravne promjene koje si je naša stvarnost dopustila, dovele su do konfuzije u obrazovanju pravnika, koje je sebi dopustilo "luksuz" da se nazove "suvremenim", a zapravo predstavlja samo skretanja i lutanja u odnosu na uzvišen razlog postojanja pravničke profesije. Taj uzvišeni razlog postojanja pravničke profesije isti je kao i predmet kojim se bavi bioetika – čovjek kao vrijednost i to

* Adresa za korespondenciju: Marko Trajković, Pravni fakultet u Nišu, Trg 14 oktobar 4/39, RS – 18 000 Niš, Republika Srbija, e-mail: trajkovicmarko@yahoo.com.

"sam u sebi" i bez ikakvog uvjetovanja¹, jer s čovjekom nema "trgovine", "pregovora" i "dogovora", a tome su naklonjeni moralni relativizam i pravni pozitivizam.

Dakle, valjalo bi očekivati opću obnovu, "osvježenje" i "pročišćenje" pravničkog obrazovanja, kako bi se ponovo došlo do pravog razloga školovanja pravnika – čovjeka kao vrijednosti². Ako čovjek kao vrijednost bude vodilja preporoda obrazovanja pravnika, pravo će postati oslonac na putu ostvarenja vrijednosti³. Taj preporod morao bi biti u pravcu "očitovane istine" u Isusovoj etici koja nije odvojena od njegova života, koji je putokaz i za proces obrazovanja⁴. Tako postavljeno obrazovanje neće biti odvojeno od života, kao što je danas slučaj, i tu pomaže kršćanska misao, koja "daruje" bioetičkim teoretičarima i pravnicima "jedan iskorak da se ne izgube u racionalnom određivanju onog što je dozvoljeno, a što nedozvoljeno..."⁵. Ova kršćanska misao dolazi do nas preko "osnovnog etičkog pitanja" koje glasi: "Zašto činim to što činim?"⁶

Nitko ne bi smio govoriti o budućnosti pravničkog obrazovanja, ako ne bi za njega vezao brigu za ljudski život, koju nam u našoj stvarnosti "daruju" kršćanstvo i bioetika. Bioetiku možemo označiti i kao "etiku života", "jer se ona bavi svim pitanjima vezanim uz ljudski život, počevši od samog rađanja, zahvata tijekom života i umiranja".⁷ Uključenje bioetike u pravničko obrazovanje moguće je i s obzirom na "tri bitna elementa za njenu definiciju: bioetika je područna, relacijsko-filozofska i pluriperspektivna etika"⁸. Ovakva odredba, tri bitna elementa za definiciju bioetike "kakva bi trebala biti da bi mogla odgovoriti zadaćama koje su pred nju faktički postavljene"⁹, sasvim je primjerena našem nastojanju da govorimo ne samo o pravu kakvo jest, već i kakvo bi trebalo biti. Na taj način, obrazovanje bi moglo "natkriliti" jaz koji stoji između *jest* i *treba*, stvarnosti i vrijednosti.

¹ L. Tomašević, *Bioetika u kršćanskoj tradiciji i sadašnjosti*, u: A. Čović (ur.), *Izazovi bioetike*, Pergamena, Zagreb, 2000, 152.

² M. Chiodi, *Tra cielo e terra, La vita umana e il suo senso. Linee di interpretazione filosofica e teologica, a partire dal dibattito bioetico*, Cittadella, Assisi, 2002 i M. Chiodi, *Etica della vita, Le sfide della pratica e le questioni teoriche*, Glossa, Milano, 2006.

³ Pontificio Consiglio per la Famiglia, *Enciridion della Famiglia, Documenti magisteriali e pstorali su Famiglia e Vita 1965-2004*, Giovanni Paolo pp. II, *Evangelium vitae (Lettera enciclica sul valore e l'inviolabilità della vita umana 25.3.1995)*, Centro editoriale dehonimo, Bologna, 2004, 367-494.

⁴ M. Vidal, *Kršćanska etika*, Karitativni fond UPT, Đakovo, 2001, 11.

⁵ L. Tomašević, *Bioetika u kršćanskoj tradiciji i sadašnjosti*, 151.

⁶ *Ibid.*, 151.

⁷ *Ibid.*, 150.

⁸ A. Čović, *Etika i bioetika*, Pergamena, Zagreb, 2004, 28.

⁹ *Ibid.*, 29.

Naše nastojanje u ovom radu nije stvaranje prikaza tabličnog programa obrazovanja pravnika, niti želimo ulaziti u aspekte krivično-pravne i građansko-pravne problematike vezane uz pitanja bioetike¹⁰. Ovo ostavljamo kako bi uslijedilo tek nakon razrješenja polazne pretpostavke, a to je "povratak" osnovne vrijednosti, odnosno čovjeka, u pravničko obrazovanje. Naša je namjera na jedan opći način ukazati na zamke isključivo pozitivističkog pravničkog obrazovanje, iz kojeg je, naravno, najprije isključena filozofija, filozofija prava, aksiologija, etika, a potom i bioetika. Mi ne obećavamo nove rasporede sati i ne idemo k tabličnim prikazima, već nastojimo ostati slobodni i s visina općih zaključaka sve promatrati "nesputanog" pogleda.

Razlog bavljenja ovom temom nalazimo i u uvjerenju da dolazi doba nastajanja potpuno vrijednosno obnovljenog i pročišćenog pravničkog obrazovanja, u kojem će valjano obrazovani ljudi postati zakonopisci novog života, te samim tim i obrazovanja. Dakle, potvrđuje se točnom misao sv. Tome Akvinskog da "se sva moralna sfera ne može pokriti pravom..."¹¹.

1. "Namjere" i ishod današnjeg pravničkog obrazovanja

Danas su prisutne dvije izrazito suprotne, i po svome djelovanju jednako "kobne", te dakle, u svom ishodu, ujedinjene namjere pravničkog obrazovanja. One se očituju najprije u namjeri da se "proširi" pravničko obrazovanje, i to u smislu "broja" pravnika, a potom da se obrazovanje sadržinski umanjí, te po prirodi stvari "okrnji". Prema prvoj težnji, valjalo bi proširiti "obim" pravničkog staleža sve većim brojem "gotovih" pravnika, koji izlaze s pravnih fakulteta. Istovremeno, tom "prevelikom" broju pravnika nudi se "brzo", nepotpuno i "nesazrelo" obrazovanje, te oni još uvijek nisu u mogućnosti "podariti" valjana rješenja za bioetičke probleme, koje sasvim sigurno nameće naša stvarnost¹². Možda možemo govoriti o sužavanju "kruga" pravnika, ali ne i o sužavanju "obujma" znanja koje valja ponuditi pravnicima.

Dakako, prisutna je i tendencija "ne-služnja" znanja vrijednostima, već državi, koja postaje okosnica današnjeg obrazovanja. Pravni pozitivizam "promatra" čovjeka kao podređenog svom najvećem autoritetu – državi i njenoj najvećoj vrijednosti – pravnoj sigurnosti. Ova "goraka satira" vodi u istinsko odbacivanje vrijednosti ljudskog života, a "kobne" posljedice ovakvog obrazovanja vode do "striktno činjeničnih de-

¹⁰ Tu se misli, na primjer, na pitanja eutanazije, abortusa itd. Naravno, na ova se pitanja potom nadovezuju i krivično-pravna i građansko-pravna odgovornost, ali tema ovog rada nisu pojedini oblici pravne odgovornosti, već opće razmatranje stanja pravničkog obrazovanja lišenog kršćanskog i bioetičkog pristupa.

¹¹ V. Valjan, *Bioetika*, Svjetlo riječi, Sarajevo-Zagreb, 2004, 48.

¹² O pitanju odnosa bioetike, politike i prava vidjeti više u: R. Mordacci, *L'incerta vicenda della bioetica*, u: G. Angelini (ur.), *La bioetica, Questione civile e problemi teorici sottesi*, Glossa, Milano, 1998, 38-44.

skripcija očiglednih postupaka, kakvi se mogu zapaziti u koncentracionim logorima..."¹³. Ovako postavljeno obrazovanje, lišeno procesa vrednovanja i ispunjeno apologetskim tonovima, neće moći napraviti "razliku između autentičnog i lažnog, između višeg i nižeg; između prave religije i lažne religije, između pravog vođe i šarlatana, između znanja i učenosti ili sofizma, između vrline i poroka, između moralne osetljivosti i moralne tuposti, između umetnosti i kiča, između vitalnosti i degeneracije itd."¹⁴

Takvo obrazovanje postaje "parazit" i "zlo" zajednice, ako ne proističe iz prihvatanja vrijednosti čovjeka, što opisuje i Herman Broch: "O svinjarijama koje su počinili štreberski profesori i docenti na univerzitetima, istiskujući svoje jevrejske kolege, o slučajevima koji su mi poznati sa svim detaljima, o svemu tome radije ne bih govorio"¹⁵. Ovo je samo "očekivana" posljedica odbacivanja vrijednosti tijekom obrazovanja, ili, da se preciznije izrazimo, skolastičkim rječnikom, ovo je *ignorantia affecta*.

Ignorantia affecta prisutna je u današnjem obrazovanju pravnika, a ta "varka" bila je prisutna i ranije jer: "Svojim uverenjem 'zakon je zakon' pozitivizam je razorio nemački pravnički stalež prema zakonima sa samovoljom i zločinačkom sadržinom. Pri tom pozitivizam uopšte nije u stanju da vlastitom snagom obrazloži važenje zakona"¹⁶.

U namjernom prikrivanju saznanja o potrebi aksiološko-bioetičkog obrazovanja pravnika očituje se "osjećaj nemoći pred vlastitom moći"¹⁷ koji vodi k "intelektualnom nepoštenju"¹⁸, a ono potvrđuje stav sv. Tome Akvinskog, da je pravo stvoreno za zle i opake. To je uvidio i Gustav Radbruch, nakon svog "iskustva pred Damaskom"¹⁹.

Uznemiravajuća je činjenica da se u obrazovanju pravnika "skrenulo" od vrhovnog načela – vrijednosti čovjeka, k pravnoj sigurnosti, kao klasičnoj vrijednosti pravnog pozitivizma. Ovakvo obrazovanje pravnika prema pravnoj sigurnosti "zadovoljava" samo one "duhove" koji su dovoljno bezbožni da ne ispunjavaju vrijednosti sami od sebe, već vrlo često djeluju protiv nje²⁰. Na ovaj način ljudi žele "umaci" teškoj oba-

¹³ L. Štraus, *Prirudno pravo i istorija*, Plato, Beograd, 1997, 45.

¹⁴ Ibid., 53.

¹⁵ H. Broh, *Pisma o Nemačkoj 1945-1949*, SVETOVI, Novi Sad, 1994, 19.

¹⁶ G. Radbruch, *Pravni i drugi aforizmi*, Dosije, Beograd, 2007, 18.

¹⁷ A. Čović, *Etika i bioetika*, 64.

¹⁸ L. Štraus, *Prirudno pravo i istorija*, 45.

¹⁹ A. Kaufmann, *Uvod v filozofijo prava*, Cankarjeva založba, Ljubljana, 1998, 122.

²⁰ E. Lask, *Filozofija prava i kraći spisi*, Dosije, Beograd, 2005, 74.

vezi aksiološki ispunjenog obrazovanja i umjesto obrazovanja za vrijednosti, stvara se puko obrazovanje za dobit. Što je motiv ovakvog brzog obrazovanja? Ništa drugo do stjecanje dobiti. Mi ne negiramo dobit kao valjanu stvar, samo ističemo da ona nije presudna i vodeća, i naglašavamo jedinstvo inteligencije i vrijednosti, a ne inteligencije i vlasništva.

Temelj pravničkog obrazovanja mora biti toliko široko i čvrsto postavljen, da bi činio protutežu pozitivističkim nastojanjima države, koja želi kontrolirati obrazovanje. Ovakva želja države za smanjenjem obrazovanja u smislu kvalitete i kvantitete građe koja se pruža studentima, proističe iz njenog samoljublja i želje da lakše koristi "ključ" pokornosti stanovništva, njihovo znanje. Tako prava obrazovanost pravnika postaje samo slučajnost i ekstrem, koji država lako "otklanja" i umjesto koga nudi usko stručno obrazovanje. Na taj način usko specijalizirani pravnik, pa čak i sveučilišni profesor prava, slični "tvorničkom radniku" koji čitav život proizvodi neki dio nekog stroja. Moramo, međutim, shvatiti da razlika između općeg i stručnog obrazovanja "nije zapravo oštra prepreka, već uzajamna dopuna, jer konkretna uloga čovjeka u svestrano razvijenoj društvenoj zajednici iziskuje podjednako solidnu općeo-brazovanu osnovu..."²¹. Danas se neprimjereno ovakvo stanje pukog stručnog obrazovanja, "obožava" kao "moralni" i obrazovni fenomen. Država uzdiže ovakvo stanje obrazovanja koje još nazivamo i "obrazovanje u malim stvarima", kao i stanje istinske udaljenosti od čovjeka. Tada se neobrazovanost u donekle atipičnim pravnim stvarima, stvarima izvan "puke" granice pravnog pozitivizma, smatra znakom "plemenite skromnosti" jednog pravnik. Na taj način dolazi do izopačenja svih pravih aspiracija u obrazovanju pravnik, te do isključivog obrazovanja budućih "narodnih tribuna" koji odbijaju prihvatiti stav da "istina ne može biti stvorena kao rezultat glasovanja"²². Problem se nalazi u postavci pravničkog obrazovanja, koje ističe kao svoje ishodište učenje za "vladanje" glasanjem, preglasavanjem, "neprimjerenih" kompromisa i u najmanju ruku "čudnih" koalicija. Zar je za istinu neopходan "kvorum" i zar postoji razlika u istini do koje se dolazi jednoglasno ili većinom? Što učimo studente prava? Istini ili modusima preglasavanja, kako bi vladali? Je li danas istina zamijenjena interesom?

²¹ *Filozofijski rječnik*, u redakciji Vladimira Filipovića, Nakladni zavod Matice hrvatske, Zagreb, 1984, 232.

²² J. Ratzinger, V. Messori, *Razgovor o vjeri*, VERBUM, Split, 2001, 55.

2. Pravničko obrazovanje kojem smo "naklonjeni"

Jedina prava aspiracija obrazovanja pravnika je apsolutna zaštita čovjekovog života. Ako to izostane u obrazovanju pravnika, nestaje utjecaj predpravnog uzroka obrazovanja, koji se nalazi u vrednovanju ljudskog života. A "pojačana" samostalnost pravnika ne stiže se apologetskim tonovima pozitivno-pravnog obrazovanja, jer pravnik najprije mora biti filozof koji ističe vrijednost čovjeka, a ispituje i "sumnja" u pozitivno-pravna rešenja. Tako obrazovanje postaje "brana" za zaštitu čovjeka od samovolje vlasti i "otklanja" patnju i stradanje ljudi. Ovo je nužan zakon prirode obrazovanja, koji se protivi svim "pomodnim" tendencijama.

Nasuprot formalnom, čisto pozitivno-pravnom obrazovanju, stoji ono obrazovanje koje još možemo nazvati i klasičnim obrazovanjem pravnika. Jasno je da je klasično pravničko obrazovanje izuzetno teško postići, jer to je nešto što zahtijeva, u punom smislu riječi, svestranu obdarenost. To, međutim, nije razlog da se prihvati formalno pozitivno-pravno obrazovanje, koje je gruba nefilozofska frazeologija, i nje se moramo "riješiti". Tek iz ovakvog stanja moguće je govoriti o pravnicima koji su "hrabro" hodali sami, ali branili ljudski život, na kojima će se sva buduća pravedna pokoljenja jednog naroda prosuđivati. Danas ovakvo obrazovanje potpomognuto bioetikom nudi "budnost" u svim stvarima i postat će ono što Hegel označava kao "apsolutno savršen etički organizam", a što je jedino moguće postići uz apsolutno priznanje značaja bioetike za očuvanje čovjeka.

Što se postiže klasičnim obrazovanjem pravnika? Rezultat je država koja počiva na humanosti i svestrana ličnost pravnika u okviru čvrstih zajedničkih humanističko-moralnih uvjerenja, koje nam nude kršćanstvo i bioetika. Ipak, ovo se neće dogoditi kada kršćanstvo, filozofiju, filozofiju prava, etiku i bioetiku "protjeramo" s pravnih fakulteta. Kakvim se tada ljestvama penjemo do "savršenog" pravnika?

Obrazovanje kojem smo "naklonjeni" u sebi sadrži kao imperativ sljedeće: "Samo bez žurbe!". Ovakvo obrazovanje namijenjeno je ustrajnim, temeljitim i mirnim duhovima, koji se nisu upustili u rasprave bez osnove i kovitlac modernog doba. Namijenjeno je onima koji nisu pronašli nove prolazne idole pravnog pozitivizma, koji ne uzdižu pravnu sigurnost nasuprot pravdi, koji vrednuju život, a ne upiru pogled na uštedu i gubitak vremena i imaju još vremena za svoje obrazovanje. Dakle, obrazuju se svakodnevno i trajno, i ne teže "pravničkom obrazovanju narodnih tribuna", koje pokazuje nedostatak "ozbiljne" etike i nehtijenje života.

Klasično obrazovanje pravnika, "potpomognuto" bioetikom, postaje aksiološko "lice" prava, koje tada mijenja smjer pravničkog obrazovanja. Postavlja se "novi" cilj – čovjek i prelazi s vlastitog interesa i vječite "potrage" za materijalnom udobnošću i

slavom, koji uzrokuju sukob, na ispitivanje mogućnosti uzdizanja vrijednosti čovjeka, te omogućava da se ustanove pravila koja počivaju na vrijednostima. U tom smislu bioetika koja sudjeluje u procesu obrazovanja pravnika kojem smo "naklonjeni", također pomaže izgradnji "vrijednosnog mentaliteta" pravnika. Ona pomaže da jasno prepoznamo i priznamo, da je dobro uvijek "pravac" k višoj vrijednosti, zlo "pravac" k nižoj, te pomaže da se vrijednosti "nađu" u pravnoj građi i postanu "idealne sile"²³ koje se probiju u našu stvarnost. Ta "tuđa" energija, koju pravo treba, može se naći u bioetici posredstvom koje se može savladati otpor realnog prema vrijednostima i "pospješiti" svoj razvoj u pravcu ostvarenja vrijednosti, te da "izroniti iz oceana ili baruština činjenica"²⁴ formalnog pozitivno-pravnog obrazovanja.

Svojim preispitivanjem stvarnosti i stavom *bene vivere et bene operari*²⁵ sprječavamo da se svako pozitivističko nastojanje i djelovanje opravda. U ovome nam mogu pomoći točno određeni ciljevi bioetičkog obrazovanja: "poticanje moralne imaginacije", "prepoznavanje etičkog problema", "razvijanje vještine analize", "razvijanje osjećaja moralne dužnosti i osobne odgovornosti" i "tolerancija kritike, neslaganja i suprotnih stavova"²⁶. Sve ovo trebalo bi pridonijeti da pravnici koji "ispunjavaju" politička tijela "istražuju primjenu i posljedice etičkih principa"²⁷ u svojoj cjelokupnoj djelatnosti²⁸.

3. Ishodište valjanog obrazovanja pravnika - čovjek

Čovjek i njegov život predstavljaju "čist" organski proces, ako se isključe vrijednosti, tako da ni proces obrazovanja čovjeka "nije oslobođen vrednosti"²⁹. Dakle, budući da je "obrazovanje upravljanje, formiranje karaktera ili ličnosti, onda ne može niti sme biti neutralno"³⁰. Na to nas već, bez dvojbe, upućuju kršćanstvo i bioetika, i tako potvrđuju da se cilj obrazovanja, a to je čovjek kao vrijednost, sam nameće. Zbog toga je neophodno, tijekom obrazovanja pravnika, uspostaviti odnos prema vrijednostima, jer pod obrazovanjem podrazumijevamo "preobražavanje ljudskog individuuma u pravcu razvijanja njegovih psihofizičkih snaga i usvajanja iskustvenih

²³ N. Hartmann, *Kleinere Schriften*, Berlin, 1955, 293. Navedeno prema: V. Pavićević, *Odnos vrijednosti i stvarnosti u modernoj njemačkoj idealističkoj aksiologiji*, Kultura, Beograd, 1958, 117.

²⁴ L. Štraus, *Prirodno pravo i istorija*, 37.

²⁵ Više o tome vidjeti u: B. Häring, *Das Gesetz Christi*, I, München-Freiburg, 1976.

²⁶ O tome više vidjeti u: N. Gosić, *Bioetička edukacija*, Pergamena, Zagreb, 2005, 31-33.

²⁷ *Ibid.*, 143.

²⁸ Ovdje posebno izdvajamo krivično-pravno područje, kao bitno za održanje vrijednosti čovjekova života.

²⁹ V. Kamps, *Javne vrline*, Filip Višnjić, Beograd, 2007, 95.

³⁰ *Ibid.*, 95.

sadržaja u neprekidnom kontaktu s prirodnom, društvenom i kulturnom stvarnošću..."³¹. Osobito tijekom tog "preobražavanja" valja uspostaviti valjan odnos prema vrijednosti čovjekovog života, o čemu nam i govori bioetika. Vrijednost ljudskog života spada u red vrijednosti, koje se odgojem i obrazovanjem pravnika "potpomognutim" bioetikom mogu razviti, i ne samo razviti, već i "zapovijedati", i u ovome nalazimo smisao uključenja bioetike u obrazovanje pravnika.

Pravo je proizvod čovjeka, zato je naglašena potreba uključenja bioetike u obrazovanje pravnika. Jer, kao proizvod "nesavršenog" čovjeka, ono i samo može biti sasvim suprotno osnovnoj vrijednosti, čovjeku. Dakle, da bismo shvatili pravi zadatak pravničkog obrazovanja, potrebno je pravo shvatiti "iz njegove ideje" koja može biti samo vrijednost³². Nemoguće je valjano pravničko obrazovanje koje je "slijepo za vrijednosti", jer ideja pravničkog obrazovanja može biti samo čovjek kao vrijednost, jer se pravo "može shvatiti samo u okviru ponašanja koje se povezuje s vrednošću"³³. Vrijednosti kao vječiti standardi ponašanja, na koje nam ukazuju aksiologija i bioetika, mogu poslužiti kao standardi, kojima moramo težiti u obrazovanju pravnika³⁴. Čovjek kao osnovna bioetička vrijednost postaje na ovaj način "građa" za pravničko obrazovanje, koje postaje most između stvarnosti i vrijednosti, te tako obrazovanje zadobiva "stvaralačku moć".

Samo vrijednosti mogu "podariti" obvezujuću snagu pravnim normama³⁵. Ovo je neophodno istaknuti, jer "u posljednjih je desetak godina etička ili bioetička refleksija postupno ušla u okružje pravne regulative"³⁶. Zbog brojnih nedoumica naše stvarnosti, kao i zbog oblikovanja i preoblikovanja stvarnosti u pravnu normu, moramo se tom prilikom "pozvati" na bioetiku. Dakle, u takvoj situaciji postaje jasno da će pravo zadobiti smisao, samo ako se usmjeri k vrijednostima i njihovom ostvarenju. Ovaj se proces utjecaja bioetike na pravo odražava i u obrnutom smjeru, pa se javljaju "zakonske norme, te brojni propisi, deklaracije, rezolucije, upute, smjernice, oglasi i obavijesti državnih tijela i institucija o bioetičkim pitanjima i problemima"³⁷. Ovo je neophodno jer: "U bioetici se ponavlja uobičajeni postupak transformacije načela djelovanja u moralne norme i običaje, njihovo uzdizanje u formu zakona; iz

³¹ *Filozofijski rječnik*, 232.

³² G. Radbruch, *Filozofija prava*, NOLIT, Beograd, 1980, 14.

³³ *Ibid.*, 15.

³⁴ O odnosu vrijednosti i ponašanja vidjeti u: B Reich, C. Adcock, *Values, Attitudes and Behaviour Change*, Methuen, London, 1976.

³⁵ O problemu obavezujuće snage pravne norme vidjeti u: R. Lukić, *Obavezujuća snaga pravne norme i problem objektivnog prava*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1995 i M. Trajković, *Pravo kao sistem kod Radomira D. Lukića*, Novi Sad, 2005.

³⁶ P. Barišić, *Bioetika i ljudska prava*, u: A. Čović (ur.), *Izazovi bioetike*, Pergamena, Zagreb, 2000, 43.

³⁷ N. Gosić, *Bioetička edukacija*, 142.

etičkih se rasprava oblikuju pravne norme i odredbe"³⁸. I: "Dok pravnici traže i nalaze rješenja za bioetičke probleme regulirane zakonom, bioetičari nude važna moralna načela u okolnostima zadanog bioetičkog slučaja i problema, uvažavanje vrijednosnog i kulturnog sustava u kojem se problem javlja i čije razumijevanje može kvalitetnije pridonijeti rješavanju slučaja i problema u odnosu na upotrebu zakona i prisile"³⁹.

Tada postaje jasno koliko je bitno uključiti bioetiku u obrazovanje pravnika jer: "Tamo gde pravo ne bi bilo ništa drugo do vođina zapovest, ostalo bi neobjašnjeno obvezivanje i samog vođe putem prava..."⁴⁰. Dakle, odsustvo aksiološke i bioetičke strane obrazovanja pravnika sasvim sigurno vodi čistom pozitivističkom shvaćanju obavezujuće snage pravne norme, koja u tom slučaju ne počiva na vrijednostima, već na volji vlasti. Stoga pravo mora postati impersonalno, vezano uz objektivnu vrijednost, uz čovjeka, a ne vezano uz interes osobe ili grupe na vlasti⁴¹.

Kada čovjek zaista ne bi sudjelovao u ostvarivanju vrijednosti, on ne bi mogao ostvariti svoju ljudskost, na čemu inzistira kršćanstvo i bioetika. Tek u situaciji unošenja vrijednosti u proces obrazovanja, čovjekova djelatnost poprima sve odlike "neugasive težnje" k uspostavljanju veze stvarnosti s vrijednostima. Ona se tada odnosi i na pravo, koje je također "vrednosno postavljena tvorevina duha"⁴². Zbog toga je potrebno, tijekom obrazovanja, najprije ukazati na aksiološku stranu svijeta, a potom i na vrijednosnu stranu prava⁴³. U takvom shvaćanju čovjeka kao vrijednosti, "najiskreniju" pomoć pravna znanost može "očekivati" od bioetike.

Kada bi iz prava bile isključene vrijednosti, koje su razlog njegovog postojanja, pravo bi se pretvorilo u jedan čisto formalno-pravni oblik postojanja pravnih normi. Tada ne bi mogli otkloniti mnoga načela pravnog pozitivizma, koja imaju u sebi nešto "neprirodno", i predstavljaju najozbiljniju slabost današnjeg obrazovanja pravnik. Posebno ističemo "pomodno" odbacivanje čovjeka, kao najveće vrijednosti, jer umjesto "samorazumljivosti" čovjeka kao vrijednosti, imamo njegovo istrajno odbacivanje. Uspriko stalnom isticanju "brige" za čovjeka, kroz niz pozitivno-pravnih grana, a posebno u javno-pravnoj, građansko-pravnoj i krivično-pravnoj građi, ipak se događa "potamnjenje vrijednosti života"⁴⁴. Smatramo da naša stvarnost nudi očigledne "napade na vrijednosti ljudskog života: samoubojstva, više ili manje 'oprav-

³⁸ P. Barišić, *Bioetika i ljudska prava*, 43.

³⁹ N. Gosić, *Bioetička edukacija*, 191.

⁴⁰ G. Radbruh, *Pravni i drugi aforizmi*, 7.

⁴¹ O pitanju interesa vidjeti u: V. Zsifkovits, *Politik ohne Moral?*, VERITAS-Verlag, Linz, 1989.

⁴² D. Mitrović, *Teorija države i prava*, Dosije studio, Beograd, 2010, 530.

⁴³ O aksiologiji prava vidjeti u: R. Lukić, *Sistem filozofije prava*, Savremena administracija, Beograd, 1992.

⁴⁴ M. Vidal, *Kršćanska etika*, 222.

dana'; ubojstva, izvršena zbog jednog ili drugog razloga; 'ozakonjena' ubojstva (desaparecidos, smrtna kazna); pobačaji, pozitivna eutanazija, uz konstataciju o tobožnjem 'pravu na slobodni izbor vlastite smrti'; ratovi, uhićenja, mučenja, itd."⁴⁵ Dakle: "To konfuzno pravno stanje rezultat je etičkog relativizma i juridičkog pozitivizma, koji su teoriju razlikovanja prava od morala preokrenuli u teoriju korjenitog razdvajanja dvaju termina"⁴⁶. Pored 'povratka' etike u pravnu znanost, dodajemo i uključenje bioetike, te na taj način uklanjamo moralni relativizam i pravni pozitivizam, koji danas čine temelj pozitivno-pravnog obrazovanja pravnika. Zapravo, isključit ćemo "dvoznačnost"⁴⁷ spram vrijednosti ljudskog života. Unutar pravne znanosti, nailazimo na antipode: vrijednost ljudskog života i konstantno pravno "podrivanje" vrijednosti ljudskog života, što se često dokumentira velikim brojem pravnih normi čija suština nije vrednovanje i zaštita čovjeka, već suprotno, "gaženje" čovjeka kao najveće vrijednosti, i to kroz "ideologije zla"⁴⁸.

Ovako postavljena "dvoznačnost" može biti uklonjena jedino istrajnim obrazovanjem pravnika za apsolutno vrednovanje čovjeka. Marciano Vidal ističe dvije mogućnosti za nadilaženje "dvoznačnosti": "fundamentalnu etiku", koja bi trebala opravdati vrijednost ljudskog života u korijenu, i "dosljednu etiku", koja treba na dosljedan način predstaviti vrijednost ljudskog života⁴⁹. "Fundamentalnu etiku" i "dosljednu etiku" valja sadržajem i metodološki ugraditi kao kvalitete obrazovanja pravnika, koje bi morale pomoći pravničkom obrazovanju, koje prečesto krivuda i skreće s puta vrednovanja čovjeka, da se vrati na "punu istinu o čovjeku"⁵⁰. Zapravo, obrazovanje pravnika moralo bi biti prirodni produžetak nastojanja vrednovanja i zaštite "transcendentalnosti ljudske ličnosti"⁵¹. Na ovaj način bi valjalo okrenuti pravničko obrazovanje k čovjeku, od koga je u suštini tako dugo odvojeno. Kako drugačije ukazati studentima prava da: "Ljudska ličnost nikada ne sme biti iskorišćena za potrebe ekonomskih, društvenih i političkih planova – koji god autoritet te planove nametao – čak ni pod izgovorom napretka date civilne zajednice ili drugih ljudi, u sadašnjosti ili budućnosti"⁵².

⁴⁵ M. Vidal, *Kršćanska etika*, 222.

⁴⁶ V. Valjan, *Bioetika*, 49.

⁴⁷ Uopće o "dvoznačnosti" moralne svijesti u odnosu na vrijednost ljudskog života vidjeti u: M. Vidal, *Kršćanska etika*, 222-223.

⁴⁸ J. Pavle Drugi, *Sećanje i identitet, Razgovori na početku novog milenijuma*, CLIO, Beograd, 2008, 13-20.

⁴⁹ M. Vidal, *Kršćanska etika*, 223.

⁵⁰ O pitanju "pune istine o čovjeku" vidjeti više u: Papsko veće za pravdu i mir, *Osnove socijalnog učenja katoličke crkve*, Beogradska nadbiskupija Fondacija Konrad Adenauer, Beograd, 2006, 6-8.

⁵¹ *Ibid.*, 25-26.

⁵² *Ibid.*, 69.

Zaključak

Dakle, konfuzija u primjeni pravnih propisa u odnosu na bioetičku problematiku nastaje najprije kao proizvod nepotpunog obrazovanja pravnika, a potom se kao direktan problem, naravno, javlja rad "takvih" pravnika u zakonodavnim tijelima i u ulozi zakonopisaca, kao i u ulozi primjenjivača pravnih propisa. Pažnju javnosti zaokuplja tek loš rezultat rada "takvih" pravnika, a za "prethodno pitanje", kako to pravnici "vole" istaći, koje sadrži samo obrazovanje pravnika, javnost nije zainteresirana.

Kako "zamišljamo" rad jednog pravnika, obrazovanog u duhu čistog pozitivizma, a u ulozi zakonopisca? Rezultat može biti jako "poguban" za čovjeka, jer pravnik pozitivista, od koga je vrijednost isuviše daleko, nije obrazovan u aksiološkom duhu. Moguće je ipak, da je on tijekom obrazovanja i došao u "dodir" s vrijednostima, ali sasvim je izvjesno da je tom prilikom u njegov duh "usađena" ideja vrijednosnog i moralnog relativizma.

Takav relativizam poguban je za "izrastanje" valjanih propisa, kojima bi se stvorila sigurna klima, iz jednostavnog razloga jer: "Konkretni zadatak politike je da moć stavi pod okrilje prava upravljajući tako njenom ispravnom primenom. Ne sme vredeti pravo jačeg, nego iznad svega snaga prava".⁵³ Ali, da bismo govorili o valjanom zakonopiscu i njegovom valjanom pravu koje stoji iznad moći, najprije moramo govoriti o valjanom obrazovanju budućeg zakonopisca. Shodno ovome, javljaju se sljedeća pitanja: "kako se rađa pravo i kako ga treba primjenjivati da bude sredstvo pravednosti, a ne povlastica moćnika da utvrđuje šta je pravedno?"⁵⁴ Dakle, danas se izbjegava razgovor o razlozima nastanka ovakvih problema, jer javnost više pažnje poklanja analizi posljedica. Bez korjenitih promjena u stvarima koje čine uzrok, ostat će "papirnata" i "besmislena" rasprava koja neće uroditi "plodom".

Rješenje se nalazi u aksiološkom i bioetičkom obrazovanju pravnika. Takvo obrazovanje mora ponuditi promišljanje osnovnih vrijednosti, te njihovo uklapanje u bioetiku i potom njihovu realizaciju u pravničkom djelovanju. Osnovni pokretač ovakvog obrazovanja mora postati čovjek kao vrijednost, odnosno valja "odlučno preporučivati ovu vezu između etike života i etike društva..."⁵⁵. Puko pozitivističko obrazovanje pravnika nudi odbacivanje čovjeka "kada prihvata i toleriše najrazličitije vidove nepoštovanja ljudskog života i nasilja nad njime..."⁵⁶. Što dalje ukazuje da: "Zlo nije manjak, već živo biće, duhovno, izopačeno i pokvareno. Zastrahujuća

⁵³ J. Racinger - Benedikt XVI., *Evropa, Njeni temelji danas i sutra*, Novoli, Beograd, 2010, 66.

⁵⁴ Ibid., 67.

⁵⁵ Benedikt XVI., papa, Enciklika, *Ljubav u istini*, Beogradska nadbiskupija, Beograd, 2010, 24.

⁵⁶ Ibid., 24.

stvarnost. Tajanstvena i strašna."⁵⁷ Ovakvo se "zlo" može pukim pravnim pozitivizmom "uvući" i u duh budućih pravnika. Dakle, proizlazi da sve mora biti podređeno čovjeku kao vrijednosti, pa čak i obrazovanje, iz jednostavnog razloga jer čovjek je bezuvjetna vrijednost, a ne "slabo i marginalizovano obličje"⁵⁸.

Marko Trajković, Niko Josić

On the necessity of bioethics education for lawyers

ABSTRACT

Education is a "bridge" that enables continuity of values. The task of educating the legal profession must be directed at the construction and protection of the value of man. Education must direct us at the fact that it is not only essential to receive knowledge, but also to live with it in harmony. The judgment of man depends on education, which must lead to ennoblement.

The education of lawyers must liberate its reality of "distorted lines", of unworthiness and the "princes of this world". It must create a "secure climate" for the activity of not only the legal profession, but also of others within bioethics education.

The haste in acquiring knowledge and non-maturing, which are present in the education of lawyers, render impossible to respond to the "painful" points of our reality. Bioethics most frequently indicates these points and that is why appears the idea of a need to include bioethics into the education of lawyers. Bioethics can help in the renewal of the consciousness of lawyers, which is "wounded" by pure positivism. By educating lawyers the "paper world" of the legal profession should be discarded, and a reality fulfilled with bioethical issues "seized".

⁵⁷ J. Ratzinger, V. Messori, *Razgovor o vjeri*, 128.

⁵⁸ Benedikt XVI., papa, Enciklika, *Ljubav u istini*, 24.

Karel Turza*, Sandra Radenović

Bioetička edukacija na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu¹

SAŽETAK

U ovom radu autori najprije izlažu glavne crte programa (*curricula*) osnovnih i izbornih predmeta [*Medicinska sociologija* i *Medicinska etika*, te *Uvod u nauku*, *Stanovništvo*, *ekologija* i *medicina*, *Istorija medicine*, *Komunikacija u medicini* (I. godina studija) i *Bioetika III*, *Bioetika IV* i *Bioetika V* (III., IV., odnosno V. godina studija)] koji su, *ultima linea*, svi povezani s bioetičkom edukacijom na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu, bilo kao svojevrsna bioetička propedeutika, bilo kao neposredno bioetičko obrazovanje. Nadalje, budući da u nastavnom procesu (osnovnom, ali odnedavno i u okviru poslijediplomskih, dakle, specijalističkih i doktorskih studija) rade na devet predmeta, s preko 2000 studenata tijekom jedne školske godine, autori opisuju ambijent u kom je bilo moguće postići takav angažman, te kratku povijest formiranja i razvoja navedenih predmeta. Najzad, s tim u vezi, autori izlažu i ulogu Katedre humanističkih nauka Medicinskoga fakulteta u Beogradu, u čijim su okvirima, inače, tijekom proteklih godina, ostvareni spomenuti, rekli bismo, radikalni pomoci k na humanističke discipline (na bioetiku, prije svega) orijentiranog edukaciji studenata Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Beogradu.

Kratka kronologija

Ideje, kao i njihova praktična implementacija, nastaju na različite načine; u najmanju ruku, na sljedeća tri načina:

1. kao rezultat mišljenja i praktičnog djelovanja pojedinca, odnosno tima;

¹ Ovaj tekst napisan je u okviru rada na projektu III 41004 (Rijetke bolesti) koji je podržalo Ministarstvo nauke Republike Srbije, na kome su autori suradnici.

* Adresa za korespondenciju: Karel Turza, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Katedra humanističkih nauka, Dr. Subotića 8, RS - 11 000 Beograd, Srbija, e-mail: turza@ed.bg.ac.rs

2. neke slične ili istovjetne ideje, kao i njihova primjena, nastaju manje-više u isto vrijeme, ali na sasvim različitim mjestima, kao rezultat intelektualnih i praktičnih napora više pojedinaca/timova, i, najzad,
3. neke slične ili identične ideje i njihova ostvarenja katkad nastaju u bliskom vremenu/prostoru, ali kao rezultat nezavisnih/odvojenih/nepovezanih (ili tek površno povezanih) mentalnih i praktičnih angažmana pojedinaca, odnosno timova.²

Potonji vid geneze, *ergo*, rađanja i razvoja, te implementacije ideja, dakle, kada su njihovi producenti prostorno/vremenski bliski, ali bez znanja da rade *na istoj stvari* – kada do razmjene znanja ipak dođe – danas se, u regularnim situacijama, to jest kada su u istraživački posao uključene normalne, točnije rečeno, benevolentne osobe, dalje odvija sinergijski, drugim riječima, u duhu tolerancije i, još više, uzajamnog podržavanja. Upravo to se dogodilo, točnije, počelo se događati prije otprilike šest godina – i još uvijek traje! – na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu, a u vezi s bioetikom i bliskim joj humanističkim disciplinama.

U to vrijeme otpočela je temeljna reforma kurikuluma našeg fakulteta (prilagodavanje visokoškolskih ustanova u Beogradu, odnosno Srbiji principima Bolonjskog procesa). Promjene je potakla, pokrenula i snažno podržala tadašnja fakultetska uprava, na čelu s dekanom, akademikom Vladimirom Kostićem i, naravno, timom njegovih najbližih suradnika.

Kada je, ubrzo nakon što je reforma nastave na beogradskom Medicinskom fakultetu otpočela, akademik Bogdan Đuričić postao dekan, inicirana je – s njegove strane prije svega, no i uz zdušnu podršku dekanskog kolegija – između ostalog, ideja da se bioetika, kao predmet, i službeno (dakle, da to bude u Statutu beogradskog Medicinskog fakulteta) uvrsti u red matičnih predmeta.

Mi, s *Katedre humanističkih nauka* – riječ je, prije svega, o nama, dakle, o Sandri Radenović i Karelu Turzi – pojma nismo imali o toj ideji, iako smo, u vremenu i prostoru (na fakultetu) bili veoma bliski, i dekanu i dekanskom kolegiju. A, pri tom, imali smo na umu gotovo identičnu ideju. Naš interes za bioetiku javilo se, otprilike, u isto vrijeme, ali, zahvaljujući prije svega "Lošinjskim danima bioetike", a u

² Povijest znanosti – a ovdje imamo u vidu, prije svega, tu vrstu znanja/saznavanja – nudi brojne primjere sva tri spomenuta načina rađanja ideja, odnosno njihove praktične primjene. E. g.: (*ad 1*) Nikola Kopernik je (na počecima epohe modernosti) radikalno promijenio dugotrajnu, (pra)staru (Ptolomejevu) – i, iako lažnu/pogrešnu, za najviši tadašnji autoritet, to jest crkvu, ali i za tzv. zdrav razum neupitnu – sliku univerzuma; (*ad 2*) Giordano Bruno, Galileo Galilei, Johannes Kepler i dr. dijele Kopernikovu istinu, uglavnom – nepovezani. (Tu je – a da bismo potkrijepili ovu drugu priču – svakako još zanimljiv Nicola Stigliola, s kojim se Bruno družio u djetinjstvu, ali s kojim kasnije u životu uopće nije imao veze, a koji je također zastupao Kopernikovu revoluciju znanja o univerzumu. Priča (*ad 3*) mogla bi također biti ilustrirana u kopernikanskom duhu, te mnogih drugih primjera iz povijesti znanosti, no budući da bi oduzela velik prostor, od nje odustajemo; uostalom, ona slijedi u osnovnom tekstu.

stvari, zahvaljujući našim dragim kolegama i prijateljima, Anti Čoviću i Hrvoju Juriću, te brojnim drugim osobama (nećemo sada navoditi imena ostalih naših kolega/kolegica i prijatelja/prijateljica, jer bismo, zasigurno, bojimo se, nekog/neku izostavili), koji su nas, da tako kažemo, "bioetički inficirali".

Karel Turza bio je, prvi put, "inficiran" idejom bioetike (*koncept integrativne bioetike*) 2005. godine, u Malom Lošinjju ("Lošinjski dani bioetike"). Ta "infekcija" zapravo nije bila patološko stanje, nego (vrlo) jak poticaj onome što je Turza, baš tada – a ne znajući što se u vezi s tim već radilo na Medicinskom fakultetu u Beogradu – koncipirao kao: *Katedra humanističkih nauka*, a u čije je okrilje, pored *Medicinske sociologije* i *Medicinske etike*, trebalo još uključiti predmete: *Komunikacija u medicini*, *Uvod u nauku*, *Stanovništvo*, *ekologija i medicina*, te *Istorija medicine*. Riječ je o predmetima koji su, makar implicitno, već bili svojevrsna prolegomena za *bioetiku*. Spomenimo i to da je koncept nastave na spomenutim predmetima prvenstveno interaktivnog karaktera – dakle, kombinacija predavanja i studentskih seminara i prezentacija, gostovanje brojnih predavača, profesora i eksperata iz određenih oblasti, gostovanje HIV-pozitivnih bolesnika, posjeti romskim naseljima u suradnji s patronažnom službom određenih Domova zdravlja itd. Otrprilike u isto vrijeme, u okviru projekta TEMPUS (a za Medicinski fakultet u Beogradu), Karel Turzi bilo je – i to treba naglasiti – zahvaljujući tadašnjem dekanu, akademiku Bogdanu Đuričiću i njegovim suradnicima, omogućeno da boravi u više navrata u Nizozemskoj (na Slobodnom sveučilištu u Amsterdamu, te na sveučilištu u Nijmegenu), da bi se podrobnije upoznao s teorijom i praksom europske medicinske etike, odnosno bioetike. S profesorom Evertom van Levenom (Amsterdam/Nijmegen) – koji je bio veoma posvećen suradnik Medicinskog fakulteta u Beogradu u promoviranju ideja medicinske etike, odnosno bioetike – uspostavljena je intenzivna suradnja. Također su, u to vrijeme, o bioetičkim pitanjima uspostavljeni vrlo plodni odnosi i sa sveučilištem u Udinama (Italija).

Sandra Radenović je, otad je počela raditi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu, bila angažirana ne samo u nastavi [a, riječ je o danas već, *nota bene*, 9 (devet!) predmeta], nego i na promoviranju koncepta *integrativne bioetike*. Kao i prof. Turza, "bioetičku infekciju" "zaradila" je u Malom Lošinjju (na "Lošinjskim danima bioetike", 2006. godine), a zahvaljujući pionirima bioetičkog projekta na ovim (balkanskim) prostorima, prije svega (da to opet naglasimo), prof. dr. Anti Čoviću i doc. dr. Hrvoju Juriću. Pa je, onda, bioetičku "infekciju", zajedno s profesorom Turzom, počela širiti po Srbiji – od Medicinskog fakulteta, preko Sveučilišta u Beogradu, do ovdašnjih medija.

Zahvaljujući tome, kao i sklonosti tadašnje uprave Medicinskog fakulteta u Beogradu, da promovira *bioetiku*, te da je, kao poseban predmet, uvrsti u red matičnih

predmeta, *bioetika* je, i u Statutu ove visokoškolske ustanove, zadobila status *matičnog predmeta*. Istina, predmeti *Bioetika III*, *Bioetika IV* i *Bioetika V* još uvijek su (tek) *izborni predmeti*, no s obzirom na to da je riječ o predmetima (a to se odnosi i na već spomenute predmete: *Uvod u nauku*, *Komunikacija u medicini*, *Stanovništvo, ekologija i medicina* i *Istorija medicine*) na koje se proteklih par godina javljalo najviše studenta našeg fakulteta (tijekom jedne akademske godine radimo s preko 2000 studenata), dakle, daleko više nego kada je riječ o medicinskim predmetima *sensu stricto*, vjerujemo da će predmet *bioetika* ubrzo postati i obvezan predmet na našoj školi. Ovu procjenu temeljimo na stavu aktualne fakultetske vlasti, to jest stavu (pozitivnom!) dekana, akademika Vladimira Bumbaširevića i njegovih suradnika (riječ je, prije svega, o prodekanici, prof. dr. Tanji Jovanović, prodekanu, akademiku Nebojši Laliću, prof. dr. Ivani Novaković, prodekanu i predsjedniku Etičkog odbora Republike Srbije, prof. dr. Slobodanu Saviću, voditelju Katedre za farmakologiju i toksikologiju i predsjedniku Bioetičkog društva Srbije, prof. dr. Zoranu Todoroviću itd.) prema *bioetici* u obrazovanju budućih medicinskih profesionalaca. Kao i prema Bioetičkom društvu Srbije, čije je sjedište na našem fakultetu.

Katedra humanističkih znanosti je, kako već rekosmo, nosilac *bioetičkog* projekta, i u nastavi, ali i u širenju – preko Bioetičkog društva Srbije – bioetičkog senzibiliteta na ovim prostorima. Veliku zaslugu za to – prema ocjeni najkompetentnijih ovdašnjih bioetičkih autoriteta – imaju, i u teorijskom i u praktičnom smislu, aktualni predsjednik BDS-a, Zoran Todorović i potpredsjednica BDS-a, Sandra Radenović.

Bioetičko društvo Srbije osnovano je sa sjedištem na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu, početkom travnja 2008. godine. Cilj *Društva* je, kako napominju osnivači, prvenstveno, poticati, pomagati i razvijati *bioetiku*, *bioetičku edukaciju* i *bioetička istraživanja*. Inicijatori stvaranja *Društva* bili su: Karel Turza, voditelj Katedre humanističkih znanosti na beogradskom Medicinskom fakultetu, akademik Bogdan Đuričić, tadašnji dekan Medicinskog fakulteta u Beogradu, Milenko Perović, prvi predsjednik *Društva* i profesor Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Novom Sadu, Sandra Radenović, asistentica na Katedri humanističkih znanosti beogradskog Medicinskog fakulteta i Dragana Stojić, pravnica i tajnica *Društva*.

U realiziranju formiranja *Bioetičkog društva Srbije* sudjelovali su brojni istraživači i eksperti iz prirodno-znanstvenih, društveno-znanstvenih i humanističkih disciplina, čiji je intelektualni interes posljednjih godina bio fokusiran na najrazličitije segmente *bioetike*, kao sve značajnijeg i, danas veoma popularnog, intelektualnog projekta koji u sebi uključuje brojne discipline, a u cilju uspostavljanja jednog novog teorijskog i praktičnog tretiranja *bios*a, to jest cjelokupnog *svijeta života*.

Osim što je osnivanjem *Bioetičkog društva Srbije* započelo formiranje svojevrsne *bioetičke arene* Srbije, na ovaj se način otvorila i mogućnost buduće suradnje i umrežavanja novoosnovanog *Društva* s brojnim sličnim organizacijama na tom području, radi teorijskog i praktičnog angažmana na *bioetičkom (re)konstruiranju čovjeka i njegovog svijeta*.

Najzad, spomenimo i značajnije aktivnosti, točnije, skupove i konferencije koje je organiziralo *Bioetičko društvo Srbije*. Pored tribina u organizaciji BDS-a, koje se redovito održavaju na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu i koje obrađuju različite bioetičke teme, ističemo dva međunarodna skupa koja je organiziralo *Bioetičko društvo Srbije*, tijekom 2010. godine. Najprije je, 29. siječnja 2010. godine, BDS organizirao prvu videokonferenciju, s nazivom *Bioethics Education – Sharing Various Experiences*, a od 4. do 7. studenoga 2010. godine, održana je međunarodna konferencija, 6. bioetički forum za jugoistočnu Europu, na temu *Bioetika – medicina – politika* (vidjeti detaljnije: <http://www.med.bg.ac.rs/?sid=1363>).

U listopadu 2011. godine *Bioetičko društvo Srbije* bit će, uz Medicinski fakultet u Beogradu i Službu za kliničku farmakologiju (Klinički centar Srbije), jedan od organizatora seminara s naslovom *Etika u pretkliničkom i kliničkom ispitivanju lijekova*, u okviru *Kontinuirane medicinske edukacije* predviđene za doktore medicine, stomatologije i veterine, za diplomirane farmaceute, biologe, medicinske tehničare, službenike različitih ministarstava koji se bave ispitivanjem i razvojem lijekova, te za studente medicine, stomatologije, veterine, farmacije, biologije i, svakako, za zainteresirane pravnike, filozofe, sociologe (rukovodioci seminara bit će prof. dr. Zoran Todorović i prof. dr. Milica Prostran).

Ovaj pregled bioetičke edukacije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beogradu zaključit ćemo konstatacijom da je ova visokoškolska ustanova jedan od rijetkih primjera – ako ne i jedinstven u regiji – vrlo uspješnog razvoja bioetičke edukacije u vrlo kratkom periodu; od 2005./2006. godine do danas. Razvoj bioetičke edukacije se, u ovom miljeu, nastavlja ne samo na našem fakultetu (te srodnim visokoškolskim ustanovama Sveučilišta u Beogradu), nego i šire – kroz veoma plodnu suradnju s kolegicama i kolegama bioetičarima u institucijama koje, još od sredine 90-ih godina prošlog stoljeća, njeguju bioetičku edukaciju u regiji. Tu prvenstveno imamo na umu Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, te Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Naravno – na kraju, ali ne i najmanje važno (naprotiv!) – izuzetan doprinos ovom poslu dali su, kako već rekosmo, i sveučilišta u Nijmegen, Udinama i Eichstättu.

Karel Turza, Sandra Radenović

Bioethical education at the Faculty of Medicine University of Belgrade

ABSTRACT

In the paper the authors expose the main points of the *curricula* of both basic and elective subjects (*Medical Sociology, Medical Ethics, Introduction to Science, Communication in Medicine, History of Medicine, Population, Ecology and Medicine, Bioethics III, Bioethics IV* and *Bioethics V*) within bioethical education at the Faculty of Medicine University of Belgrade. Besides, since the authors are, in the teaching process, engaged on 9 (nine!) subjects, working with more than 2000 students per (school) year, they also describe the context (Faculty of Medicine University of Belgrade) in which such an enterprise – meaning, in short: a significant and influential presence of the humanities within an academic institution that was traditionally, ever since it had been founded, exclusively oriented towards natural-scientific biomedical concept – has become possible. In brief: the Faculty of Medicine University of Belgrade, in fact, both its management and the professors, have recognized the humanities – bioethics in the first place – as an entirely new way of treating the very "subject" of medicine today, namely, the patient. How's that? Well, we'll let you know!

Nada Gosić*

Bioetička edukacija u Hrvatskoj: povijesni i aktualni pristup¹

SAŽETAK¹

Povijesni pristup bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj obuhvaća razdoblje od uvođenja bioetičke edukacije preko nastojanja da se osmisle programsko-metodološki pristupi u analizi i rješavanju bioetičkih problema do definiranja temeljnih postavki *Riječkog modela bioetičke edukacije*. Aktualni pristup u sebi sadrži: komparativni prikaz ciljeva bioetičke edukacije na medicinskim, filozofskim i teološkim fakultetima u Hrvatskoj, prikaz znanstvenih perspektiva s kojima se na navedenim fakultetima realiziraju nastavni bioetički sadržaji, definirani ishodi učenja, odnosno rezultati koje bi studenti tih fakulteta trebali postići nakon nastavnog procesa. Interdisciplinarni pristup stjecanju znanja postignut studentskim istraživačkim radom ima dvostruku zadaću: 1. aktualizirati odgovornost nastavnika bioetike u koncepciji nastavnih

¹ Ovaj članak nastao je metodom kompilacije. Autorica je prezentaciju pripremila i temu izložila preuzimanjem dijelova iz već objavljenih radova i objavljenih istraživanja o bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj. Riječ je o sljedećim radovima: Gosić, N. *Bioetička edukacija*, Pergamena, Zagreb, 2005.; Gosić, N. "Znanstveno-nastavna konceptualizacija predmeta medicinska etika na Medicinskom fakultetu u Rijeci", *Društvena istraživanja*, 23-24, 1996.; Gosić, N. "Bioethics in Croatia" *Synthesis filosofica*, 27-28, 1999.; Gosić, N. "Metode bioetičke edukacije", *Izazovi bioetike* (ur. Čović, A.), Pergamena, Hrvatsko filozofsko društvo, Zagreb, 2000.; Gosić, N. "Informed consent u poslijediplomskom obrazovanju", *Filozofska istraživanja*, 2000. Sv. 4.; Šegota, I., Gosić, N. "Moral Education in Croatia (The Rijeka Model)", *Brazilian Journal of Medical Education*, 2000., Vo. 24.; Gosić, N., Šegota, I. "Bioethics education in Croatia (Rijeka model)", *Eubios Journal of Asian and International Bioethics*, 2001., br. 11; Gosić, N. "Informed Consent in Graduate Education in Croatia", *Brazilian Journal of Medical Education*, 2002, No. 3.; Gosić, N. "Novelties from Croatia: Students of Philosophy, Law and Theology in Bioethics Education", *Synthesis Filosofica*, 2003., br. 35-36; Gosić, N. "Bioethical Education in Croatia", *Bioethik und kulturelle Pluralität Bioethics and Cultural Plurality*, (ur. Čović, A & Hoffman Th. S), Academia Verlag, 2005.; Gosić, N. (2009.): "Pravna perspektiva u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj", u: Sorta-Bilajac, I. (ur.), *Bioetika i medicinsko pravo*, Katedra za društvene znanosti Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, str. 91-99; Gosić, N. (2009.): "Pluriperspektivnost – cilj bioetičke edukacije na Medicinskom fakultetu u Rijeci", u: Čović, A., Gosić, N., Tomašević, L. (ur.), *Od nove medicinske etike do integrativne bioetike*, Posvećeno Ivanu Šegoti povodom 70. rođendana, Pergamena, Zagreb, Hrvatsko bioetičko društvo, str. 319-327; Gosić, N. "Integrativna bioetika u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj", u: Gosić, N. *Bioetičke perspektive*, Pergamena, Zagreb, 2011.

* Adresa za korespondenciju: Nada Gosić, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, B. Branchetta 20, HR – 51 000 Rijeka, e-mail: ngosic@medri.hr

sadržaja pomoću kojih će studenti moći sagledati etičku perspektivu svog budućeg poziva, i 2. istaknuti ulogu studenata u samostalnom istraživanju znanstvenih i drugih perspektiva o određenom bioetičkom problemu, načinima njihova rješavanja te primjeni prikupljenih informacija u postizanju konsenzusa i rješavanju bioetičkog problema.

Ključne riječi: bioetika, bioetička edukacija, Riječki model bioetičke edukacije.

Bioetička edukacija u Hrvatskoj: od uvođenja do Bolonjskog procesa²

a) Bioetička edukacija na medicinskim fakultetima

Medicinski fakultet u Rijeci prvi je u Hrvatskoj u redovitu nastavu akademske 1991./1992. godine za sveučilišni studij medicine uveo predmet *Medicinska etika i bioetika*. Stručni studiji za više medicinske sestre, medicinsko laboratorijske inženjere, više fizikalne terapeute i inženjere medicinske radiologije u redovitoj nastavi tada su proučavali *Etiku zdravstvene skrbi* kao bioetički kolegij, koncipiran tako da etička pitanja njihovih profesija dolaze do potpunog izražaja. Studenti studija stomatologije i diplomirani sanitarni inženjeri u izornoj nastavi imali su predmete *Medicinska etika* (stomatologija) i *Bioetika* (diplomirani sanitarni inženjeri).

Medicinski fakultet u Zagrebu uveo je akademske 1995./1996. godine kolegij *Medicinska etika* za studente šeste godine studija medicine. Prema navodima prof. dr. sc. Nike Zuraka, dugogodišnjeg voditelja kolegija, nastava etike na tom fakultetu ostvarivala se kroz dvije temeljne etičke zadaće: "Jedna je razvoj profesijskog etičkog identiteta i samosvijesti. Druga je stjecanje konkretnih medicinskih etičkih znanja, odnosno primjene općih načela teoretske etike na posrednim i neposrednim iskustvima kliničke prakse u svrhu prihvatanja postojećeg liječničkog etičkog kodeksa"³. Razlog zbog kojeg je etika kao posebni nastavni predmet uvedena tako kasno, jest, prema riječima prof. Zuraka, činjenica da se studenti i u ranijim godinama studiranja u okviru pretkliničkih predmeta, *Uvod u medicinu*, *Povijest medicine*, *Socijalna medicina*, *Medicinska sociologija*, *Sudska medicina* i *Medicinska psihologija*, upoznaju s teorijskim etičkim sadržajima. Zatim slijede prva posredna i neposredna etička iskustva, koja studenti imaju priliku stjecati u predmetima *Fiziologija*, *Patofiziologija* i *Farmakologija* - prije svega učeći po modelu, jer se podrazumijeva da te predmete mogu predavati osobe u čijem je profesionalnom i znanstvenom znanju i zvanju etičnost "sama po sebi" karakteristikom.

² Nužno je bilo razgraničiti dva povijesna razdoblja bioetičke edukacije u Hrvatskoj. Sadržajne i metodološke promjene koje su se odvijale u bioetičkoj edukaciji u proteklih dvadeset godina utjecale su na to da se bioetička edukacija u Hrvatskoj prezentira u dva povijesna razdoblja. Prvo obuhvaća razdoblje do Bolonjske reforme, a drugo od Bolonjske reforme do danas.

³ Zurak, N. (2002.) "Modusi etičkog pedagoškog djelovanja na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu", *Bioetička edukacija medicinaru*, Knjiga izlaganja na I. proljetnom bioetičkom simpoziju Hrvatskoga liječničkog zbora održanom u Zagrebu 1. lipnja 2001., Zagreb, str. 40.

Na Medicinskom fakultetu u Splitu studenti šeste godine studija medicine prolazili su sadržaj medicinske etike u intenzivnom radu u jednom tjednu, s fondom od trideset sati, na predavanjima i seminarskim raspravama⁴.

b) Bioetika na teološkim i filozofskim fakultetima

Na teološkim fakultetima u Hrvatskoj (sveučilišta u Zagrebu, Rijeci i Splitu) bioetička pitanja i problemi realizirali su se i realiziraju u okviru Katedre za moralnu teologiju. Određenje bioetike, smisao i vrijednost ljudskog života, neplodnost i umjetna oplodnja, biotehnologije i genetski zahvati, abortus, AIDS, vrijednost tjelesnog života, zdravlje i sport, grijesi protiv ljudskog života – ubojstvo i samoubojstvo, droga, alkohol, eutanazija – teme su o kojima studenti sa svojim nastavnicima uče i raspravljaju.

Na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, na Katedri za etiku⁵, do reformiranja studijskog programa u dodiplomskoj i poslijediplomskoj nastavi bili su prisutni bioetički sadržaji. Reformiranjem programa uvedena je bioetika kao samostalni nastavni predmet.

Na Filozofskom fakultetu u Rijeci, na Odsjeku za filozofiju, provodio kolegij *Bioetika i žensko pitanje*. U okviru nastave iz metodike nastave filozofije, od 2002. do 2004. godine, realizirao se interdisciplinarni dijalog studenata filozofije, teologije i prava o pitanjima transplantacije i eutanazije - zajedničkim pitanjima s kojima se suočavaju nastavnici bioetike ili članovi etičkih povjerenstava, a vezana su uz buduće profesije studenata. Od akademske 2005./2006. godine, na tom fakultetu izvodila se nastava iz kolegija *Bioetička edukacija*.

Bioetička edukacija u Hrvatskoj: od Bolonjske reforme do danas

Reforma visokoškolskog sustava u Republici Hrvatskoj usmjerila je istraživanje bioetičke edukacije na utvrđivanje stvarne prisutnosti bioetike i bioetičkih sadržaja u visokoškolskoj nastavi, na zastupljenost znanstvenih perspektiva s kojima se sadržaji koncipiraju i realiziraju, te na utvrđivanje razine pluriperspektivnosti u bioetičkim nastavnim sadržajima.

U realizaciji tih ciljeva korištena je metoda uzorka kojim je bilo obuhvaćeno trideset nastavnih programa bioetike iz triju znanstvenih područja: biomedicine i zdravstva, biotehničkih znanosti i znanstvenog područja humanističkih znanosti. Budući da se unutar svakog od navedenih znanstvenih područja obrazuju različite profesije i zanimanja, istraživanjem se namjeravalo utvrditi koliko ta različitost dolazi do izražaja u koncipiranju nastavnih sadržaja bioetike, te izražavaju li nastavni sadržaji bioetike temeljnu karakteri-

⁴ Ovaj način realizacije nastave pratimo sve do reformiranog nastavnog programa Medicinske humanistike unutar kojeg se realiziraju medicinsko-etički i bioetički nastavni sadržaji.

⁵ Na toj Katedri obranjena je i prva doktorska disertacije iz bioetike u Hrvatskoj, vođena pod mentorstvom prof. dr. sc. Ante Čovića, predstojnika Katedre.

stiku bioetičkih problema – znanstvenu i izvanznanstvenu pluriperspektivnost. U znanstvenom području biomedicine i zdravstva analizirani su i istraživani nastavni sadržaji koji se izvode na sljedećim studijima i fakultetima: studij medicine (medicinski fakulteti: Zagreb, Split, Osijek, Rijeka), stomatologije⁶ (Stomatološki fakultet Zagreb, Medicinski fakultet Rijeka), organizacije i upravljanja u zdravstvu⁷ (Medicinski fakultet u Rijeci), sanitarnog inženjerstva, medicinsko-laboratorijske dijagnostike, medicinske radiologije, sestinstva, fizikalne terapije, radne terapije (Medicinski fakultet u Rijeci, Visoka zdravstvena škola u Zagrebu) te studij veterinarske medicine (Veterinarski fakultet u Zagrebu). Prehrambeno-biotehnoški fakultet u Zagrebu i Visoko gospodarsko učilište u Križevcima ušli su u istraživanje kao predstavnici znanstvenog područja Biotehničkih znanosti. U znanstvenom području Humanističkih znanosti istraživani su bioetički nastavni sadržaji koji se izvode na studijima filozofije (filozofski fakulteti u Zagrebu, Rijeci, Zadru, Osijeku te Filozofski fakultet Družbe Isusove u Zagrebu) i teologije (katolički bogoslovni fakulteti u Zagrebu, Splitu i Đakovu te Teologija u Rijeci).

Rezultati istraživanja

I. Znanstveno područje biomedicine i zdravstva

Tablica 1. Naziv kolegija i broj bioetičkih sadržaja koji se realiziraju na fakultetima i visokim učilištima u znanstvenom području biomedicine i zdravstva.

Medicinski fakulteti	Nastavni predmet/sadržaj	Broj
Zagreb	Medicinska etika Kako primijeniti Hipokratovu zakletvu danas Gospodin Horvat ide doktoru	3
Split	Medicinska humanistika ⁸	1
Osijek	Medicinska etika	1
Rijeka	Medicinska etika Etika zdravstvene skrbi Etika u zdravstvu Bioetika u sestričkoj njezi ⁹	4

⁶ Od akademske godine 2010./2011. studij je dobio naziv Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Dentalna medicina, od kad a se kao obvezatni kolegij realizira *Bioetika i dentalna etika*.

⁷ Od akademske godine 2008./2009. na Medicinskom fakultetu u Rijeci pretao je upis na ovaj studij.

⁸ Na ovom se fakultetu od akademske godine 2010./2011. provodi reformirani nastavni program društvenih i humanističkih znanosti, u okviru kojeg su i medicinski etički i bioetički sadržaji definirani tako da se realiziraju tzv. prožimajućom metodom, od prve do šeste godine studija medicine.

⁹ Ovo su obvezatni bioetički sadržaji koji se realiziraju na Medicinskom fakultetu u Rijeci. Uz njih, realiziraju se i izborni kolegiji, no s obzirom na to da je u tijeku reforma izbornih kolegija, autorica je odlučila navesti samo obvezatne bioetičke kolegije.

Tablica 2. Visoka zdravstvena škola u Zagrebu

Studij	Nastavni predmet/sadržaj	Broj
Sestrinstvo	Filozofija i bioetika u zdravstvenoj njezi	1
Radna terapija	Etika i standardi prakse u radnoj terapiji	1
Medicinsko-laboratorijska dijagnostika	Medicinska etika	1
Fizioterapija	Bioetika	1
Medicinska radiologija/ Radiološka tehnologija	Pravo i etika	1

Tablica 3. Stomatološki i veterinarski fakultet

Stomatološki fakultet	Nema naziv za poseban nastavni predmet – neki nastavni sadržaji bioetike realiziraju se u okviru nastavnog predmeta Sociologija stomatološke profesije (tematika vezana uz prava bolesnika)
Veterinarski fakultet	Veterinarska etika

Prema navedenom u tablicama vidljivo je: 1. da se u znanstvenom području biomedicine i zdravstva realizira ukupno šesnaest bioetičkih sadržaja; 2. zajednički sadržaj za sve medicinske fakultete je medicinska etika; *Bioetika* kao samostalni nastavni predmet realizira se na Medicinskom fakultetu u Rijeci i na Visokoj zdravstvenoj školi u Zagrebu. Sljedeći korak u istraživanju bio je sagledavanje znanstvenih perspektiva koje su uključene u prezentaciju i realizaciju bioetičkih nastavnih sadržaja na fakultetima i visokim učilištima u znanstvenom području biomedicine i zdravstva.

Tablica 4. Zastupljenost i broj znanstvenih perspektiva u bioetičkim sadržajima kolegijima u znanstvenom području biomedicine i zdravstva

Fakultet	Znanstvene perspektive	Broj
Medicinski fakultet u Rijeci	medicinska, sociološka, filozofska, teološka, pravna	5
Medicinski u Osijeku	medicinska, teološka	1
Medicinski u Splitu	medicinska, teološka	2
Medicinski u Zagrebu	medicinska, teološka, pravna	2
Visoka zdravstvena škola	medicinska, teološka, pravna	3
Stomatološki fakultet	sociološka, pravna	2

Budući da je istraživanje pokazalo zastupljenost različitog broja znanstvenih perspektiva u prezentaciji i realizaciji bioetičkih sadržaja, bilo je nužno istražiti i sagledati odnos broja znanstvenih perspektiva i definiranje ciljeva bioetičke edukacije. Naime, pretpostavilo se da postoje razlike u definiranju ciljeva bioetičke edukacije na fakultetima na kojima se bioetički sadržaji prezentiraju i realiziraju pomoću jedne znanstvene perspektive i na fakultetima na kojima je u realizaciju bioetičkih sadržaja uključen veći broj znanstvenih perspektiva.

Analizom nastavnih programa bioetičkih sadržaja/kolegija utvrđene su sličnosti i razlike u definiranju ciljeva bioetičke edukacije u znanstvenom području biomedicine i zdravstva. Od šest ciljeva, koliko je pronađeno u nastavnim programima, zajednički cilj za sve spomenute fakultete je jedan, a tiče se dužnosti medicinskih i zdravstvenih djelatnika prema bolesniku. Važno je istaknuti da se taj cilj navodi isključivo u nastavnom sadržaju *Medicinska etika*, u kojem je prisutna samo jedna, i to medicinska perspektiva, kao što je to na Medicinskom fakultetu u Osijeku, ili se uz nju navodi još i teološka znanstvena perspektiva, kao u slučaju medicinskih fakulteta u Splitu i Zagrebu. Interdisciplinarnost kao cilj navodi se samo u nastavnom programu bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci, na kojem se bioetički sadržaji realiziraju pomoću četiri znanstvene perspektive, zbog toga se i pluriperspektivnost definira u nastavnim programima koji se realiziraju na tom fakultetu. Isto tako, dobiveni rezultati potvrdili su pretpostavku da se na fakultetima na kojima je uključen veći broj znanstvenih perspektiva u prezentaciji bioetičkog nastavnog sadržaja definira veći broj ciljeva bioetičke edukacije, odnosno da se njihovim definiranjem jasno ukazuje na nužnost uključivanja većeg broja znanstvenih perspektiva u objašnjavanje i analizu bioetičkih sadržaja.

II. Znanstveno područje biotehničkih znanosti

Tablica 5. Naziv kolegija i broj bioetičkih sadržaja koji se realiziraju na fakultetima i visokim učilištima u znanstvenom području biotehničkih znanosti

Fakulteti	Nastavni predmet/sadržaj	Broj
Prehrambeno-biotehnološki fakultet	Biotehnologija u zaštiti okoliša Društvo i ekologija Hrana, prehrana i zdravlje	3
Visoko gospodarsko učilište u Križevcima	Agrarna sociologija i bioetika Bioetika Animalna higijena, okoliš i etiologija Ekologija u poljoprivredi Ekološke metode zaštite bilja	5

Tablica 7. Zastupljenost i broj znanstvenih perspektiva u znanstvenom području biotehničke znanosti

Fakulteti	Znanstvene perspektive	Broj
Prehrambeno-biotehnološki fakultet	biotehnologija, ekologija	2
Visoko gospodarsko učilište u Križevcima	biotehnologija, sociologija, filozofija	3

Istraživanje pokazuje: 1. da se u znanstvenom području biotehničkih znanosti realizira ukupno osam bioetičkih sadržaja; 2. bioetiku kao poseban predmet ima Visoko gospodarsko učilište u Križevcima; 3. sedam bioetičkih sadržaja realizira se u okviru drugih nastavnih predmeta, od kojih četiri na Visokom gospodarskom učilištu u Križevcima, a tri na Prehrambeno-tehnološkom fakultetu; 4. pluriperspektivnost kao obrazovni cilj ne navodi se, iako je istraživanjem utvrđeno uključivanje dviju, odnosno triju znanstvenih perspektiva u realizaciju nastavnih bioetičkih sadržaja.

III. Znanstveno područje humanističkih znanosti

Tablica 8. Naziv kolegija i broj bioetičkih sadržaja koji se realiziraju na fakultetima i visokim učilištima u znanstvenom području humanističkih znanosti (polje filozofija)

Fakulteti	Nastavni predmet/sadržaj	Broj
Filozofski fakultet u Zagrebu	Bioetika	1
Filozofski fakultet u Osijeku	Bioetika	1
Filozofski fakultet u Zadru	Primijenjena etika	1
Filozofski fakultet Družbe Isusove	Bioetika	1
Filozofski fakultet u Rijeci	Bioetika Bioetička edukacija Bioetika i žensko pitanje	3

Tablica 9. Zastupljenost i broj znanstvenih perspektiva u znanstvenom području humanističkih znanosti - polje filozofija

Fakulteti	Znanstvene perspektive	Broj
Filozofski fakultet u Zagrebu	filozofska, medicinska, sociološka, teološka, pravna	5
Filozofski fakultet u Osijeku	filozofska, medicinska, sociološka, teološka, pravna	5
Filozofski fakultet u Rijeci	medicinska, filozofska, pedagoška, teološka	4
Filozofski fakultet Družbe Isusove	medicinska, teološka	2
Filozofski fakultet u Zadru	filozofska, teološka, sociološka	3

Iz prikazanog se može zaključiti: 1. da se na četiri od pet filozofskih fakulteta bioetika predaje kao samostalni nastavni predmet, i to na filozofskim fakultetima u Zagrebu, Osijeku, Rijeci i na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove; 2. na Filozofskom fakultetu u Rijeci realiziraju se i bioetički sadržaji u nastavnim programima predmeta *Bioetička edukacija* i *Bioetika i žensko pitanje*; 3. bioetički sadržaji dio su nastavnog predmeta *Pri-mijenjena etika* na Filozofskom fakultetu u Zadru; 4. interdisciplinarnost bioetike kao nastavni cilj uočen je u nastavnim programima na tri filozofska fakulteta (Zagreb, Rijeka, Osijek), sposobnost kritičkog mišljenja na dva fakulteta (Rijeka, Zadar); 5. u ovom se znanstvenom polju prvi put javlja pluriperspektivnost kao nastavni cilj bioetike – u nastavnim programima bioetike na filozofskim fakultetima u Zagrebu, Osijeku i Rijeci.

Tablica 10. Naziv kolegija i broj bioetičkih sadržaja koji se realiziraju na fakultetima i visokim učilištima u znanstvenom području humanističkih znanosti (polje teologija)

Fakulteti	Nastavni predmet/sadržaj	Broj
Katolički bogoslovni fakultet u Zagrebu	Bioetika, spolni i ženidbeni moral Teološko-bioetički aspekti izvantjelesne oplodnje Pastoralna medicina	3
Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu	Bioetika, spolni i ženidbeni moral Pastoral starih, bolesnih, umirućih i žalujućih	2
Katolički bogoslovni fakultet u Splitu	Bioetika Etika života	2
Teologija u Rijeci	Bioetika, spolni i ženidbeni moral Pastoralni rad s ovisnicima Prava pacijenata	3

Tablica 11. Zastupljenost i broj znanstvenih perspektiva u znanstvenom području humanističkih znanosti - polje teologije

Fakulteti	Znanstvene perspektive	Broj
Katolički bogoslovni fakultet u Zagrebu	teološka	1
Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu	teološka	1
Katolički bogoslovni fakultet u Splitu	teološka, filozofska, sociološka, medicinska	4
Teologija u Rijeci	teološka	1

Dobiveni rezultati ukazuju: 1. da se na teološkim fakultetima u Hrvatskoj predaje devet bioetičkih sadržaja; 2. da je bioetiku kao samostalni predmet uveo Katolički bogoslovni fakultet u Splitu; 3. da je zajednički bioetički sadržaj na tri teološka fakulteta *Bioetika, spolni i ženidbeni moral*; 4. po dva bioetička sadržaja realiziraju se u okviru drugih predmeta na fakultetima u Zagrebu i Rijeci, te po jedan u Đakovu i Splitu; 5. na tri teološka fakulteta bioetički sadržaji realiziraju se samo jednom, i to teološkom znanstvenom perspektivom, dok su na Katoličkom bogoslovnom fakultetu u Splitu, koji realizira nastavu bioetike, uz teološku, prisutne još tri znanstvene perspektive.

IV. Tablica 12. Zastupljenost bioetike i bioetičkih sadržaja u istraživanim znanstvenim područjima (ukupni rezultati istraživanja)

Znanstveno područje	Ukupan broj bioetičkih sadržaja	Bioetika kao samostalni nastavni predmet	Bioetički sadržaji u okviru drugih predmeta
Biomedicina i zdravstvo	16	2	14
Humanističke znanosti	13	4	9
Biotehničke znanosti	8	1	7
Ukupni broj	37	7	30

U trideset istraživanih nastavnih programa ukupno je pronađeno: 1. trideset i sedam bioetičkih sadržaja, sedam od njih realizira se kao samostalni predmet s nazivom *Bioetika*, dok se ostalih trideset realizira u okviru drugih nastavnih predmeta; najveći broj fakulteta u području humanističkih znanosti realizira nastavu bioetike, zatim dolaze fakulteti iz područja biomedicine i zdravstva; 3. najveći broj bioetičkih sadržaja u okviru drugih nastavnih predmeta realiziraju fakulteti iz područja biomedicine i zdravstva, a iza njih su fakulteti iz područja humanističkih znanosti.

V. Pluriperspektivnost i stupanj integrativnosti bioetike i bioetičkih nastavnih sadržaja

Za određivanje pluriperspektivnosti i stupnja integrativnosti u istraživanju su se otvorila tri metodološka pristupa: 1. definiranje pluriperspektivnosti kao cilja bioetičke edukacije (filozofski fakulteti u Zagrebu, Osijeku, Rijeci); 2. isticanje interdisciplinarnosti u ciljevima bioetičke edukacije (filozofski fakulteti u Zagrebu, Osijeku, Rijeci, Medicinski fakultet u Rijeci); 3. određivanje pluriperspektivnosti i stupnja integrativnosti bioetike prema broju znanstvenih perspektiva uključenih u realizaciju bioetike i bioetičkih sadržaja. Opredijelili smo se za treći pristup, jer je prema njemu realnije ocijeniti stupanj integrativnosti. U konačnici se tim pristupom mogu kao modeli integrativnosti proglasiti fakulteti unutar svakog istraživanog znanstvenog područja.

Zaključci

Istraživanjem dobiveni rezultati pokazali se sljedeće:

1. različita je zastupljenost znanstvenih perspektiva u bioetičkim sadržajima fakulteta u uzorku;
2. različit je broj znanstvenih perspektiva u bioetičkim sadržajima istoimenih fakulteta;
3. najmanji broj znanstvenih perspektiva je 1, a najveći 5;
4. četiri fakulteta u uzorku ima početni stupanj integrativnosti bioetike – fakulteti pripadaju različitim znanstvenim područjima;
5. tri fakulteta u uzorku imaju srednji stupanj pluriperspektivnosti bioetičkih sadržaja – fakulteti pripadaju različitim znanstvenim područjima;
6. četiri fakulteta u uzorku imaju visok stupanj pluriperspektivnosti bioetike – fakulteti pripadaju različitim znanstvenim područjima;
7. za modele pluriperspektivnosti mogu se istaknuti: filozofski fakulteti u Zagrebu i Osijeku u znanstvenom području humanističkih znanosti; Visoko gospodarsko učilište u Križevcima u području biotehničkih znanosti i Medicinski fakultet u Rijeci u znanstvenom području biomedicine i zdravstva;
8. postignuta razina znanstvene pluriperspektivnosti bioetičkih sadržaja u Hrvatskoj, posebice na fakultetima sa srednjim i visokim stupnjem pluriperspektivnosti, omogućuje razvoj bioetike u pravcu integrativnosti, odnosno uključivanja u bioetičke nastavne sadržaje i izvanznanstvenih perspektiva i njihovih predstavnika.

U pedagoško-metodičkom smislu rezultati istraživanja i iz njih koncipirani zaključci obvezuju nastavnike bioetike na osmišljavanje aktivnosti studenata i studentica kojima će oni stjecati i primjenjivati postignuća znanstvenih perspektiva u pristupu bioetičkim problemima, stjecati i razvijati vještinu analize i rješavanja bioetičkih dilema u svom budućem profesionalnom radu.

LITERATURA:

1. *Red predavanja 2005./2006.* – Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
2. *Raspored akademske godine 2005./2006.* – Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Splitu.
3. *Raspored akademske godine 2005./2006.* Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
4. *Vodič kroz fakultetski studij, akademska godina 2005.-2006.* - Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Teologija u Rijeci područni studij.
5. *Prijedlog preddiplomskog studijskog programa,* Filozofski fakultet, Odsjek za filozofiju, Sveučilište u Zagrebu, <http://www.ffzg.hr/programi/>
6. *Prijedlog diplomskog jednopredmetnog studija (znanstveni i nastavni smjer),* Filozofski fakultet Družbe Isusove u Zagrebu, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2005.
7. *Prijedlog programa preddiplomskog i diplomskog studija Filozofije,* Odjel za filozofiju Sveučilište u Zadru, Zadar, 2005.
8. *Plan i program sveučilišnog preddiplomskog studija Filozofije,* Filozofski fakultet u Rijeci, Odsjek za filozofiju, Rijeka, 2005.
9. *Program preddiplomskog studija prehrambene tehnologije,* Prehrambeno-biotehnološki fakultet Zagreb, <http://www.pbf.hr/ofakultetu.htm>
10. *Nastavni plan studija,* Visoko gospodarsko učilište u Križevcima, <http://www.vguk.hr>
11. *Plan nastave sveučilišnog integriranog preddiplomskog i diplomskog studija Medicine – akademska godina 2005./2006.,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku, <http://www.mefos.hr>
12. *Nastavni plan integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija Medicine,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
13. *Nastavni plan preddiplomskog sveučilišnog studija Organizacija, planiranje i upravljanje u zdravstvu,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
14. *Nastavni plan preddiplomskog sveučilišnog studija Sanitarne inženjerstvo,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
15. *Nastavni plan integriranog preddiplomskog i diplomskog sveučilišnog studija Stomatologija,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
16. *Nastavni plan stručnog studija Sestrinstvo,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
17. *Nastavni plan stručnog studija Medicinsko-laboratorijska dijagnostika,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
18. *Nastavni plan stručnog studija Medicinska radiologija,* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>

19. *Nastavni plan stručnog studija Fizioterapija*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, <http://www.medri.hr/studiji/>
20. *Nastavni plan predmeta Medicinska etika*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, <http://www.mef.hr/nastava/>
21. *Opis studijskog predmeta kako primijeniti Hipokratovu zakletvu*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, <http://www.mef.hr/nastava/>
22. *Opis studijskog predmeta Gospodin Horvat ide doktoru*, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, <http://www.mef.hr/nastava/>
23. *Izvedbeni program*, Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, <http://www.vet.hr/nastava/>
24. *Popis kolegija po godinama*, Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, <http://stzg.hr>
25. *Nastavni program stručnog studija Medicinska radiologija*, Visoka zdravstvena škola Zagreb, Zagreb, 2005.
26. *Nastavni program stručnog studija Medicinsko-laboratorijska dijagnostika*, Visoka zdravstvena škola Zagreb, Zagreb, 2005.
27. *Nastavni program stručnog studija Radna terapija*, Visoka zdravstvena škola Zagreb, Zagreb, 2005.
28. *Nastavni program stručnog studija Fizioterapija*, Visoka zdravstvena škola Zagreb, Zagreb, 2005.
29. *Nastavni program stručnog studija Sestrinstva*, Visoka zdravstvena škola Zagreb, Zagreb, 2005.

Nada Gosić

Bioethics education in Croatia: historical and current approach

ABSTRACT

The historical approach to bioethics education in Croatia includes a period ranging from the introduction of bioethics education to the effort of working out programmatic-methodological approaches in the analysis and solution of bioethics problems all through to a defining of the basic assumptions for the *Rijeka model of bioethics education*. The actual approach contains in itself: a comparative illustration of the aims of bioethics education at medical, philosophical and theology schools in Croatia, an illustration of scientific perspectives with which bioethics course contents are realised at the specified schools, defined outcomes of learning, that is, results students at those schools should achieve after the teaching process. The interdisciplinary approach to acquiring knowledge achieved by students' research work has a dual task: 1. To actualise the responsibility of bioethics teachers for the conception of course contents using which the students will be able to view the ethical perspective of their future calling, and 2. To emphasise the role of the student in independent research of scientific and other perspectives of a specific bioethical problem, methods for their solution and application of collected information for the achievement of a consensus and solution of the bioethical problem.

Key words: bioethics, bioethics education, Rijeka model of bioethics education

Iva Rinčić*, Amir Muzur

Od bioetičara – učenika do bioetičara – učitelja: pijetizam i edukacija u životu i djelu Fritza Jahra

SAŽETAK

Prije manje od petnaest godina, pozornost bioetičara privuklo je otkriće djela Fritza Jahra (1895.-1953.), teologa i učitelja iz njemačkog Hallea, koji je bio koncipirao kako pojam tako i disciplinu bioetike (*Bio-Ethik*, 1927.) širenjem Kantova kategoričkog imperativa na životinje i biljke.

Do danas su objavljene desetine članaka koje spominju Jahrove ideje o bioetici, ali je njegovo bavljenje drugim temama ostalo gotovo posve nepoznatim.

U ovome članku autori razmatraju Jahrov članak iz 1930., posvećen edukaciji ("Gesinnungsdiktatur oder Gedenkfreiheit? Gedanken über eine liberale Gestaltung des Gesinnungsunterrichts" [Diktatura svjetonazora ili sloboda mišljenja? Razmišljanja o liberalnom oblikovanju poučavanja o pogledu na svijet]). U ovome radu, objavljenom u časopisu *Die neue Erziehung*, Jahr zagovara "paket" od deset prilično progresivnih i slobodoumnih načela, uključujući objektivnost, pluriperspektivizam (*verschiedene Gesinnungseinstellungen*), tolerantni dijalog, autonomiju, racionalizam, liberalizam i demokratizaciju obrazovnog sustava i školskog razvijanja pogleda na svijet.

Osobita pažnja u ovome je radu posvećena usporedbi Jahrovih ideja s doktrinom pijetizma i Augusta Hermanna Franckea, utemeljitelja zaklade u kojoj je Jahr proveo znatan dio života kao učenik, a potom i kao učitelj.

Proslov

Stanje današnjeg društva u Hrvatskoj teško je definirati: riječ je o dinamičkoj rezultanti ispreplitanja procesâ različitog stupnja proširenosti i općenitosti, u kojoj ima mjesta za digitalizacijsku neurodeformaciju, informacijsku globalizaciju, amerikanizaciju (dakle, pragmatizam, alijenaciju i medijsku manipulaciju), postsocijalističku političku i ekonomsku tranziciju itd., itd., itd. U posljedičnom kaosu vrijednosti i

* Adresa za korespondenciju: Iva Rinčić, Sveučilište u Rijeci, Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, B. Branchetta 20, HR – 51 000 Rijeka, e-mail: irincic@medri.hr

vrijednosnog sustava, naravno, insistiranje na formalnoj edukaciji iz društveno-humanističkih sadržaja može nalikovati donkihotskom ustrajavanju na uzaludnom, nemogućem, pa i besmislenom razapinjanju jedara u oluji. Pa ipak, pitanje je preostaje li nam išta drugo doli pokušavati kroz narušen, ali jedini sustav (bio)etičkog obrazovanja, nametnuti informiranje i promišljanje o vrijednostima kojima, unatoč svemu, dosad nitko nije uspio poreći trajnost.

Problem othrvavanja općim društvenim tendencijama utoliko je alarmantniji što jedno novije istraživanje otkriva da u nas čak i studenti medicine, tradicionalno smatrani najdistanciranijima od socijalnih gibanja, tijekom svog studija podliježu regresiji moralnog rezoniranja.¹

U danoj situaciji, opravdano je posezati za analizama svih sustava obrazovanja, pa i onih koji su pali u zaborav ili iz njega dosad nisu izvlačeni, poput ideja Fritza Jahra, njemačkog teologa i učitelja iz Hallea, koji unatrag petnaestak godina postupno postaje poznatijim kao najstariji autor pojma i koncepta bioetike.

O Jahru i bioetici

Prema sadašnjem stanju znanja, Fritz Jahr je 1927., po prvi put u svijetu, u za ta vremena vrlo široko distribuiranom i čitanom popularnom časopisu *Kosmos*, objavio članak na temu "Bio-Ethik: eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze",² u kojemu formulira (premda ga još uvijek tako ne naziva) "bioetički imperativ" kao varijantu Kantova kategoričkog imperativa proširenog na životinje i biljke. U dvadeset sljedećih godina svoje publicističke aktivnosti, Jahr će objaviti nekih osamnaest kratkih članaka u kojima će elaborirati i svoje stavove o zagrobnom životu, unutarcrkvenim sukobima, seksualnoj etici, ulozi tiska i drugim temama.³

U maniri nekih starijih filozofa, život Fritza Jahra bio je vezan uz jedan jedini grad – Halle u istočnonjemačkoj pokrajini Sachsen-Anhalt. Rođen 1895., od svoje 18. godine do smrti od apopleksije izazvane visokim tlakom 1953., nije se micao iz skromne kuće na adresi Albert-Schmidt-Strasse 8. Studirao je pretežito teologiju, ali i filozofiju, glazbu, povijest i nacionalnu ekonomiju. Kao učitelj promijenio je 11 škola u 8 godina, da bi se sljedećih osam godina posvetio crkvenom radu kao pastor u Dieskauu, Braunsdorfu i

¹ Darko Hren, Matko Marušić i Ana Marušić, "Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years," *PlosOne* 6, no. 3 (2011): 1-9.

² Fritz Jahr, "Bio-Ethik: eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze," *Kosmos* 24, no. 1 (1927): 2-4.

³ Usp. Fritz Jahr, *Selected Essays in Bioethics 1927-1934*, pogovor Hansa-Martina Sassa (Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 2010); Fritz Jahr, *Aufsätze zur Bioethik 1927-1938*, pogovor Hansa-Martina Sassa (Bochum: Zentrum für Medizinische Ethik, 2010); Amir Muzur i Iva Rinčić, "Fritz Jahr, the man who invented bioethics: a preliminary biography and bibliography," podastrijeto za objavu u *Synthesis philosophica* (2011).

Kaneni. Pritisnut neimaštinom, s teško pokretnom ženom i bez djece koja bi mu mogla pomoći, vratit će se glazbenom poučavanju u vrijeme i nakon Drugoga svjetskog rata.

Znatan period vlastitog školovanja Jahr je proveo u obrazovnim institucijama Franckeove fondacije (*Franckesche Stiftung*), najprije u višim razredima osnovne škole (*Mittelschule*), a potom, od 1905., i u realnoj gimnaziji.⁴ Ovim će se školama Jahr dvaput vraćati da bi u njima odradio i dio svog učiteljskog staža.

Fondacija koju je osnovao August Hermann Francke (1663.-1727.) zasnivala je svoje karitativno djelovanje i poučavanje na pijetizmu – varijanti luteranskog protestantizma koju su začeli i u Halle prenijeli upravo Francke i njegov uzor Phillip Jacob Spenner.

Jahr o edukaciji

Premda su objavljene već desetine članaka koje barem spominju zasluge Jahra za bioetiku, a neki, uglavnom oni Hansa-Martina Sassa, i detaljnije seciraju Jahrov bioetički imperativ, dosad se premalo pažnje posvećivalo Jahrovim bavljenjima drugim temama. Namjera je ovog rada pridonijeti ispravljanju ovog propusta prikazom i raspravljanjem o Jahrovu članku na temu edukacije, naslovljenom "Gesinnungsdiktatur oder Gedenkfreiheit? Gedanken über eine liberale Gestaltung des Gesinnungsunterrichts" [Diktatura svjetonazora⁵ ili sloboda mišljenja? Razmišljanja o liberalnom oblikovanju poučavanja o svjetonazoru].⁶

Članak je objavljen 1930. (dakle, u vrijeme kada Jahr ima 35 godina, još nije oženjen, ali već ima zdravstvene tegobe radi kojih će se tri godine kasnije povući u mirovinu), u časopisu *Die neue Erziehung: Monatschrift für entschiedene Schulreform und freiheitliche Schulpolitik* [Novi odgoj: mjesečnik za odlučnu školsku reformu i liberalnu školsku politiku], koji je od 1919. do 1933. izlazio u Jeni.

Polazeći od postavke da se svjetonazor zasniva na moralnoj prosudbi, Jahr ne odriče važnost znanosti u njegovom formiranju, premda napominje da se i iz znanstvenih "objektivnih" činjenica nerijetko izvlače subjektivna, individualna tumačenja i zaključci. U kritici prevladavajuće prakse svoga vremena, Jahr zamjera nastavi religije zanemarivanje argumenata drugih vjeroispovijesti. U nastavi njemačkoga jezika i povijesti, pak, osuđuje forsiranje domoljublja i lojalnosti koji, premda poželjni, odriču svaku slobodu i nameću diktaturu određenog svjetonazora. Da bi eliminirao

⁴ Arhiv Franckeove fondacije Halle. *Schüleralbum von Ostern 1885 bis Ostern 1914: Realgymnasium der Franckeschen Stiftungen zu Halle a.d. Saale*. III IS B I 7.

⁵ Hans-Martin Sass u svom engleskom prijevodu njemačkog *Gesinnung* rabi nekoliko izraza: *character, conviction, disposition, opinion, attitude*. Usp. Fritz Jahr, *Selected Essays*, 16-17.

⁶ Fritz Jahr, "Gesinnungsdiktatur oder Gedankenfreiheit? Gedanken über eine liberale Gestaltung des Gesinnungsunterrichts," *Die neue Erziehung* 12 (1930): 200-202.

"dresuru" i potaknuo liberalizam, odnosno "demokratizaciju" svjetonazora (*Liberalismus bzw. "Demokratisierung" der Gesinnung*), Jahr predlaže deset načela:

- ne valja poučavati o unaprijed utvrđenom, subjektivnom svjetonazoru;
- treba strogo izbjegavati zastiranje unaprijed formiranog svjetonazora navodnom objektivnošću i lažnim "naprednim nastavnim metodama"⁷;
- metodički je neprihvatljivo uzimati u obzir samo ono što se uklapa, a "nezgodne" činjenice prešutjeti, poricati ili po potrebi preokretati;
- uvijek treba razmatrati različite svjetonazorne stavove (*Gesinnungseinstellungen*);
- obrađivati treba i međusobno suprotstavljene svjetonazore, njihove prednosti i mane, i to ravnomjerno i nepristrano (ne promatrati jedne kroz ružičaste, a druge kroz tamne naočale);
- ako se priopćuje neko osobno mišljenje, to treba uvijek izvesti neobvezujuće, pri čemu se ne smije zaboraviti ukazati na problematiku tog vlastitog svjetonazora;
- umjesto da se učenicima pristrano usađuje svjetonazor (*Gesinnungsmacherei*), treba im pružiti priliku da stvore vlastiti, odnosno dati im objektivni materijal za kasnije formiranje svjetonazora;
- izreka "razum i znanost – najveća čovjekova snaga" ne bi trebala biti zaboravljenom pri formiranju novog, odnosno kontroli već postojećeg svjetonazora. Pogrešno je, stoga, načelo koje donose jedne novine iz Münchena: "Najprije svjetonazor, potom razum!" Uostalom, ako "razum" može i samo naknadno objektivno nadgledati svjetonazor, već time bi se moglo biti zadovoljnim;
- ne treba se pozivati na to da su mladi zreli jedino za metodu autoriteta, a ne metodu slobode – tvrdnju koja ne bi smjela ostati bez prigovora. Ali čak i da je tako! Sjetva je uvijek starija od žetve. Praktične posljedice za nastavu iz religije proizlaze iz "Smjernica za nastavne planove viših škola u Pruskoj", u čijim se metodičkim primjedbama za pojedina područja poučavanja izriječno kaže da se nastava iz religije kao razredna nastava mora zadovoljiti time da priskrbi prikladan materijal za naknadno samostalno odlučivanje učenika;
- čak i kada se dogodi da se ne razvije željeni svjetonazor, ne treba zaboraviti da se takvi slučajevi mogu češće dogoditi ako se postupa prema staroj odgojnoj i nastavnoj metodi. Osim toga, samostalno formirani svjetonazor bolji je od pukog preuzetog i od dječjeg i nezrelog stava prema pitanju svjetonazora.⁸

Pijetistička načela edukacije

Jahrovo bavljenje edukacijom nije bilo motivirano samo vlastitom karijerom i iskuštvima, već se, kao što je to već bio slučaj i sa zaštitom životinja i nekim drugim pitanjima, Jahr, zapravo, samo još jednom okrenuo tipično pijetističkim temama. I

⁷ Arbeitsunterricht; u Sassovom engleskom prijevodu interactive teaching. Usp. Fritz Jahr, *Selected Essays*, 17.

⁸ Jahr, "Gesinnungsdiktatur," 201.

dok su edukacijska načela koja Jahr zagovara zanimljiva kao anticipacija – primjerice, pluriperspektivizma integrativne bioetike Ante Čovića (*Gesinnungseinstellungen*) – ona, međutim, bitno odudaraju od pijetističkih.

Ideolog pijetizma i osnivač zaklade za koju je Jahr bio tijesno vezan, August Hermann Francke, tvrdi da poboljšanje društva mora krenuti upravo od učiteljskog staleža.⁹ Po njemu, sredstva su odgoja prvenstveno primjeri (*Exempel*) i opomene/prijetnje i kazne (*Verheißungen und Strafen*).¹⁰ Poučavanjem dominira *methodus erotematica*, prema kojoj se gradivo, nakon kratkog predavanja, učvršćuje pitanjima i odgovorima (katekizmom): točnije, najprije dolazi *recitatio* – čitanje teksta, potom *explicatio* – objašnjenje i pitanja-odgovori te naposljetku *applicatio* – primjerenost pravoj pobožnosti.¹¹ Francke je vjerovao da se rezultati ispravnog odgoja moraju vidjeti već u osmoj ili devetoj godini života, pri čemu se zalagao za slijeđenje Božje volje, a nikako vlastite, koju treba po svaku cijenu slomiti ([...] *wohl daran gelegen, daß der natürliche Eigen-Wille gebrochen werde*).¹² Štoviše, Francke ustaje protiv znanosti u korist vjere (*Ach ja, ihr Lieben, ein Tröpfchen Glaubens ist weit herrlicher, als ein ganzes Meer voller Wissenschaften, und wäre es auch selbst die historische Wissenschaft des göttlichen Worts [Theologie]*).¹³ Načela ovakvog odgoja Francke objavljuje 1693. u djelu *Glauchische Gedenk-Büchlein* (namijenjenom svojim učenicima u Glauchi) i u svom najvažnijem pedagozijskom traktatu iz 1702., naslovljenom *Kurzer und einfältiger Unterricht wie die Kinder zur wahren Gottseligkeit und christlichen Klugheit anzuführen sind*.¹⁴

Kako uočava i Juliane Dittrich-Jacobi, za škole Franckeove zaklade (dakle, izvorno *Pädagogium, lateinische Ausleseschule* i *Armenstudium* u sirotištu – *Waisenhaus* – lociranom u predjelu Hallea poznatom kao Glaucha) bilo je tipična institucionalizacija i ritualizacija odnosa učitelj - učenik, potiskivanje i discipliniranje neposrednosti i samostalnosti, ritualizacija kazne i, unatoč svemu, razvijanje tijesne povezanosti učitelja i učenika, u skladu s načelom odgoja u pobožnosti.¹⁵

⁹ Peter Menck, *Die Erziehung der Jugend zur Ehre Gottes und zum Nutzen des Nächsten: die Pädagogik August Hermann Franckes* (Tübingen: Verlag der Franckeschen Stiftungen im Max-Niemeyer-Verlag, 2001), 20.

¹⁰ Ibid., 44.

¹¹ Ulrich Hein, "Der Pietismus und seine Bedeutung für die Pädagogik unter besonderer Berücksichtigung August Hermann Franckes" (Magistarski rad, Filozofski fakultet Sveučilišta "Christian Albrecht" u Kielu, 1996), 57.

¹² Menck, *Die Erziehung der Jugend*, 28.

¹³ Ibid., 32.

¹⁴ Usp. Bill Widén, *Bekehrung und Erziehung bei August Hermann Francke, Acta Academiae Aboensis, ser. A – Humaniora*, sv. 33, br. 3 (Åbo: Åbo Akademi, 1967), 7.

¹⁵ Juliane Dittrich-Jacobi, "Pietismus und Pädagogik im Konstitutionsprozess der bürgerlichen Gesellschaft: historisch-systematische Untersuchung der Pädagogik August Hermann Franckes (1663-1727)" (Doktorska disertacija, Fakultet za pedagogiju, filozofiju i psihologiju Sveučilišta u Bielefeldu, 1976), 273.

Jahr vs. Francke ili zaključak

Usporedba načela koje u edukaciji propagira Fritz Jahr s onima koje kao doktrinu nameće August Hermann Francke, otkriva izravnu opoziciju. Možemo zamisliti kakvim je pritiscima Jahr morao biti izložen učeći i radeći u instituciji koja nameće principe suprotne njegovima. Nije isključeno da je nestalnost karijere Fritza Jahra i njegova "nervna iscrpljenost" bila barem dijelom isprovocirana sukobom njegovih osobnih liberalnih stavova s pijetističkima koji su bili etablirani kao pruska državna religija i praksa. Čovjek bi mogao otići korak dalje i postaviti pitanje nisu li ovi snažno frustrirajući momenti možda utjecali i na Jahrovo napuštanje Kantove antropocentrične etike i koncepciju nove, bioetike? Ali to bi već bila puka spekulacija...

Iva Rinčić and Amir Muzur

From bioethicist - student to bioethicist - teacher: Pietism and education in the life and work of Fritz Jahr

ABSTRACT

Less than fifteen years ago, the attention of bioethics community was attracted by the discovery of the work of Fritz Jahr (1895-1953), a theologian and teacher from Halle (Germany), who had conceived both the term and the discipline of bioethics (*Bio-Ethik*, 1927) by broadening Kant's categorical imperative onto animals and plants.

Today, dozens of papers deal with Jahr's bioethics ideas, but his work related to other topics remains almost unknown.

In the present paper, we address Jahr's article from 1930, devoted to education ("Gesinnungsdiktatur oder Gedenkfreiheit? Gedanken über eine liberale Gestaltung des Gesinnungsunterrichts" [Dictatorship of worldview or freedom of thought? Considerations on the liberal structuring of teaching of attitudes]). In the article, published in *Die neue Erziehung*, Jahr advocates a set of ten quite progressive and free-minded principles, including objectivity, pluriperspectivism (*verschiedene Gesinnungseinstellungen*), tolerant dialogue, autonomy, rationalism, liberalism, and democratization of education system and of the development of worldview at school.

In this paper, a particular attention has been devoted to the comparison of Jahr's ideas to the doctrine of Pietism and August Hermann Francke, who had established the Foundation in which Jahr spent a significant part of his life, first as a student, and later as a teacher.

Boris B. Brajović*

Pojam "lijeka" u bizantskoj tradiciji: filozofsko-teološki aspekti

SAŽETAK

Pitanje odnosa bioetike i teologije dio je dugog i pregnantnog odnosa zapadnoeuropskog antropološkog diskursa. Teološka relevantnost bit će u samoj osnovi problema i pitanja "života". Kako to čovjek jest tijelo s dušom i što u tom odnosu znači disharmonija ili bolest. Karakter "farmakona" (lijeka) u homerskoj tradiciji, na koju upućuje prvo spominjanje ove riječi, otvorit će jednu ambivalentnost lijeka kao otrova i lijeka kao terapijskog sredstva koja neće biti lišena kršćanskih obilježja. Bolest i liječenje postaju stupovi bivstvujućeg u odnosu na prirodu i osobnost i na njihov antitetički odmak. Teologija bolesti bit će tako uvjetovana teologijom osobnosti kod Bizantskih Otaca.

"Ko pak okusi slatkog i medenog lotosa od njih, ne htjede više da se javi ni da se vrati... Ali ih plačevne ja odvucoh u lađe silom, pa ih u prostranim lađama sve pod klupe povezah, da zbog lotosa ne bi zaboravili povratak domu".¹ Ovako počinje deveto pjevanje Homerove Odiseje u kojoj autor pripovijeda o mukama s kojima se susreće Odisej u svom pokušaju povratka iz Troje u Itaku. Nakon što se bio usidrio s dvanaest brodova na nekom otoku, njegovi mornari, već obuzeti nostalgijom, a to je mješavina tuge i bola, prihvaćaju od domorodaca s otoka dar dobrodošlice - plod lotosa, ukusan plod koji ih vodi iz jedne hipermnemizije u amneziju, u potpuni analgetički zaborav, nakon čega zaboravljaju i svoj izviđački zadatak i cilj svoga putovanja. Iz te pozicije samo lijekom od odvikavanja i uz teške muke "putnici" se mogu

¹ Хомер, Одисеја, Матица Српска, Нови Сад 1961, стр. 228-229.

* Adresa za korespondenciju: Boris B. Brajović, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Pravoslavni bogoslovski fakultet sv. Vasilije Ostroški, Univerzitet Crne Gore, Filozofski fakultet, Odsjek za filozofiju, Danila Bojovića 3, CG - 83 000 Nikšić, e-mail: bbbrajo@yahoo.gr

vratiti na brod i nastaviti svoje putovanje. Frekventnost riječi "pharmakos" u homeovskom opusu ogromna je i teško je ponekad odrediti njen značenjski opseg, ali se njena semantička bivalentnost najčešće zadržavala na polovima "lijeka", odnosno "otrova". Njen terapijski karakter zapravo je proizašao iz najranije upotrebe ovog termina. Naime, "pharmakos" je žrtveni jarac, kojim čovjek, uspostavljajući odnos s transcendentnim, nadoknađuje svoj tjelesni i fizički gubitak ili bol. To prvo spominjanje riječi "pharmakos", prati i jedna sukladna kozmologija, iz koje proizlazi i teologija u antičkom smislu riječi. Naime, to je svijet junaka i heroja, bogova i polubogova, koji se nikad ne razbolijevaju, oni jednostavno žive ili umiru. I ako bi kojim slučajem neki od heroja u borbi zadobio rane, on se ne liječi, već određeni bog iz panteona helenskih božanstava učini čudo, tako da rane odmah nestaju. Ta veza teološke potentnosti i medicinskog umijeća bit će konstanta oko koje će se graditi i pojam liječenja u antici. Ona će biti i inkorporirana i u smisao same riječi medicina, u čijem je korijenu indoevropsko "med", odnosno mjera, sredina. Za antičkog čovjeka potrebna je mjera između teoloških i antropoloških komponenti. Za pravilan odnos potrebna je mjera koja daje mogućnost sagledavanja stvarnosti, jedan panoptikum na osnovi kojeg možete djelovati. Pojam "odgovarajućeg" (ἄρμόττον) koji Diokle koristi da pedagoški objasni uravnoteženost i harmoniju svega postojećeg, jest zapravo metonimija pojma pravilne mjere (σύμμετρον, μέτριον), koji čini suštinu zdravlja i plemenitog života (otuda najbrojniji su u hipokratskom korpusu spisi o dijeti kao mjeri ili normi; s tim je svakako u vezi i izraz o medicini kao *ars coniecturalis*). Medicina će biti mjera između tihi i tehni, između slučajnosti i umijeća, između čuda i znanja. Od samih svojih početaka, medicina će predstavljati jednu osobitu sintezu i harmoniju, isomiru prirodnih i antropoloških znanosti. Prevladavanje bilo kog aspekta ove sinteze dovodi do disharmonije, odnosno do nesvrhovitosti same medicine. Najbolju potvrdu tog filozofskog načela nalazimo kod Sokrata u snažnoj kritici svakog naturalizma, odnosno genocentrizma, kakvu nalazimo u dijalogu Fedon: "Jer, tako mi boga, davno bi, kako mislim, ove tetive i kosti bile u Megari ili u Beotiji, nošene mnijenjem gomile o onom što je najbolje, da nisam smatrao da je pravednije i ljepše trpjeti svaku kaznu koju mi država odredi negoli bježati i odmetnuti se. Ali u takvim stvarima nalaziti uzrok veoma je čudnovato. A ako bi tko govorio da bez toga, na primjer, bez kosti i tetiva i što još inače imam, ne bih mogao raditi ono što zaželim, istinu bi govorio. Ali da samo zbog njih radim što radim i da utoliko umom djelujem, a ne ukoliko biram ono što je najbolje – to tvrditi bila bi velika i grdna lakoumnost"... (Platon, Fedon XLIX – LVI)

Medicina nema za svoj objekt jednu deanimiziranu predmetnost, niti se bavi nečim takvim kao što je fitologija i zoologija; onda bi se, da je tako kako kaže Sokrat, kosti i tetive pitale što je dobro; već ona ispred sebe ima jedinstvenu stvarnost ljudskog

života, koja je povezana s ličnošću kao neponovljivom i jedinstvenom strukturom². Aristotel u svojoj *Politici* razlikuje tri stupnja medicinskog znanja: liječnika praktičara, kreativnog medicinskog znanstvenika sposobnog da prenese svoje znanje i čovjeka verziranog u stvarima medicine. Sva tri stupnja odgovaraju zapravo različitim razinama posvećenosti u tajnu ljudskog postojanja. Ali ostavimo sada Aristotela, vratimo se teološkoj proskinezi prvih helenskih medicinaru, koji će polagati zakletvu bogu Asklepiju, čineći tako onu neophodnu kariku da se medicinsko umijeće razumijeva kao dio svećeničkog posla. Tako stoji u jednom kratkom spisu Prokla Dija-doha, *O svećeničkom umijeću*, koji će biti posvećen raznim modelima homeopatije i noetske intropije, u čijoj je osnovi jedan vid mitološkog panteizma, odnosno pliro-moteizma, po kojem je u svemu živućem prisutan bog i božanska energija i koja se u umosagledavajućem učenju o suosjećanju stvari u svejedinstvu može otkriti čovjeku. Tako čitamo "kako je moguće neku travku i kamen jednom usmjeriti na djelovanje, već pokazuje za autofaniju češanj, za zaštitu lovor, trnje, mučiteljica, pijetlovi, dijamant i jaspis, a za pretkazanje srce krtice, te za božansko čišćenje, sumpor i morsku vodu". Usput, budući da smo spomenuli lotos kod Homera i lotofage, treba reći da kod Prokla postoji jedan dio koji govori o heliotropnom principu lotosa, koji se s promjenom sunčevih zraka skuplja i širi, što upućuje na mogućnost logosnog karaktera čovjeka koji počiva na antropotropnom principu. Ne treba zaboraviti ni Hipokratovo uvodno obraćanje u zakletvi, koje je ponovio i u svojim knjigama *O zakonu* i *O liječnicima*, gdje je teološka upućenost nedvosmislena: "Kunem se Apolonom liječnikom, Asklepijem, Higijom i Panakejom i svim bogovima i boginjama...".

Da je liječenje hieratio, odnosno svećenička služba, na koju je u helenističko doba bio pozvan svatko, nedvosmisleno ukazuje i citat iz iste zakletve koji kaže: "Što god tijekom liječenja – kao i mimo liječenja, vidio ili čuo u vezi s ljudskim životom, od onoga što nikada ne valja razglašavati, prešutjet ću, držeći takve stvari za tajnu". To će biti ona osnova biomedicinske etike, koju možemo nazvati Hipokratovim modelom, u kojem je briga i znanje za bolesnika plod ljudske posvećenosti i prijateljskog, filozofskog odnosa koji liječnik ima s božanskim i čije je osnovno načelo "ne nanesi zlo". To korespondira s onom podjelom koju će Darryl Macer nazvati deskriptivnom i preskriptivnom bioetikom. Osnova ove podjele jest da je najveće načelo bioetike pojam ljubavi i da nijedna etika ne može autonomno postojati, ako u sebi ne sadrži načelo ljubavi. To načelo u Paracelsusovom modelu otkriva se kao sastavni dio

² Upravo zato i pitanje kloniranja, čini se, sadrži, pored općih problema odnosa medicine i etike, i nešto više, jednu provokaciju, nešto hibridno (ύβρις), ono krije u sebi izvjesnu strepnju, nešto incestoidno, neki uznemirujući osjećaj suštinske disharmonije. Po svojoj prirodi, reprodukcija je dijabolična, ona unosi nesigurnost u nešto suštinsko, reći će Derrida, ona nudi "jednočelijsku utopiju koja posredstvom genetike privodi složena bića sudbini protozoa" (Ž. Bataj). Nemir još više unosi činjenica da su ovdje pogreške ireverzibilne i nisu vezane samo uz objekt pogreške, nego su mnogo šire.

strategije terapijskog ponašanja liječnika. Liječnik je zapravo organon božanske volje koji teži ne samo ozdravljenju, nego i dobru u najširem smislu te riječi. Liječenje je za Paracelsusa, kako će zapisati Irina Silujanova, organizirano ostvarenje dobra. Ali, čujmo samog Paracelsusa: "Snaga liječnikova leži u njegovom srcu, njegovim radom može rukovoditi Bog i obasjavati ga prirodna svjetlost i iskustvo; najvažniji temelj liječnikova poziva jest ljubav", a tu smo već u područje odnosa medicine i teologije, u čijem se semantičkom srcu i nalazi pojam *pharmakosa*.

Evandjelja, kao i život, počinju rodoslovom, odnosno rođenjem, temeljnim činom za svako biće i za zajednicu. To je prva antropološka perspektiva koja je neraskidivo vezana s osjećajem bola, muke i neizvjesnosti. Ali svako rađanje je i su-rađanje, suradnja dvaju bića koja dijele život. Svaki početak je zapravo jedno upućivanje na drugost drugoga. Ljudski život nije razumljiv samo kao postojanje, već kao supostojanje ličnosti u jednoj zajednici, iz čega proizlazi odgovornost i poštovanje nasuprot autonomiji individue. Etika živoga Boga nasuprot etike života je onaj ključni razdvajajući element kršćanske bizantske misli kojim je razdvojeno značenje *pharmakosa* u teologiji grčkih Otaca. U svjetlu te tradicije, kroz cijelo bizantsko razdoblje, pojam "lijeka" bit će povezan s ličnošću Isusa Krista, koji će u više novozavjetnih pasaža biti imenovan kao Liječnik i Spasitelj. To je onaj *novum* u kome liječenje i lijek nisu analgetička sredstva, nego darovi *zajednice*, kojom ličnosti postaju prisutne jedna drugoj. Istina o čovjekovom spasenju i izlječenju u okvirima bizantske misli može se samo promatrati iz personalističke ontologije. U tom pogledu i pojam "lijek" tumačen je samo kao plod te i takve kristijanizirane zajednice zasnovane na žrtvi ljubavi, a ne na samoljublju, koje je za svetog Makima Ispovjednika, patrijarha teološke misli Istoka, uzrok svake bolesnosti. Bolesan je onaj tko je zajednicu s Bogom zamijenio konvencijom odnosa, tko je lišen prisutnosti Drugoga, a "lijek" je zapravo sam taj Drugi. Zato će upravo pojam "pakla" za kršćansku misao biti mjesto arhibolesnosti, jer tamo nema ličnosti; Drugi ne postoji, i zato je to mjesto dosade, kako je zapisao Bulgakov. Ontološka pretpostavka spasenja i izlječenja je zato zajednica s Bogom, u kome je logos ljubavi jedini lijek postojanja.

Boris B. Brajović

Notion of "medicine" in byzantine tradition: philosophical-theological aspect

ABSTRACT

The issue of the relation of bioethics and theology is a part of long and intellectually pregnant tension in western anthropological discourse. Theological relevance will remain in the very basis and question of "life". In which manner man is a body with soul and what is the meaning of dis-harmony and illness in that relation? Character of "pharmakon" (medicine) in Homeric tradition (which is included in the first mentioning of the word) will open one ambivalence of medicine as both poison and medicine (therapeutic instrument) so the Christian tradition will not be deprived of these connotations. Illness and therapy are becoming "poles" of the manifestation of the Existential in its relation towards nature and person and towards their anti-thetic distance. Theology of illness will thus be conditioned by personality theology in the Byzantine patristic thought.

Orhan Jašić*, Dževad Hodžić**, Senada Selmanović***

Utjecaj religijskog statusa i kvalitete života na konzumaciju alkohola među studentskom populacijom Sveučilišta u Tuzli

SAŽETAK

Uvod: Alkoholizam je jedan od gorućih problema suvremene civilizacije, a samim time ističe se i kao problem među studentskom populacijom. Kvaliteta života danas se najčešće procjenjuje u fizičkom, duhovnom, materijalnom i okolišnom blagostanju. Religioznost je oduvijek bila dio sustava vrijednosti u ljudskom životu.

Cilj rada: Istražiti alkoholni status, zadovoljstvo kvalitetom života i religioznost studenata Sveučilišta u Tuzli. Na osnovi navedenih elemenata, ocijeniti postoji li korelacija između stupnja konzumacije alkohola, kvalitete života i religijskog statusa studenata.

Ispitanici i metode: Istraživanje je provedeno tijekom 2010. godine među studentima treće i četvrte godine većine fakulteta tuzlanskog sveučilišta. Korištena su 2 upitnika: WHOQOL-BREF upitnik o kvaliteti života WHO i Upitnik za ispitivanje religioznosti (prilagođen za Federaciju BiH na osnovi upitnika iz: Martin Rieger, Karin Bawidamann, Matthias Jäger, Religionsmonitor, 2008, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008), uz dodatak i pitanja o alkoholnom statusu. Za obradu podataka korišteni su Kruskall-Wallisov i ANOVA test sa statističkom značajnošću među varijablama $p < 0.05$.

Rezultati: Testirano je 526 ispitanika, od kojih 41 % muškaraca, a 59 % žena. Alkohol svakodnevno konzumira 0.8 %, par puta tjedno 5.4 %, par puta mjesečno 20.9 %, rijetko 35.2 % i nikada 37.7 % ispitane studentske populacije. Ukupna kvaliteta života kroz domene psihičkog i fizičkog zdravlja i domenu okoline u odnosu na različite stupnjeve konzumacije alkohola nije pokazala statističku značajnost za razliku od domene socijalnih odnosa, gdje postoji statistička značajnost na razini $p < 0.005$. Različite navike konzumiranja alkohola i sve domene religijskog statusa (ideologijska, iskustvena, ritualna, intelektualna i posljedična domena) pokazale su visoku značajnu statističku razliku na razini $p < 0.0001$.

* Adresa za korespondenciju: Orhan Jašić, Medicinska škola - Jezero Sarajevo, Patriotske lige 67a, BA - 71 000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina, e-mail: orhanjasic@yahoo.com

** Fakultet islamskih nauka u Sarajevu

*** JZU DZ Mustafa Šehović, Tuzla

Zaključak: Više od 62 % studentske populacije konzumira alkohol. Religiozni studenti sig-nifikantno manje ili nikada ne konzumiraju alkohol. Kvaliteta života, osim njegove socijalne domene, ne utječe na razinu konzumacije alkohola.

Ključne riječi: studenti, alkohol, kvaliteta života, religijski status.

1. UVOD

1.1. *Studenti*

Studenti su populacija mladih koju, iako pripadaju dijelu najzdravijeg stanovništva, treba promatrati kao vrlo osjetljiv segment društva. Teško je odrediti kada točno osoba ulazi u odraslu dob, ali se najčešće kao granica uzima dob od 18 godina. U ovoj životnoj dobi obično se završava unutrašnja tranzicija iz adolescentnog u zrelo doba, kada se snažno mijenjaju obrasci ponašanja. Uobičajeni životni ciklus odrasle dobi počinje završetkom srednje škole, nakon čega neki omladinci preuzimaju odgovornost odraslih, tražeći posao i osamostaljujući se, dok drugi upisuju fakultete. Studenti su skupina koja je izložena neuobičajenim pritiscima, kao što su prilagođavanje novom društvenom i fizičkom okruženju i promjena socijalne mreže. Kako bi dosegli željene ciljeve u karijeri, pred njih se postavljaju visoki akademski zahtjevi. Kao rezultat toga, studenti mogu imati više samouvida i više spremnosti da priznaju konflikt, strah ili sumnju u sebe i svoju budućnost, u odnosu na druge populacijske skupine¹. Studenti su izloženi novim stresovima, kao što su akademske obaveze. Oni su dio mlade populacije koja obično zavisi od obitelji, jer još nisu preuzeli brigu za materijalno, u odnosu na dio svojih vršnjaka koji ne studiraju već rade. Studenti se prilagođavaju novim potrebama unutarnjeg i vanjskog okruženja i tada se pod različitim utjecajima formiraju stavovi prema religiji, zdravlju i rizičnom ponašanju, što je osnova za stanje kvalitete života u kasnijim godinama. Dosadašnji nalazi o kvaliteti života zdrave populacije, na koje je ukazao Cummins, pokazuju da se studenti razlikuju od ostatka populacije, izdvojeni kao posebna skupina². Zaštita zdravlja mladih ljudi u svim njegovim aspektima (fizičko, mentalno i socijalno) predstavlja snažnu obavezu i odgovornost svih segmenata društva.

¹ Fred B. Bryant, Marquez: 1986, "Educational status and the structure of subjective well-being in men and women", *School Psychology Quarterly*, (49/1986), str. 142–153.

² Robert A. Cummins, "Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model", *Social Indicators Research*, (64/2003), str. 225-256.

1.2. Alkoholizam

Alkoholizam je gorući problem suvremene civilizacije, a samim tim i problem među studentskom populacijom. Tolerantnost okoline na pijenje alkohola visoka je, pa tako, od unošenja malih doza alkohola do kliničkih i tjelesnih znakova intoksikacije, protekne mnogo dragocjenog vremena. Društvo kasno stupa na scenu, obično svojim sustavom osuda i izolacija.

1.3. Kvaliteta života

Kvaliteta života danas se najčešće procjenjuje u tjelesnom, duhovnom, materijalnom i okolišnom blagostanju. Ljudi uglavnom subjektivno zadovoljstvo životom opisuju koristeći pozitivni dio ljestvice raspona od nezadovoljan do zadovoljan. Cummins i suradnici objasnili su da se kvaliteta života održava u homeostazi. Homeostatički sustav sličan je ravnoteži koja se javlja kod krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koje se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini za funkcioniranje organizma. Slično je i s kvalitetom života. Interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca određuje subjektivnu procjenu kvalitete života. Među osobinama ličnosti ističu se ekstraverzija, neuroticizam, optimizam i lokus kontrole, kao čimbenici koji utječu na procjenu zadovoljstva životom. U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna, te se, u prosjeku, procjenjuje kao 3/4 maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ako dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. No, čovjek pokazuje tendenciju da i u takvim situacijama pronađe ravnotežu i vrati se u homeostazu³. Istraživanja su pokazala da objektivni i subjektivni faktori nisu linearno povezani. U situaciji loših socijalnih uvjeta života, poboljšanjem uvjeta povećat će se i subjektivna percepcija zadovoljstva životom, ali na određenoj razini ta se povezanost gubi⁴. Ako su zadovoljene osnovne životne potrebe pojedinca, povećanje materijalnog bogatstva neće značajno utjecati na subjektivnu mjeru kvalitete života. Mnogobrojne su definicije kvalitete života. Kvaliteta života subjektivno je doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva⁵. Kvaliteta života sveukupno je opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivnu procjenu fizičkog, materijal-

³ Robert A. Cummins, Richard Eckersley, Julie Pallant, Jackie Van Vugt, Rose Anne Misajon, "Developing a national indeks of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing indeks", *Social Indicators Research*, (64/2003), str. 159-190.

⁴ Robert A. Cummins, "Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model", *Social Indicators Research*, (52/2000), str. 55-72.

⁵ Mirjana Krizmanić, Vladimir Kolesarić, "Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života", *Primijenjena psihologija*, (10/1989), str. 179-184.

nog, društvenog i emocionalnog blagostanja, zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, a sve vrednovano kroz osobni skup vrijednosti pojedinca⁶. Kvaliteta života je osobna percepcija vlastitog načina života u kontekstu kulture, sustava vrijednosti, težnji, izgleda za budućnost, standarda i interesa⁷.

1.4. Religioznost

Religioznost je oduvijek bila dio sustava vrijednosti u ljudskom životu. Odnos prema religiji ne shvaća se kao dihotomija religiozni - ateisti, već kao kontinuum na čijem se jednom kraju nalazi potpuna religioznost, a na drugom potpuna nereligioznost; između ta dva ekstrema nalaze se svi mogući prijelazni stupnjevi na kojima se miješaju komponente religioznosti s komponentama nereligioznosti⁸. Jedna od najviše prihvaćenih socioloških definicija religije je ona Durkheimova, koja religiju definira na sljedeći način: "Religija je čvrsto povezan sustav vjerovanja i običaja koji se odnose na svete, to jest izdvojene i zabranjene stvari, naime sustav vjerovanja i običaja koji sve svoje pristalice sjedinjuje u istu moralnu zajednicu zvanu crkva."⁹ U okviru psihologije, religija se definira kao "sustav shvaćanja, vjerovanja, ponašanja, obreda i ceremonija pomoću kojih pojedinac ili zajednica stavljaju sebe u odnos s Bogom ili s nadnaravnim svijetom i često u odnos jednih s drugima, te od kojeg religiozna osoba dobiva niz vrednota prema kojima se ravna i prosuđuje naravni svijet". Prema Allportovoj izjavi, da ima toliko različitih religioznih iskustava koliko i religioznih ljudi na zemlji, Ćorić dodaje: "... i onoliko različitih interpretacija o njima koliko i psiholoških istraživanja njima posvećenih".¹⁰ Brojne studije istraživale su različite komponente ljudske religioznosti.¹¹ Većina studija pokazuje da je religioznost višedimenzionalna, pa se u njenom istraživanju koristi faktor analize. Američki sociolozi Glock i Stark predložili su jednu od najpoznatijih višedimenzionalnih ljestvica religioznosti, koja se klasificira u pet temeljnih dimenzija svojstvenih svim religijama¹²:

⁶ David Felce, Jonathan Perry, "Quality of life: Its definition and measurement", *Res Developmental Disabilities*, (16/1995), str. 51-74.

⁷ The Whoqol Group, "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization", *Social Science and Medicine*, (41/1995), str. 403-409.

⁸ Dinka Marinović Jerolimov, "Religijske vrijednosti u Hrvatskoj", *Sociologija sela*, (38/2000), str. 125-138.

⁹ Emile Durkheim, *Elementarni oblici religijskog života – totemistički sustav u Australiji*, Jasenski i Turk, *Hrvatsko sociološko društvo*, Zagreb, 2008., str. 101.

¹⁰ Šimun Šito Ćorić, *Psihologija religioznosti*. Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998., str. 17.

¹¹ Thomas L. Brink, "Religiosity: measurement", u: Frank N. Magill (ur.), *Survey of Social Science: Psychology CA*: Salem Press, Pasadena, 1993., str. 2096-2102.

¹² Charles Glock, Young Rodney Stark, *Religion and Society in Tension*, Rand Mc Nally, Chicago, 1965., poglavlje 2.

1. *Ideološki dimenzija* temelji se na očekivanju da će religiozna osoba prihvaćati određena vjerovanja. Sadržaj i opseg tih vjerovanja može se razlikovati ne samo među religijama, već često i unutar iste religijske tradicije.¹³
2. *Iskustvena dimenzija* odražava činjenicu prema kojoj sve religije očekuju da će religiozna osoba u određenom trenutku doživjeti različite osjećaje povezane s religioznim iskustvom u rasponu od poniznosti do radosti te od osjećaja smirenosti i spokoja do osjećaja strasnog jedinstva s nadnaravnim.
3. *Ritualna dimenzija* odnosi se na specifične religijske prakse koje vjernici trebaju obavljati (odlazak u bogomolju, molitva, post i slično).
4. *Intelektualna dimenzija* vezana je uz očekivanje da će religiozna osoba biti upoznata s osnovnim načelima svoje vjere, no vjerovanje ne mora slijediti iz znanja, niti sva znanja djeluju na vjerovanje. Rezultati istraživanja pokazuju kako vjernici često ne znaju neke osnovne činjenice vezane uz svoju vjeru.¹⁴ U suvremenom društvu religijski se dogmatizam sve manje bezuvjetno prihvaća, što pogotovo vrijedi za mlade, koji se ne zadovoljavaju zadanom istinom, nego poput mozaika slažu vlastitu istinu uzimajući ono što im je blisko, a odbacujući ono što im ne odgovara.¹⁵
5. *Posljedična dimenzija* religioznosti odnosi se na preporuke o ponašanju i stavovima koje vjernici trebaju usvojiti, tj. govori o utjecaju vjerovanja, obreda, religioznih osjećaja i znanja na svakodnevni život pojedinca te na njegov odnos prema sebi i svijetu koji ga okružuje.

Religioznost pojedinca značajan je modifikator strukture vrijednosti, kao i važan prediktor širokog spektra ponašanja i stavova.¹⁶

2. Ciljevi

U ovom radu istražena je religioznost, kao jedan od elementarnih odnosa čovjeka prema svemu oko sebe, jer čovjekov odnos prema Bogu može se odraziti i na njegov odnos prema samom sebi, prema drugim ljudima, svijetu koji ga okružuje i ovisnostima kao što je alkohol.

¹³ Dinka Marinović Jerolimov, "Religijske vrijednosti u Hrvatskoj", *Sociologija sela*, (38/2000), str. 125–138.

¹⁴ Ankica Marinović Bobinac, "Posljedična dimenzija religioznosti" *Sociologija sela*, (38/2000), str. 111–124.

¹⁵

¹⁶ Damir Ljubotina, "Razvoj novog instrumenta za mjerenje religioznosti", u: Vera Čubela Adorić, Ilija Manenica, Zvezdan Penezić (ur.), *XIV. dani psihologije u Zadru*, Odsjek za psihologiju, Zagreb, 2004., str. 80.

Ciljevi istraživanja bili su: identificirati alkoholni status, kvalitetu života i religiozni status studenata; ustanoviti korelaciju religioznog statusa s alkoholnim statusom studenata i korelaciju samoocjene kvalitete života ispitanih studenata s njihovim alkoholnim statusom.

3. Ispitanici i metode

3.1. Ispitanici

Ispitanici su bili studenti treće i četvrte godine osam fakulteta Sveučilišta u Tuzli (tablica 1). Ukupno je podijeljeno 600 upitnika, od čega je ispravno popunjenih 526. Muškaraca je bilo 216 (41 %), a žena 310 (59 %).

Tablica 1. Distribucija ispitanika po fakultetima

Fakultet	Broj ispitanika (N)	Postotak ispitanika (%)
Tehnološki	56	10.6
Tehnički	25	4.8
Pravni	96	18.3
Medicinski	113	21.5
Sestrinstvo	39	7.4
Filozofski	102	19.4
Farmaceutski	12	2.3
Ekonomski	83	15.8
Ukupno	526	100.0

3.2. Metode

Provedeno je presječno istraživanje anketiranjem uz pomoć upitnika. Za istraživanje je dobivena suglasnost Rektorata Sveučilišta u Tuzli i Studentske organizacije. Prije samog anketiranja sudionici su bili informirani o cilju istraživanja, kao i dobrovoljnosti pristanka na anketiranje. Uputa za ispunjavanje nalazila se na početku upitnika. Svi sudionici samostalno su ispunjavali upitnik. Vrijeme potrebno za ispunjavanje cjelokupnog upitnika bilo je oko 12 minuta.

3.2.1. Upitnici

U istraživanju su korištena dva upitnika koja su bila u kompletu, uz dodatak pitanja o konzumaciji alkohola. Podijeljeno je 600 kompleta upitnika, od čega je 526 bilo pravilno ispunjenih.

Upitnik o kvaliteti življenja Svjetske zdravstvene organizacije - The World Health Organisation Quality of Life – Bref (WHOQOL-Bref) koristi se za procjenu kvalitete življenja za opću populaciju i ne odnosi se na neku određenu bolest. Obuhvaća veći broj područja kvalitete življenja i ima najširu upotrebu. Koristi se za testiranje kod zdrave populacije, ali i kod oboljelih od različitih bolesti. Ispituje demografske i međukulturalne razlike u kvaliteti življenja. WHOQOL-Bref uključuje subjektivnu procjenu kvalitete življenja u okvirima kulture, socijalne okoline i okruženja u kojem pojedinac živi. Upitnik sadrži 26 pitanja.

Prva dva pitanja o samoprocjeni kvalitete življenja i zadovoljstva vlastitim zdravljem analizirana su odvojeno. Od ostalih pitanja, koristeći formule priložene uz upitnik, formirane su domene: tjelesnog zdravlja, domena psihološkog zdravlja, domena društvenih odnosa (socijalna domena) i domena okruženja. Odgovori na pitanja ocjenjuju se ocjenama na Lichertovoj ljestvici od jedan do pet, kojima ispitanik opisuje vlastiti doživljaj istih. Značenje ocjena je sljedeće: ocjena jedan - *vrlo loše* (ili nikako); ocjena dva - *loše* (ili malo); ocjena tri - *niti loše niti dobro* (ili srednje); ocjena četiri - *dobro* (ili vrlo dobro) i ocjena pet - *vrlo dobro* (ili vrlo jako).

Upitnik za ispitivanje religioznosti prilagođen je za F BiH na osnovi upitnika iz religioznosti¹⁷. Sastoji se od deset pitanja, od kojih se prvo pitanje odnosi na: obitelj; životnog partnera; posao i zanimanje; opću religioznost i školovanje. Ponuđena je mogućnost od pet odgovora u stupnjevanju od *nimalo važno* do *vrlo važno*, bodovano Lichertovom ljestvicom od jedan do pet. Drugo pitanje odnosi se na pripadnost religijskoj zajednici ispitanika. Na treće pitanje, *Vjerujete li u Boga?*, ispitanici su mogli odgovoriti s: *da*, *ne*, *trenutno nisam siguran*. Sljedećih sedam pitanja sastoji se od 29 potpitanja, u kojima je uglavnom ponuđeno pet odgovora, od *nikada* do *vrlo često*, bodovano Lichertovom ljestvicom od jedan do pet. Ova su pitanja podijeljena i promatrana kroz pet religijskih domena: ideološki, iskustvenu, ritualnu, intelektualnu i posljedičnu domenu.

Pitanje o alkoholnom statusu studenata pridodano je, pa je odgovor mogao biti: alkohol ne pije nikada, rijetko, par puta tjedno, par puta mjesečno i svakodnevno.

¹⁷ Martin Rieger, Karin Bawidamann, Matthias Jäger, *Religionsmonitor*, 2008, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008., str. 240-252.

3.3. Statistička obrada podataka

Za analizu rezultata koristili smo standardni Statistički paket za društvena istraživanja (SPSS) verziju 10.0. U statističkoj obradi rezultata upotrijebljene su standardne metode deskriptivne statistike. Za testiranje statističke značajnosti razlike izabranih varijabli koristio se χ^2 -test i t-test. Za multivarijantne korelacijske analize korišteni su neparametrijski testovi korelacije (Mann-Whitney), (M-W), Kruskal-Wallis, (K-W) i multivarijantna analiza varijance s linearnom regresijskom analizom - ANOVA. U slučaju postojanja statistički značajne razlike između više skupina (ANOVA) provedena je *post hoc* analiza, kako bi se ispitalo između kojih skupina (parova skupina) postoji razlika, a sve značajne razlike utvrđene su na razini $p < 0,001$. Kao razina signifikantnosti uzeta je $p < 0,05$. *P* vrijednosti koje se ne mogu iskazati do najviše tri decimalna mjesta, prikazane su kao $p < 0,001$ ¹⁸.

4. Rezultati

Tablica 1. Distribucija ispitanika prema navikama pijenja alkohola

Navike pijenja alkohola	N	%	P*
Nikada ne pije alkohol	198	37.7	0.0001
Pije alkohol	328	62.3	0.0001
Ukupno	526	100.0	

* Postoji statistički značajna razlika između broja onih koji piju alkohol i onih koji ne piju u odnosu na ukupan broj ispitanika.

Tablica 2. Distribucija ispitanika prema učestalosti pijenja alkohola

Učestalost konzumacije alkohola	N	%	P*
Nikada ne pije alkohol	198	37.7	0.0001
Rijetko	185	35.2	0.0001
Par puta mjesečno	110	20.9	0.0001
Par puta tjedno	29	5.4	0.0001
Svakodnevno	4	0.8	0.0001
Ukupno	526	100	

* Postoji statistički značajna razlika u načinu - učestalosti pijenja alkohola u odnosu na ukupan broj ispitanika.

¹⁸ Mladen Petrovečki, "Statistički temelji znanstvenoistraživačkog rada", u: Matko Marušić (ur.), *Uvod u znanstveni rad u medicini*. Medicinska naklada, Zagreb, 2000., str. 75-88.

Tablica 3. Distribucija ispitanika prema religijskoj pripadnosti

Islam	RKT*	Pravoslavna	Judaizam	Neka druga	Niti jedna	Ne znam	Ukupno
453	27	13	2	4	17	10	526
86.1 %	5.1 %	2.5 %	0.4 %	0.8 %	3.2 %	1.9 %	100 %

*RKT-rimokatolici

Tablica 4. Distribucija ispitanika prema odgovoru na pitanje: Vjerujete li u Boga?

Vjerovanje u Boga	N	%	P*
Da	499	94.8	0.0001
Ne	17	3.2	0.0001
Ne znam	10	1.9	0.0001
Ukupno	526	100	

* Chi kvadrat test - broj ispitanika koji vjeruju u Boga statistički je značajno veći od broja ispitanika koji ne vjeruju ili nisu sigurni.

Tablica 5. Distribucija ispitanika po samoocjeni na pitanje: Kako biste ocijenili kvalitetu svog života?

Samoocjena	N	%
Vrlo loša	8	1.5
Loša	0	0
Niti loša niti dobra	135	25.8
Dobra	303	57.4
Vrlo dobra	80	15.3
Ukupno	526	100

Prosjek kvalitete života iznosi 66.1 %. Zanimljiva je činjenica da na ovo pitanje nije bio niti jedan odgovor "loša", a najveći broj studenata misli da ima "dobru" kvalitetu života (57.4 %).

Tablica 6. Distribucija ispitanika prema ukupnoj ocjeni kvalitete života koja se odnosi na promatrane domene

Ukupan rezultat kvalitete života studenata	N	%	<i>P</i> *
Vrlo loš	0	0	-
Loš	0	0	-
Niti loš niti dobar	72	13.7	0.0001
Dobar	432	82.1	0.0001
Vrlo dobar	22	4.2	0.0001
Ukupno	526	100.0	

* *Chi kvadrat test* podudaranja pokazuje da postoji statistički značajna razlika u kvaliteti života ispitanika na razini značajnosti $P = 0.0001$. Prosječan rezultat ukupne kvalitete života ispitanika iznosi **68.8 %**. Nije bilo ispitanika s ocjenom kvalitete života "vrlo loša" i "loša".

Radi podsjećanja: prosjek samoprocjene kvalitete života bio je 66,1 %, što govori u prilog činjenici da je upitnik dobro procijenio kvalitetu života.

Tablica 7. Korelacija alkoholnog statusa ispitanika s vjerovanjem u Boga

	Neparametrijski test				Parametrijski test			
	Test	Statistika	df	P	Test	Statistika	df	P
Alkohol	K-W	6.66	2	0.038*	ANOVA	3.37	(2.440)	0.035*

* Postoji statistički značajna razlika između skupine ispitanika koja je izjavila da vjeruje u Boga i onih koji ne vjeruju ili nisu sigurni, u odnosu na različite navike u vezi s konzumiranjem alkohola. Ispitanici koji vjeruju u Boga ne piju ili signifikantno manje piju alkohol od onih koji ne vjeruju ili nisu sigurni.

Tablica 8. Korelacija alkoholnog statusa ispitanika s domenama vjerovanja

Alkoholni status	Neparametrijski test				Parametrijski test			
	Test	Statistika	df	P	Test	Statistika	df	P
Ideologijska domena	K-W	65.59	4	<0.0001*	ANOVA	18.76	4.484	<0.0001*
Iskustvena domena	K-W	45.12	4	<0.0001*	ANOVA	12.37	4.439	<0.0001*
Ritualna domena	K-W	113.75	4	<0.0001*	ANOVA	34.52	4.439	<0.0001*
Intelektualna domena	K-W	35.43	4	<0.0001*	ANOVA	11.12	4.434	<0.0001*
Posljedična domena	K-W	92.97	4	<0.0001*	ANOVA	26.38	4.482	<0.0001*

* Rezultati testiranja statističke značajnosti razlike Lichertovih rezultata za ideologijsku, iskustvenu, ritualnu, intelektualnu i posljedičnu religioznu dimenziju ispitanika s različitim navikama vezanim uz konzumiranje alkohola, statistički su visoko značajni ($P < 0.0001$). Viši rezultat u svim domenama vjerovanja u korelaciji je sa signifikantno manjim konzumiranjem alkohola ili njegovim potpunim nekonzumiranjem.

Tablica 9. Korelacija alkoholnog statusa ispitanika s kvalitetom života i njegovim domenama

	Chi2	P*
Domena tjelesnog zdravlja	5.49	0.24
Domena psihičkog zdravlja	1.75	0.78
Domena socijalnih odnosa	14.65	0.005*
Domena okoline	1.24	0.87
Ukupan rezultat	1.26	0.87

* Kruskal-Wallisovim testom utvrđeno je da se rezultati u domeni socijalnih odnosa za različite stupnjeve ovisnosti o alkoholu statistički značajno razlikuju. Ispitanici s višim rezultatom u domeni socijalnih odnosa ne piju ili signifikantno manje piju alkohol od ispitanika s nižim rezultatom u ovoj domeni. U ostalim domenama ne postoje statistički značajne razlike.

5. Diskusija

U studiji među studentima Sveučilišta u Tuzli, sprovedenoj 2010. godine, utvrđeno je 62.3 % uzivatelja alkohola, što je mnogo više no u dvije studije sprovedene među studentima Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. U studiji sprovedenoj 1989. utvrđen je postotak konzumenata alkohola od 52 %, dok je tijekom 2000. godine taj postotak nešto smanjen na 50 %¹⁹. Ovi podaci mogu se objasniti činjenicom da je za potrebe istraživanja u Hrvatskoj uzeta homogena skupina studenata Medicinskog fakulteta, koji su po svom opredjeljenju usmjereni na promociju zdravlja, pa je razumljivo očekivati da će među njima biti manji postotak konzumenata alkohola. Studija sprovedena u jugoistočnoj Nigeriji tijekom 2008. godine na uzorku od 482 studenta pokazala je da 78.4 % studenata konzumira alkohol, dok ispitanika koji piju više od 4 pića dnevno ima čak 27 %²⁰. Istraživanje provedeno na tri sveučilišta u Bjelorusiji (Minsk, Belarus i Overall) među 1465 studenata (1345 slavenskog i 120 arapskog podrijetla) pokazalo je da 91.08 % (n = 1225) Slavena i 60.83 % (n = 73) Arapa pije alkohol²¹. Kulturološki gledano, alkohol ima velik značaj u Bjelorusiji, što objašnjava ovako visok postotak konzumenata alkohola među studentskom populacijom. Među studentima Arapima postotak konzumenata alkohola približne je vrijednosti kao i među tuzlanskim studentima.

Prema studiji koja je ispitivala religiozni status, zadovoljstvo životom i zdravstveno stanje, ispitano je 459 američkih studenata i utvrđeno da religiozniji studenti imaju bolju kvalitetu života i zdravstvenog stanja²². Slični rezultati dobiveni su u studiji o zadovoljstvu životom i religioznosti među 224 egipatska studenta²³.

Brojne studije provedene u svijetu o utjecaju religioznosti na konzumaciju alkohola su, kao i naša, pokazale da religiozniji studenti manje ili nikad ne konzumiraju alkohol. Tako je istraživanje među 263 studenta u Arizoni USA ustanovilo da nereligiozni studenti konzumiraju znatno učestalije i veće količine alkohola²⁴.

¹⁹ Menizibeya O. Welcome, Yury E. Razvodovsky, Elena E. Pereverzev, "Prevalence of alcohol-related problems among the Slavs and Arabs in Belarus: a University survey", *Am J Drug Alcohol Abuse*, (37/2011), str. 189-95.

²⁰ Ebirim IC Chikere, Morakino O. Mayowa, "Prevalence and perceived health effect of alcohol use among male undergraduate students in Owerri, South-East Nigeria: a descriptive cross-sectional study", *BMC Public Health*, (18/2011), str. 118.

²¹ Menizibeya O. Welcome, Yury E. Razvodovsky, Elena E. Pereverzev, *Prevalence of alcohol-related problems among the Slavs and Arabs in Belarus: a University survey*, str. 189-195.

²² Keith J. Zullig, Rose Marie Ward and Thelma Horn, "The association between perceived Spirituality, Religiosity, and life satisfaction: The mediating role of Self-rated health", *Social Indicators Research*, (79/2006), str. 255-274.

²³ Ahmed M. Abdel-Khalek, "Subjective well-being and religiosity in Egyptian college students", *Psychol Rep.*, (108/2011), str. 54-8.

²⁴ Julie A Patock-Peckham, Geoffrey T Hutchinson, Jeewon Cheong, Craig T Nagoshi, "Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample", *Drug and Alcohol Dependence*, (49/1998), str. 81-88.

Istraživanje o povezanosti upotrebe alkohola, duhana i droge i religioznosti i vjerske pripadnosti provedeno na uzorku od 4.066 studenta u Škotskoj, pokazalo je da studenti koji su bili religiozni znatno manje konzumiraju sve nabrojene droge. Rimokatolici su konzumirali više alkohola nego protestanti²⁵.

6. Zaključci

Na temelju rezultata istraživanja možemo zaključiti:

1. Alkohol nikada nije konzumiralo 37.7 % ispitanika, dok ga je 62.3 % konzumiralo s različitom učestalošću.
2. Prosječan rezultat samoocjene kvalitete života iznosi 66.1 %. Mali broj ispitanika od 1.5 % navodi da ima "jako lošu" kvalitetu života. Niti jedan ispitanik nije ocijenio kvalitetu svog života kao "lošu". Svoju kvalitetu života "niti lošom niti dobrom" ocijenilo je 25.8 % ispitanika, dobrom je smatra 57.4 % i vrlo dobrom 15.3 %.
3. Prosječan rezultat ukupne kvalitete života ispitanika iznosi 68.8. U ukupnom rezultatu kvalitete života ni jedan ispitanik nije se odlučio svoju kvalitetu života nazvati "vrlo lošom" i "lošom". "Niti lošom niti dobrom" kvalitetu svog života nazvalo je 13.7 %, "dobrom" 81 % i "vrlo dobrom" 4.2 % ispitanika.
4. Kvaliteta života, osim njegove socijalne domene, ne utiče značajno na razinu konzumacije alkohola. Studenti koji imaju viši rezultat u domeni socijalnih odnosa signifikantno manje piju alkohol.
5. Od ukupnog broja ispitanika, 94.8 % studenata Sveučilišta u Tuzli izjavljuje da vjeruje u Boga.
6. Ispitanici koji su izjavili da vjeruju u Boga signifikantno manje ili nikako ne konzumiraju alkohol, u odnosu na ispitanike koji su izjavili da "ne vjeruju u Boga ili nisu sigurni".
7. Religiozniji ispitanici, izraženo kroz više rezultate ideologijske, iskustvene, ritualne, intelektualne i posljedične dimenzije, visoko signifikantno manje ili nikako ne konzumiraju alkohol.

²⁵ Ruth C. Engs, Kenneth Mullen, "The effect of religion and religiosity on drug use among a selected sample of post secondary students in Scotland", *Addiction Research*, (2/1999), str. 149-170.

LITERATURA

1. Fred B. Bryant, Marquez: 1986, "Educational status and the structure of subjective well-being in men and women", *School Psychology Quarterly*, (49/1986).
2. Robert A. Cummins, "Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model", *Social Indicators Research*, (64/2003).
3. Robert A. Cummins, Richard Eckersley, Julie Pallant, Jackie Van Vugt, Rose Anne Misajon, "Developing a national indeks of subjective wellbeing: The Australian unity wellbeing indeks", *Social Indicators Research*, (64/2003).
4. Robert A. Cummins, "Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model" *Social Indicators Research*, (52/2000).
5. Mirjana Krizmanić, Vladimir Kolesarić, "Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života", *Primijenjena psihologija*, (10/1989).
6. David Felce, Jonathan Perry, "Quality of life: Its definition and measurement", *Res Developmental Disabilities*, (16/1995).
7. The Whoqol Group, "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization", *Social Science and Medicine*, (41/1995).
8. Dinka Marinović Jerolimov, "Religijske vrijednosti u Hrvatskoj", *Sociologija sela*, (38/2000).
9. Emile Durkheim, *Elementarni oblici religijskog života – totemistički sustav u Australiji*, Jasenski i Turk, *Hrvatsko sociološko društvo*, Zagreb, 2008.
10. Šimou Šito Ćorić, *Psihologija religioznosti*. Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
11. Thomas L. Brink "Religiosity: measurement", u: Frank N. Magill (ur.), *Survey of Social Science: Psychology* CA: Salem Press, Pasadena, 1993.
12. Charles Glock, Young Rodney Stark, *Religion and Society in Tension*, Rand Mc Nally, Chicago, 1965.
13. Ankica Marinović Bobinac, "Posljedična dimenzija religioznosti", *Sociologija sela*, (38/2000).
14. Valentina Blaženka Mandarić, *Religiozni identitet zagrebačkih adolescenata*, Zagreb, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, 2000.
15. Damir Ljubotina, "Razvoj novog instrumenta za mjerenje religioznosti", u: Ćubela Vera Adorić, Ilija Manenica, Zvezdan Penezić (ur.), *XIV. dani psihologije u Zadru*, Odsjek za psihologiju, Zagreb, 2004.
16. *WHOQOL GROUP*, "The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization", *Soc Sci Med* (41/1995).
17. Martin Rieger, Karin Bawidamann, Matthias Jäger, *Religionsmonitor*, 2008, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008.
18. Mladen Petrovečki, "Statistički temelji znanstvenoistraživačkog rada", u: Matko Marušić (ur.), *Uvod u znanstveni rad u medicini*, Medicinska naklada, Zagreb, 2000.
19. Vladimir Trkulja, Želimir Živčec, Mario Ćuk, Zdravko Lacković, Use of psychoactive substances among Zagreb University medical students: follow-up study, *Croat Med J*. (44/2003).
20. Ebirim IC Chikere, Morakino O. Mayowa, "Prevalence and perceived health effect of alcohol use among male undergraduate students in Owerri, South-East Nigeria: a descriptive cross-sectional study", *BMC Public Health*, (18/2011).
21. Menizibeya O.Welcome, Yury E. Razvodovsky, Elena E. Pereverzev, "Prevalence of alcohol-related problems among the Slavs and Arabs in Belarus: a University survey", *Am J Drug Alcohol Abuse*, (37/2011).
22. Keith J. Zullig, Rose Marie Ward and Thelma Horn, "The association between perceived Spirituality, Religiosity, and life satisfaction: The mediating role of Self-rated health", *Social Indicators Research* (79/2006).
23. Ahmed M. Abdel-Khalek, "Subjective well-being and religiosity in Egyptian college students", *Psychol Rep.*, (108/2011).

24. Julie A Patock-Peckham, Geoffrey T Hutchinson, Jeewon Cheong, Craig T Nagoshi, "Effect of religion and religiosity on alcohol use in a college student sample", *Drug and Alcohol Dependence* (49/1998).
25. Ruth C Engs, Kenneth Mullen, "The effect of religion and religiosity on drug use among a selected sample of post secondary students in Scotland", *Addiction Research* (7/1999).

Orhan Jašić, Dževad Hodžić, Senada Selmanović

The influence of religious status and quality of life at alcohol consumption among students population of University of Tuzla

ABSTRACT

Introduction: Alcoholism is one of the most pressing problems of modern civilization, and thus stands out as a problem among the students population. Quality of life is most frequently assessed in the physical, spiritual, material and environmental welfare. Religiosity has always been part of the value of human life.

Objective of the Paper: To research alcoholic status, satisfaction with the quality of life and religiosity of students at the University of Tuzla. At the basis of the latter elements is to assess whether there is a correlation between the level of alcohol consumption, quality of life and religious status.

Examinees and methods: Research was made in 2010 among the students of third and fourth year of the majority faculties at the University of Tuzla. Two kinds of questionnaires were used: WHOQOL-BREF Quality of Life Questionnaire WHO and the questionnaire for religiosity (adapted for the Federation of Bosnia and Herzegovina, based on questionnaire from: Martin Rieger, Karin Bawidamann, Matthias Jäger, *Religionsmonitor*, 2008, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 2008) and the question about the alcoholic status. For data processing were used Kruskal Wallis test and ANOVA with statistical significance between the variable $p < 0.05$.

Results: 517 students were tested, of whom 41 % were male and 59 % women. Among the student population alcohol consumed on the daily basis 0.77 %, a few times during a week 5.4 %, a few times during a month 20.9 %, 35.2 % rarely, and 37.7 % never tested. The overall quality of life through the domain of mental and physical health and the environment domain in relation to different levels of alcohol consumption showed no statistically significant difference. On the other side in the domain of social relationships was statistically significant at $p < 0.005$. Different habits of alcohol consumption and all domains of religious status (ideological, experiential, ritualistic, intellectual, and consequential domain) showed highly statistical significant difference at $p < 0.0001$.

Conclusion: More than 62 % of the student population consumes alcohol. Religious students significantly don't drink alcohol. Quality of life apart from its social domain does not affect to the level of alcohol consumption.

Keywords: students, alcohol, quality of life, religious status

Bardhyl Çipi*

Ethical, juridical and historical aspects of medical confidentiality

ABSTRACT

One of the most traditional principles of medical ethics is Medical Confidentiality, which has its important goal to protect the patient's interest in the framework of the doctor-patient relationship. According to this principle, the information that doctors learn about their patients in the course of their professional practice should not be disclosed to others. Good medical practice depends upon patients being able to discuss openly with the doctor the aspects of their health on the understanding that such details will be kept secret. It follows that any disclosure contrary to the individual's interest is also potentially detrimental to the public interest since it may discourage confiding in the future. In the absence of guarantees that their secrets will be protected, patients may withhold important information about their health care and also about the wellbeing of others etc.

The paper also discusses the different ethical aspects of medical confidentiality, circumstances which permit disclosure, models of truth telling, historical and juridical aspects of medical confidentiality in general and in Albania.

Key words: medical confidentiality, truth telling, Albania

1. Introduction

One of the most traditional principles of medical ethics is Medical Confidentiality. Its major concern is the protection of the patient's interest within the scope of the doctor-patient relationship. According to this principle, the information that doctors learn about their patients in the course of their professional practice should not be disclosed to others.

* Correspondence address: Bardhyl Çipi, Service of Forensic Medicine, Medical Ethics Sector, Faculty of Medicine, University of Tirana, Albania, e-mail: bardhylicipi@yahoo.com

Good medical practice depends upon patients being able to discuss openly with the doctor the aspects of their health on the understanding that such details will be kept secret. It follows that any disclosure contrary to the individual's interest is also potentially detrimental to the public interest since it may discourage confiding in future.

With no guarantee that their secrets will be protected, patients may withhold important information about their health care and also about the wellbeing of others etc. A particular aspect of Medical Confidentiality has to do with the question of "truth telling".

From a historical point of view, the individualized medical confidentiality was the first confidentiality agreement to be established in the profession. In fact, the confidentiality in general, was mentioned for the first time in 900 BC by the king Solomon. Later on, the principle of Medical Confidentiality was presented in the Hippocratic Oath, in the 5th century BC: "Whatever, in connection with my professional practice or not, in connection with it, I see or hear, in the life of men, which ought not to be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret". In the paper, finally, the Albanian Legislation of the Medical Confidentiality is presented.

2. Medical Confidentiality

Medical confidentiality primarily aims to strengthen doctor-patient relationship and communication. The physician is required to receive detailed information from the patient in order to perform his mission better and with competence. In turn, the patient needs to be certain that confidentiality agreement will be ensured in order for the patient to speak freely to the physician. Rightly so, the researcher L. Portes, writes about this issue:

"There is no medicine if there is lack of trust, because there will be no trust if there are not confidential relationships between the doctor and the patient in place. These types of relationships cannot be created if confidentiality is not respected by the physician". Thus, the principle of medical confidentiality may be considered as a tool (instrument) that aids in achieving the goal of the medical profession which is healing. (4,6)

On the other hand, the inclusion of this principle in legislation shows that it has a general interest in the sense that it promotes the normal functioning of health institutions and social services. That is why this principle is considered to have a public character (social). In addition, medical confidentiality has deep humane value, based on the natural right of privacy, which is known to be part of the normal psyche

of a person. In this regard, medical confidentiality will be one of the conditions necessary for the realization of relationships between people, while protecting the privacy and independence of the person as well as promote the development of qualities such as respect, love, friendship, trust, etc. (4)

- *Cases where the principle of medical confidentiality does not apply* are specific situations encountered in dealing with infectious diseases as cholera, typhus, dysentery etc.; psychiatric illnesses such as schizophrenia, epilepsy that usually make people who suffer from them potentially dangerous to commit crimes; in violent deaths, unexpected deaths, deaths of pregnant women during abortion, to alcoholics, and addicts in dangerous social stages, etc. (6)

For example, a bus driver that suffers from epileptic crises, unknown to his employer, but known to his doctor. In this case, if the doctor would keep this a secret it would be dangerous for the others. Thus, medical secrets are not considered to be absolute.

- *The issue of collective application of the confidentiality principle* has been due to technical and scientific development of medicine, which has offset somewhat the classic doctor-patient relationship.

In modern medical practice, many specialists in various medical fields use information about the patient's health status. Thus, medical confidentiality will take a collective character in these circumstances, because the data on the disease will circulate through the various services of the health care, or other health centres. These actions are taken in order to have an effective treatment on the patient. Such revealing of medical secrets, as a result of its collective character, obviously requires a more meticulous observation of this principle.

- *The conflict between the confidentiality principle and measures to be taken to prevent the disease* has occurred because in order to achieve a preventive function for various diseases it is necessary to collect and disclose the information about the health status of individuals by health organizations.

Therefore, to fulfil the duty of prevention issues dealing with the disease of a certain person, it would not have their own character, but a public dimension thus violating the principle of maintaining medical confidentiality.

Of course, every individual's main requirement is to be treated for the disease from which he suffers, possibly in the most confidential manner, consequently respecting the principle of maintaining medical confidentiality. Yet, even the patient can accept the violation of this principle, if information on this disease will not only serve to prevent this pathology in general, but also to protect the patient's own health. (4,6)

However, the discrepancy between the objectives of the state and the objectives of the individual poses an ethical dilemma. A conflict arises between the right to maintain the privacy of the individual and the state's duty to protect public health and welfare.

3. Truth Telling

In terms of the physician medically informing the patient, "telling the patient the truth" (truth telling), constitutes a particular form of medical confidentiality. From the ethical standpoint, the main issue has to do with the attitude of the physician, if he must inform the patient about the diagnosis of disease and especially the progress (prognosis) of a serious or fatal illness.

In medical practice, the resolution of this issue is very sensitive and can be accomplished under these three models: (1,4,6)

- *The paternalistic model* (the doctor believes and acts to benefit the patient, rather than the patient himself), according to which the patient is not informed about the diagnosis and prognosis of the serious illness in order to protect the patient from suffering and death.
- *The libertarian model* (the patient has a complete freedom of choice for any medical action), according to which the physician informs the patient openly, immediately, and without hesitation about the diagnosis and prognosis of disease.

A typical example of the use of this model has been the case of the terminal illness of General Grant, commander of the Northern troops during the US Civil War, 1861-1865, and two times elected president of USA, in 1868 and 1872.

On June 2nd 1884, Grant felt an intense pain in his throat and face as he was biting down on a fruit. He was examined several times and finally after a biopsy he was diagnosed with the grave terminal illness of epidermoid carcinoma.

In terms of the ethical issue of truth telling, the physicians used the libertarian method. Upon his request, the physicians disclosed all the information about his diagnosis and the prognosis of the disease, which is death after several months.

In reality, the physicians' stance had a positive outcome, because it gave Grant the opportunity to write a memoir during the last months of his life and avoid leaving his family in a poor financial situation. After Grant's death, his wife and children inherited a large income from the sale of the book.(3,5)

- *The participatory model* (open dialogue between doctor and patient that is intended to benefit the latter), according to which the physician works with the

patient carefully and subtly, preparing the patient spiritually early, informing little by little about the real situation/serious illness or by initially notifying the relatives of the patient.

In our opinion, the most appropriate way of keeping the patient informed is by means of the participatory model which is, in fact, implemented in Albania.

4. Historical and Juridical aspects of Medical Confidentiality

From the historical point of view, the individualized medical confidentiality was the first confidentiality agreement to be established in the profession. In fact, the confidentiality in general, was mentioned for the first time in 900 BC by the king Solomon. Later on, the principle of Medical Confidentiality was presented in the Hippocratic Oath, in the 5th century BC: "Whatever, in connection with my professional practice or not, in connection with it, I see or hear, in the life of men, which ought not to be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret". (7)

In modern times, this principle is reflected in all international and national legislations. Since the formulation of this principle in the Hippocratic Oath and until its emergence in international ethical documents, such as the Oath of Geneva, in past centuries and previous times, medical secrecy held various positions, including its denial.

Thus, during the Middle Ages, confidentiality was manifested in Arab and Jewish medicine, while in the western civilization, it has been little known due to lack of organization of the medical profession.

However, in later periods, the confidentiality principle was saved from oblivion, resurfaced, actualized, and redefined, in accordance with the new developments in the fields of justice (law) and morality.

Since the 18th century, this principle of Hippocratic tradition was permanently institutionalized.

This development came about from two directions: one deontological and the other legal.

Thus, in Anglo-Saxon societies, the protection of medical confidentiality was considered only as a deontological guideline, so it was not legally protected (Common Law recognized the right of confidentiality to lawyers only). It seems that their stance stems from the influence of the writings of British doctors J. Gregory (1724-1772) and T. Percival (1740-1804). According to the latter, "discretion must be

strictly observed only if the circumstances require it" and that the physician called to testify "should tell the truth, the whole truth and nothing but the truth." In such a context, confidentiality received only a relative value and its protection was conducted only by members of relevant professional associations.

However, in France, maintaining medical confidentiality was mentioned in the penal code of 1810. Thus, confidentiality was more of a legal obligation rather than a moral requirement. This stance was projected and reinforced by the codes of civil procedure and criminal procedure. Later it was even confirmed in the codes of deontology.

These two directions pertaining to the attitude towards medical confidentiality are evident in most countries of the world. (6,7)

After the 1970s, the protection of medical confidentiality took a new turn, inspired by human rights issues. Thus, Article 12 of "Universal Declaration of Human Rights" stated: "No man shall be objected to interference in his private life or meddling of his honor and reputation."

This new development was reflected in many national and international legal documents, such as:

- Statement of the American Hospital Association on the rights of the sick (1972)
- Declaration on the Rights of the Sick (Lisbon 1981).
- Declaration on Human Genome and Human Rights of Unesco (1997). (2)

With the new trends in the second half of the 20th century, the concept of medical confidentiality was enriched significantly. Confidentiality transformed from a moral obligation to a legal obligation, while now it is transforming into a fundamental right. Thus, according to the modern ethical and legal priorities, the Hippocratic tradition of medical confidentiality is still affirmed as one of the key elements of medical ethics.

5. Juridical Aspects of Medical Confidentiality in Albania

Different problems of medical confidentiality were studied in our country, especially after 1990, and were also reflected in their respective legislation. Thus, in the Medical deontology code of 1994, the physician and the support staff have the obligation to ensure the preservation of confidentiality (explicitly stated in Articles 11, 12, 13).

However, in this first code of medical deontology, confidentiality has an absolute character because exclusions to medical secrets did not apply. It appears that applying of medical confidentiality was under the influence of the French code of medical deontology.

It is in this period, in 1995, the code of criminal procedure was enacted and in Section 282 indicated that "the medical staff is required to inform the judiciary about third-party individuals that help, or intervene in medical problems associated with a crime."

So, under this section of the law of parliament, which overrules the deontology code (in Albania is only approved by the Order of Physicians), the absolute character of medical confidentiality was depreciated.

In the Code of Ethics and Medical Deontology of 2002, Article 21 included provisions to keep patient confidentiality and in Article 22 – the disclosure of the secret. (8)

Similarly, Article 17 of the Code states: "The patient has the right to know the truth about his disease and to be informed with all results of analysis and other medical documents. However, if the physician judges that the information damages the health of the patient, then he is not obligated to inform him of the truth or to show him the medical documentation". Thus, under this section, the third model (participatory) is applied, which deals with the issue of truth telling to the patient.

Articles 16 and 18 include provisions that deal with the physician's obligation to inform the patient and the patient's family.

On the other hand, our legislation provides exclusions to medical confidentiality, for example, under Article 282 of the Code of Criminal Procedure, as mentioned above, as well as the obligation to report infectious diseases, according to the law of infectious diseases in 1993.

In fact, Albania has not had any cases of violation of the principle of medical confidentiality, which is enforced by the Ministry of Justice or the Order of Physicians of Albania.

*
* * *

From the presentation and discussion of the above data, it should be noted that actually, the medical confidentiality is still affirmed as one of the most fundamental principles of medical ethics.

English proofreading: **Tina Bošković**, prof.

REFERENCES

1. Çipi, B., Meksi S. (1996). Medical Ethics and Deontology, Tirana, 23-30.
2. Çipi, B. (2003). "Principle of Confidentiality of the Universal Declaration of Human Genome and Human Rights in reference to the Medico-Legal DNA Identification " , Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights: Present Status and Perspective, Croatian Commission for UNESCO, 12-14 June 2003, Zagreb, Croatia.
3. Çipi, B. (2004). Mortal disease of Ulysse S. Grant, Journal of Legal Medicine, Institute of Forensic Medicine, nr.1, Tirana, 94-97.
4. Çipi, B. (2005). Bioethics in a legal Medicine point of view, Tirana, 48-54.
5. Hoerni, B. (1992).75 réflexion sur la médecine (le cancer d'Ulysse S.Grant, 33602 PESSAC CEDX, 149-152.
6. Hottois, G, Parizeau, M-H. (1993). Les mots de la bioéthique, DeBoeck Université, Bruxelles, 302-308.
7. Loiret, P. (1988). La théorie du secret medical, Masson Editeur, Paris.
8. Order of Albanian Doctors. (2002). Code of Ethics and medical deontology. Tirana.

Vjera Duić*

Kontroverzni učinci primjene Zakona o medicinskoj oplodnji iz 2009. godine na uspješnost postupaka u Hrvatskoj

SAŽETAK

U lipnju 2009. godine na snagu je stupio Zakon o medicinskoj oplodnji, koji se u nekim točkama razlikuje od prije važećeg Zakona o medicinskim mjerama za ostvarivanje prava na slobodnu odluku o rađanju djece iz 1978. godine. Stoga u članku razmatram tri argumenta koji su u uskoj povezanosti s novom legislativom.

Prva cjelina obrađuje promjenu Zakona sa stajališta pravne struke, posebno zakonske odrednice koje se razlikuju u odnosu na zakon koji je do 2009. godine bio na snazi.

U drugoj tematskoj cjelini razmatram kako nova zakonska regulativa utječe na medicinski potpomognutu oplodnju, te kako djeluje na žene koje žele koristiti tehniku krioprezervacije. Medicinski gledano, navedena dilema mogla bi utjecati na produktivnost postupka potpomognute oplodnje. Kroz tablični prikaz rezultata dobivenih sa službene prezentacije održane na Plitvičkim jezerima u svibnju 2009. godine, pojasnit ću prednosti i koristi medicinski potpomognute oplodnje, ali i moguće probleme i rizike.

Posljednji, treći tematski blok, obrađuje utjecaj nove zakonske regulative i njezine moguće posljedice na hrvatsko društvo.

Ključne riječi: medicinsko pravo, medicinski potpomognuta oplodnja, smrzavanje zametaka.

Uvod

S obzirom na to da je u Zakonu o medicinskim mjerama za ostvarivanje prava na slobodnu odluku o rađanju djece iz 1978. godine potpomognuta oplodnja bila definirana samo jednom odredbom, nakon tri desetljeća (u lipnju 2009. godine) dobili smo zaseban Zakon o medicinskoj oplodnji. Smatram stoga potrebnim istaknuti

* Adresa za korespondenciju: Vjera Duić, Doktorski studij sociologije, Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Ivana Lučića 3, 10 000 Zagreb, Hrvatska, e-mail: vjera.duic@gmail.com

utjecaj i razlike novog Zakona o medicinskoj oplodnji koji se primjenjuje od 2009. godine, u odnosu na zakonsku regulativu koja je do tada bila na snazi. Razlike ću obrazložiti prvo s pravnog, medicinskog, a potom i sociološkog stajališta. U nekim slučajevima zakonodavac ima dobre namjere, koje se kasnijom primjenom u potpunosti ne ostvaruju. Jedan takav primjer je i novoizglasani Zakon koji je stupio na snagu 2009. godine. No, ono što je bitno naglasiti je da novi Zakon ne respektira reproduktivno pravo, koje je do tada bilo zajamčeno Zakonom o medicinskim mjerama za ostvarivanje prava na slobodnu odluku o rađanju djece iz 1978. godine. Također, problem smanjene plodnosti ne smatra se bolešću koju treba liječiti, a sukladno s time bolesnici nemaju sva prava na medicinsku pomoć.

Prema službenim izvorima i prema službenoj prezentaciji predstavljenoj na 1. hrvatskom kongresu o medicinskoj oplodnji, održanom na Plitvičkim jezerima, 15. svibnja 2010. godine, učinkovitost provedbe Zakona je pozitivna. Dobiveni službeni rezultati tvrde da je u periodu nakon stupanja na snagu došlo do porasta broja trudnoća dobivenih medicinski potpomognutom oplodnjom. S obzirom na burnu reakciju javnosti oko samog Zakona, njegovih odredbi i dobivenih rezultata, u članku uspoređujem službene rezultate medicinski potpomognute oplodnje prije i poslije stupanja na snagu Zakona o medicinskoj oplodnji. Od svih rezultata plitvičkog kongresa koje je predstavilo Nacionalno povjerenstvo za medicinsku oplodnju, jedino su rezultati krioprezervacije zametaka i krioprezervacije oocita prikazani na zasebnim prezentacijskim prikazima, što onemogućuje valjano zaključivanje o rezultatima postupka. S obzirom na to da varijable na navedena dva prikaza nisu usporedive, te da način dobivanja postotaka iz rezultata nije objašnjen, zbog njihove bolje usporedivosti u članku sam ih obradila istom metodologijom.

1. Argument s pravnog stajališta

Razmotrimo prvo situaciju u Hrvatskoj, prije i poslije donošenja Zakona o medicinskoj oplodnji. U razdoblju prije nove legislative postupak medicinski potpomognute oplodnje u Hrvatskoj regulirao se Zakonom o medicinskim mjerama za ostvarivanje prava na slobodnu odluku o rađanju djece iz 1978. godine. Kako bi bilo moguće definirati sličnosti i razlike, usporedit ću sadržaj prethodnog i novog Zakona.

U Hrvatskoj se metoda umjetne oplodnje zakonski uređivala Ustavom donesenim 21. veljače 1974. godine, a definirala se kao davanje prava osobama u slobodnom odlučivanju. No, kada je u svijetu rođeno prvo "dijete iz epruvete", 1978. godine u bivšoj Jugoslaviji izglasani je Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (NN, 18/1978) koji je bio na snazi sve do

izglasavanja Zakona o medicinskoj oplodnji (NN, 88/2009). Danas prava na medicinski potpomognutu oplodnju, uz novi Zakon, regulira i Obiteljski zakon (NN, 17/2004, 136/2004).

Kontroverzni dijelovi novog Zakona (NN, 88/2009) sastoje se od zahtjeva da darivatelji daju svoje osobne podatke, kojima dijete može pristupiti nakon navršene osamnaeste godine, kako je definirano u članku 10. Odnosno, ta informacija će ostati tajna u Državnom registru, osim ako dijete rođeno darivateljskom spolnom stanicom želi saznati podatke o umjetnoj oplodnji i osobne podatke biološkog roditelja. Zakonom iz 1978. godine osobni podaci darivatelja bili su anonimni. Drugo, prije je umjetna oplodnja bila dozvoljena nevjenčanim parovima, dok sada svi neplodni parovi koji žele postupak medicinski potpomognute oplodnje moraju dostaviti potvrdu da su u braku ili dokazati da žive u kohabitaciji dulje od tri godine, kako je regulirano člankom 6. Uz navedeno, partneri u paru moraju biti punoljetni, zdrave i poslovno sposobne osobe. Zakon koji je do tada bio na snazi nije definirao broj korištenih oplođenih jajnih stanica u jednom postupku, dok se sada člankom 15. novog Zakona broj oplođenih jajnih stanica korištenih u jednom postupku ograničava na svega tri. Višak preostalih spolnih stanica pohranjuje se i čuva za daljnje korištenje, uz napomenu da se člankom 26. zabranjuje zamrzavanje zametaka. Prema Zakonu, dopušteno je zamrzavanje samo spermatozoida i jajnih stanica u svrhu umjetne oplodnje. Budući da je stari zakon izglasan 1978. godine, on nije izravno regulirao zamrzavanje zametaka.

Navedenom usporedbom promijenjenih članaka starog Zakona istaknula sam kontroverzne dijelove relevantne za daljnje argumente. Također, raspravljam koje su konkretne posljedice nove legislative na provedbu humane reprodukcije u praksi, te jesu li se stupanjem na snagu novog Zakona rezultati postupka poboljšali.

2. Argument s medicinskog stajališta

U drugom dijelu razmotrit ću na koji način nova legislativa i provedba Zakona utječe na medicinsku praksu. Medicina definira ljudski embrio kao "novi organizam u najranijoj fazi razvoja. Kod ljudi se definira kao razvoj organizama od četvrtog dana nakon oplodnje do kraja osmog tjedna. Nakon toga nerođeno dijete se naziva fetus." (<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>). Ako prvi pokušaj implantacije ne uspije, zamrzavanje zametaka daje dodatnu priliku ženama da postanu majke. Također, pošteduje ih svih negativnih posljedica koje uzrokuju dodatni postupci, kao što su emocionalne i fizičke traume, ali i velik financijski trošak.

Dr. Velimir Šimunić tvrdi da "ako se ustraje na zabrani zamrzavanja zametaka, uspješnost medicinske oplodnje smanjit će se za desetak posto, preusmjerit će se čitava djelatnost, a veći dio parova tjerat će se u inozemstvo. Uspješnost medicinske oplodnje u Hrvatskoj danas iznosi 28 posto, a primjenom novog zakona past će na 18 posto ili manje" (Novi list, 15. lipnja 2009.). Dr. Erden Radončić za Novi list izjavio je da će "ponuđena zakonska rješenja unazaditi medicinsku oplodnju u Hrvatskoj, a u tom smo bili pioniri te među najnaprednijima i najboljima u Europi." (Novi list, 15. lipnja 2009.).

Medicinski stručnjaci smatraju posebno kontroverznom činjenicu da Zakon predviđa oplodnju najviše triju jajnih stanica u jednom postupku medicinski potpomognute oplodnje, te činjenicu da se embriji ne smiju zamrzavati. Metodom zamrzavanja embrija bolesnice ne trebaju prolaziti kroz novi hormonalni tretman i bolno vađenje jajnih stanica, a embrijima se omogućava život, budući da se samo tri umeću u maternicu. Time se izbjegavaju višeploidne trudnoće koje su opasne i za ženu i za dijete. Razlog zabrane postupka zamrzavanja embrija je tvrdnja da su embriji živa bića, te da se bacanjem viška oplodjenih jajnih stanica čini čedomorstvo. Oni, dakle, nisu "odbačeni", nego je to najraniji stupanj spontanog pobačaja koji se događa prirodno. Znanstvena istraživanja utvrdila su da upravo zdravi embriji prežive ključnih prvih pet dana razvoja u inkubatoru (<http://www.uhcw.nhs.uk/ivf/treatments/cryopreservation>).

Godinu dana nakon donošenja Zakona o medicinskoj oplodnji, 15. svibnja 2010. godine održan je 1. hrvatski kongres o medicinskoj oplodnji na Plitvičkim jezerima. Tada su predstavljeni službeni rezultati dobiveni prije i poslije Zakona o medicinskoj oplodnji iz 2009. godine. Tablični prikazi koji slijede prikazuju rezultate prezentacije koji se odnose na razdoblja od 1. rujna 2008. do 15. travnja 2009., te od 1. rujna 2009. do 15. travnja 2010. Svi rezultati u službenoj prezentaciji prikazani su usporedno, osim rezultata krioprezervacije, koji su prikazani na zasebnim prezentacijskim prikazima, te je na taj način onemogućeno valjano zaključivanje o rezultatima postupka.

Iz navedenog razloga, spomenuti rezultati krioprezervacije prikazani su u tablicama 2 (razdoblje prije zakona) i 3 (razdoblje poslije zakona), a u tablici 4, zbog bolje preglednosti tih odvojenih rezultata, prikazala sam ih usporedno.

Tablica 1: Statistika MPO-a u Hrvatskoj u razdoblju od 1. 9. 2009. do 15. 4. 2010.

	Prije zakona	Poslije zakona
Svježi IVF/ICSI, sve žene i ciklusi		
Broj ciklusa	2696	2809
Broj transfera	2247	2065
Broj trudnoća	599	578
Stopa trudnoća po ciklusu	22.2 %	20.5 %
Stopa trudnoća po transferu	26.7 %	27.9 %
Stimulirani IVF/ICSI, žene ispod 40		
Broj ciklusa	2048	2121
Broj transfera	1820 (90% dođe do transfera)	1673 (80% dođe do transfera)
Broj trudnoća	533	510
Stopa trudnoća po ciklusu	26.0 %	24.0 %
Stopa trudnoća po transferu	29.3 %	30.5 %
Prirodni IVF		
Broj ciklusa	335	299
Broj transfera	201	143
Broj trudnoća	27	23
Stopa trudnoća po ciklusu	8.1 %	7.7 %
Stopa trudnoća po transferu	13.4 %	16.1 %
Inseminacije		
Broj inseminacija	1237	993
Broj trudnoća	77	73
Stopa trudnoća po inseminaciji	6.2 %	7.3 %

(Izvor: Prezentacija prof. Šimunića (15. 5. 2010.) <http://potpomognutaoplodnja.info>)

Kao što vidimo iz tablice 1, provedba postupka umjetne oplodnje u Hrvatskoj znatno je povećala broj ciklusa u kojima transfer nije uspješno proveden. Uspoređujući razdoblje prije donošenja Zakona 2009. godine, s razdobljem nakon donošenja Zakona, može se primijetiti da se stopa trudnoća po transferu svih bolesnica u svim ciklusima, kako za svježi postupak umjetne oplodnje, tako i za ICSI postupak - smanjila za 1,7 % (22,2 % prije donošenja Zakona i 20,5 % nakon donošenja Zakona). Kada je riječ o rezultatima za stimulirane MPO i ICSI postupke za bolesnice mlađe

od 40 godina, vidljivo je da je stopa trudnoća po ciklusu prije bila 26,0 %, dok sada iznosi 24,0 %. U kategoriji prirodnih postupaka MPO-a, stopa trudnoća po ciklusu prije Zakona iznosila je 8,1 %, a sada iznosi 7,7 %.

U tablicama 2 i 3 prikazani su rezultati sa službene prezentacije predstavljene na 1. hrvatskom kongresu o medicinskoj oplodnji održanom na Plitvičkim jezerima 15. svibnja 2010. godine (<http://potpomognutaoplodnja.info>). Tablica 2 prikazuje rezultate kriopohrane za sve bolesnice za razdoblje prije nove legislative, dok su u tablici 3 prikazani rezultati kriopohrane za sve bolesnice poslije donošenja novog Zakona.

Tablica 2: Krioprezervacija zametaka – prije Zakona

Kriopohrana - sve žene	Rezultati uspjeha
Broj bolesnika/ciklusa – smrzavanja	380 2116 embrija
Udio kriopohrane u IVF	14,1 % (380/2696)
Krio ET (broj) – embrio/BL	241
Udio krio ET/ET	10,7 % (241/2247)
Trudnoća (TR)	76
TR/kriociklusa	20 %
TR-ET	31,5 %
Udio krio TR/ukupno IVF TR	11,2 % (76/675)
Višepodne TR	14 (18,2 %)
Ab. spont.	8 (10,4 %)

Izvor: Izvještaj s 1. hrvatskog kongresa o medicinskoj oplodnji održanog na Plitvicama 15. svibnja 2010.

Iz tablice 2 vidljivo je da je u razdoblju prije nove legislative bilo 380 bolesnica, 2116 smrzavanja embrija, te 241 implantacija zamrznutih embrija. Udio kriopohrane u MPO-u iznosio je 14,1 % (380 bolesnica/2696 ciklusa iz tablice 1), a udio implantacije zamrznutih embrija u svim embriotransferima iznosio je 10,7 % (241 implantacija zamrznutih embrija/2247 transfera iz tablice 1). Ostvareno je 76 trudnoća, od čega je 20 % ostvareno kriociklusom (76 trudnoća/380 bolesnica), dok je 31,5 % ostvareno embriotransferom (76 trudnoća/241 implantacija zamrznutih embrija). Udio kriotrudnoća u svim transferima potpomognute oplodnje iznosio je 11,2 % (76 trudnoća/76 trudnoća+599 trudnoća iz tablice 1). Višeplođnih trudnoća bilo je 18,2 % (14 višeplođnih trudnoća/76 trudnoća), dok je spontanih pobačaja bilo 10,4 % (8 spontanih pobačaja/76 trudnoća).

Tablica 3: Krioprezervacija oocita – poslije Zakona

Kriopohrana - sve žene	Rezultati/uspjeh
Broj bolesnica/ciklusi – Sa smrzavanjem	202
Udio kriopohrane u IVF	7,2 % (202/2809)
Kriopohrana oocita (br.)	1012 (10,2 %)
Sekundarni IVF (br.) postupaka	54
Odmrznuto oocita	158
Preživjelo oocita	128 (79 %)
Oplodnja ICSI	89 (69,5 %)
Embrija za ET	64 (39,5 % odmrznutih jajnih st)
Krio ET	31 (2,1 po bolesn.)
Trudnoća	8 24 % po ET/udio 1,4
Višeploidne TR	2 (28,6 %)
Ab. Spont	2 (28,6 %)

Izvor: Izvještaj s 1. hrvatskog kongresa o medicinskoj oplodnji održanog na Plitvicama 15. svibnja 2010.

Tablica 3 pokazuje da su u razdoblju poslije donošenja Zakona 202 bolesnice bile podvrgnute tom postupku. Udio kriopohrane u MPO-u iznosio je 7,2 % (202 bolesnice/2809 ciklusa iz tablice 1). U tablici 3 također je navedeno da je broj kriopohrana oocita iznosio 1012, odnosno 10,2 % od ukupnog broja oocita. U tom razdoblju ostvareno je 54 postupka sekundarnog MPO-a. Odmrznutih oocita bilo je 158, dok je udio preživjelih iznosio 81 % (128 preživjelih oocita/158 odmrznutih oocita). Oplodnja metodom ICSI (*Intracytoplasmic sperm injection*) ostvarila se u 69,5 % slučajeva (89 ICSI oplodnji/128 preživjelih oocita). Udio embrija za embriotransfer iznosio je 40,5 % od odmrznutih jajnih stanica (64 embrija za embriotransfer/158 odmrznutih oocita). Od 64 embrija po embriotransferu, implantacija zamrznutih embrija bilo je 31, odnosno 2,1 po bolesnici. Ostvarenih trudnoća bilo je 8, odnosno 12,5 % po embriotransferu (8 trudnoća/64 embriotransfera), od čega je četvrtina bila višeploidnih, odnosno 25 % (2 višeploidne trudnoće/8 trudnoća). Isto toliko bilo je i spontanih pobačaja.

No, rezultati na dva uzastopna prikaza u službenoj prezentaciji s plitvičkog kongresa prikazani su nepregledno, stoga tablica 4 objedinjuje spomenute rezultate na jednom mjestu, zbog lakše usporedbe rezultata prije i poslije provedbe Zakona.

Tablica 4: Rezultati prije i poslije Zakona o medicinskoj oplodnji

	Kriopohrana embrija prije ZMO-a	Kriopohrana oocita poslije ZMO-a
Broj bolesnica	380	202
IVF/ICSI	2696	2809
Udio bolesnica u IVF/ICSI	380/2696	202/2809
Broj krioembriotransfera	241	64
Udio krio ET u svim postupcima	241/2696	64/2809
Broj trudnoća	76	8
Broj trudnoća po kriociklusu	76/380	8/202
Broj trudnoća po embriotransferu	76/241	8/64
Broj višeplođnih trudnoća	14/76	2/8
Broj spontanah pobačaja	8/76	2/8

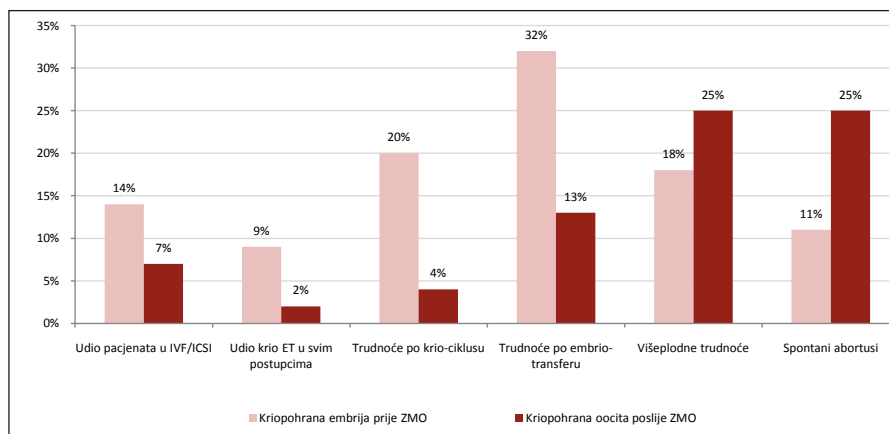
Udio bolesnica u postupcima MPO-a (IVF/ICSI) prije nove legislative iznosio je 14,1 % (380 bolesnica/2696 ciklusa), dok u periodu poslije iznosi 9,7 % (202 bolesnice/2809 ciklusa), i implantacije zamrznutih embrija u periodu prije novog Zakona bilo je 241, u odnosu na razdoblje poslije (64 implantacije zamrznutih embrija). Udio implantacije zamrznutih embrija u svim postupcima prije legislative iznosio je 8,9 % (241 implantacije zamrznutih embrija/2696 ciklusa), poslije 2,3 % (64 implantacije zamrznutih embrija/2809 ciklusa). Ostvarenih trudnoća prije donošenja Zakona bilo je 76, dok ih je poslije ostvareno 8. Iz toga slijedi da je udio trudnoća po kriociklusu u ranije promatranom razdoblju iznosio 20 % (76 trudnoća/380 trudnoća po kriociklusu), dok je poslije iznosio 4 % (8 trudnoća/202 trudnoće po kriociklusu), a udio trudnoća po embriotransferu koje su rezultirale rađanjem iznosio je 31,5 % (76 trudnoća/241 implantacija zamrznutih embrija), dok sada iznosi 12,5 % (8 trudnoća/64 implantacije zamrznutih embrija). Višeplođnih trudnoća bilo je 18,4 % (14 višeplođnih trudnoća/76 trudnoća), sada ih je 25 % (2 višeplođne trudnoće/8 trudnoća), a spontanah pobačaja 10,5 % (8 spontanah pobačaja/76 trudnoća), u odnosu na 25 % (2 spontana pobačaja/8 trudnoća) poslije donošenja Zakona.

Dobivenim podacima iz službenih izvora pojasnila sam da teze o povećanju broja trudnoća nakon donošenja Zakona o medicinskoj oplodnji nisu točne, te da se namjere zakonodavca u tom smjeru nisu ostvarile.

Kako bi rezultati iz tablice 4 bili još jasniji i pregledniji, u grafu 1 prikazat ću ih u postocima. Stupci označeni svjetlijom bojom pokazuju rezultate iz razdoblja prije

donošenja Zakona, dok su rezultati razdoblja poslije prikazani stupcima tamnije boje. Iz grafičkog prikaza vidljiv je dva puta manji udio bolesnica u postupcima MPO-a (7 %) u odnosu na razdoblje prije (14 %), dok se udio implantacije zamrznutih embrija u svim postupcima reducirao za četiri puta (8 % u razdoblju prije). Broj ostvarenih trudnoća po kriociklusu u razdoblju poslije donošenja Zakona reducirao se za pet puta (iznosi 4 %), dok je broj trudnoća po embriotransferu gotovo dva i pol puta niži. S druge strane, povećao se broj višeplođnih trudnoća i spontanih abortusa na 25 %.

Graf 1: Rezultati prije i poslije Zakona o medicinskoj oplodnji



Iz ovako oblikovanog grafičkog prikaza gore navedenih podataka, uočljivije je da Zakonske odredbe, odnosno namjere zakonodavca, nisu donijele očekivane, već upravo suprotne rezultate. Osim toga, graf 1 vrlo slikovito pokazuje kako učinkovitost postupaka krioprezervacije i umjetne oplodnje poslije uvođenja Zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji značajno pada, a da se pritom broj negativnih medicinskih posljedica za bolesnike drastično povećao.

2.1. Hrvatski primjer u usporedbi s ostalim zemljama s restriktivnim modelom zakona

Slični restriktivni zakoni, poput onih u Italiji, Irskoj, Poljskoj, Njemačkoj, Švicarskoj i Austriji, proizvode slične posljedice, kako navodi udruga Roda (www.roda.hr). Od navedenih zemalja, u njemačkom i švicarskom zakonu oplodnja jajne stanice i zamrzavanje zametaka dozvoljeno je samo u najranijim stadijima. Odabir embrija je zabranjen, što znači da svi embriji moraju biti vraćeni, pa čak i oni s kromosomskim greškama koji nemaju izgleda preživjeti. Austrijski zakon iz 1992. godine (Fortpflan-

zungsmediginesetz, Federal Law Gazette 275/1992) nominalno određuje oplodnju toliko jajnih stanica koliko je potrebno. U praksi se, međutim, oplode sve jajne stanice. Zamrzavanje zametaka dopušteno je bez ograničenja. Revizijom talijanskog zakona u travnju 2009. godine omogućena je oplodnja jajnih stanica neograničenog broja po postupku i zamrzavanje zametaka (<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/04040l.htm>). Irska nema zakonsku regulativu, ali se postupci humane reprodukcije propisuju dokumentom iz 2005. godine "Report of The Commission on Assisted Human Reproduction"; <http://www.dohc.ie/publications/pdf/cahr.pdf?direct=1>). Preporučuje se implantiranje dvaju zametaka, uz dozvolu zamrzavanja, kako bi se izbjeglo riskantno i bolno ponavljanje postupka stimulacije, te vađenja jajnih stanica. Iako Poljska ima restriktivan zakon, dozvoljena je oplodnja jajnih stanica, kao i zamrzavanje zametaka.

3. Argument sa sociološkog stajališta

Zabrana zamrzavanja zametaka u Hrvatskoj odraz je propisa, a to izravno utječe na neplodne parove koji žele imati potomstvo. Postupak zamrzavanja zametaka dopušten je iznimno u slučaju medicinski opravdanih razloga, primjerice u svrhu očuvanja trudnoće kod bolesnica kojima je dijagnosticiran karcinom. Također, postupak je dopušten za parove koji već imaju zamrznute zametke, jer su već u postupku liječenja, pa se novi Zakon na njih ne odnosi. S druge strane, svi drugi parovi koji nisu započeli proces liječenja moraju se konzultirati s Povjerenstvom za medicinsku oplodnju zdravstvene ustanove, koje se sastoji od pet stručnih članova. Kako je definirano člankom 16. Zakona o medicinskoj oplodnji, parovima je dozvoljen postupak potpomognute oplodnje isključivo uz suglasnost Povjerenstva (NN, 88/2009).

Često se zaboravlja na emocionalno stanje parova kada prvi put saznaju za neplodnost jednog ili obaju partnera. Nakon postavljanja dijagnoze, žena počinje razdoblje u kojem se svakodnevno hormonski stimulira stvaranje većeg broja jajnih stanica za vrijeme ovulacije. S obzirom na nizak stupanj uspješnosti postupka medicinski potpomognute oplodnje, parovi za svaki novi pokušaj moraju proći kroz sve navedene pripreme za sljedeći tretman. To podrazumijeva najmanje šest mjeseci stanke prije ponovnih liječničkih priprema, jer se tijelo žene mora oporaviti nakon hormonske terapije. Potom slijede tri mjeseca hormonskog tretmana, nakon kojeg započinje novi postupak medicinske oplodnje. Postupak zamrzavanja embrija olakšavao je sveukupnu situaciju, jer bolesnice nisu morale prolaziti bolne i iscrpljujuće postupke priprema, te nisu morale raditi stanke, zbog čega se razdoblje umjetne oplodnje produžavalo. Za svaki sljedeći postupak mogli su se implantirati zamrznuti embriji, a uspjeh umjetne oplodnje je veći ako tijelo nije izmučeno hormonskom terapijom.

Prema tome, nije posve jasno zašto se zakonodavac odlučio za odbacivanje neiskorištenih jajnih stanica.

Kada uzmemo u obzir navedene činjenice i teškoće koje proizlaze iz postupaka potpomognute oplodnje, čini se da je moralno opravdano stvaranje i zamrzavanje embrija. Također se postavlja pitanje razloga donošenja takve zakonske odredbe, ako je člankom 3. Obiteljskog zakona ona izjednačena s brakom (NN, 17/2004, 136/2004).

4. Zaključne napomene

Zakon o medicinskoj oplodnji (2009.) zabranjuje postupak parovima koji žive u izvanbračnoj zajednici. Zakon također propisuje da su podaci o začecu derivatelskim putem dostupni rođenom djetetu nakon njegove punoljetnosti, te da je broj oplodjenih jajnih stanica po postupku limitiran na tri.

Nadalje, razina uspješnosti implantacije zamrznutih zametaka gotovo je jednaka implantaciji zametaka dobivenih prirodnom umjetnom oplodnjom. To znači da postoji samo zanemariva razlika između rezultata zamrznutih i, nazovimo ih tako, "svježih" embrija, te da metoda zamrzavanja zametaka omogućava zadržavanje genetskog materijala. Nakon novog Zakona koji zabranjuje zamrzavanje zametaka, bolesnicama je uskraćena najuspješnija metoda medicinski potpomognute oplodnje zato što su zamrznuti zameci stabilniji od krhkih zamrznutih jajnih stanica. No, novom odredbom o zabrani zamrzavanja zametaka bolesnice će morati svaki put prolaziti bolan proces pripreme za potpomognutu oplodnju. Prema službenim podacima, uspješnost medicinske oplodnje iz zamrznutih jajnih stanica u porastu je nakon primjene novog Zakona o medicinskoj oplodnji, jer bi se u protivnom zakonske odredbe mijenjale. No, kako je vidljivo iz grafa 1, rezultati prije i poslije Zakona o medicinskoj oplodnji svedeni na istu bazu rezultiraju smanjenjem stope trudnoća u kriociklusu za 5 puta, te smanjenjem stope trudnoća po embriotransferu za gotovo 3 puta u periodu nakon stupanja na snagu novog Zakona. Time sam željela potvrditi i opravdati stajalište kako metoda krioprezervacije jajnih stanica nije jednako uspješna kao i metoda krioprezervacije zametaka.

S obzirom na sve spomenute tvrdnje, posve je opravdano postaviti pitanje ima li razloga za zabranu krioprezervacije zametaka, iako odredbe novog Zakona nisu pomogle, već su, nažalost, produljile agoniju bolesnicama.

LITERATURA

1. Beauchamp, T. (2004) "Does Ethical Theory Have a Future in Bioethics." *Journal of Law, Medicine, and Ethics*: 209-17.
2. Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2009), *Principles of Biomedical Ethics*, Sixth edition, Oxford University Press,
3. Unesco i bioetika – Zbirka osnovnih dokumenata (2008), Center for Ethics and Law in Biomedicine
4. LaFollette, H. (ed.) (2002), *Ethics in Practice*, Blackwell Publishers, Oxford.
5. Häyry, M., Takala, T., Herissonne-Kelly, P. (ed. and written) (2005) *Bioethics and social reality*, Rodopi, Amsterdam-New York, NY
6. Korać, A. (1999), Draft of the Croatian Act on Medically Assisted Procreation-Balancing Procreative Rights, Društvena Istraživanja, Ivo Pilar, Zagreb (8, 2-3)
7. Novi list, 15. lipnja 2009.
8. *The Oxford English Dictionary* (1989), Oxford University Press.
9. *The Oxford Handbook of Ethical Theory* (edited by David Copp) (2006), Oxford, University Press.
10. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o radanju djece, Narodne novine 18/1978
11. Zakon o medicinskoj oplodnji, Narodne novine 88/2009
12. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o medicinskoj oplodnji, Narodne novine 137/2009
13. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/embryo> (20. 5. 2011.)
14. <http://potpomognutaoplodnja.info/> (20. 5. 2011.)
15. <http://www.roda.hr/tekstovi.php?TekstID=184&Tekst2ID=185&Show=2378> (26. 5. 2011.)
16. <http://www.eubios.info/biodict.htm#e> (20. 5. 2011.)
17. http://www.org/news/5256/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3Aphgfoundation_articles%28ArticlesfromthePHGFoundationNewsletter%29 (26. 5. 2011.)
18. <http://www.neplodnost.hr/vani-dokumenti/251-prezentacije-hrvatski-kongres-medicinska-oplodnja.html> (26. 5. 2011.)
19. http://www.medicina.hr/clanci/metode_potpomognute_oplodnje.htm (2. 6. 2011.)
20. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/04040l.htm> (9. 6. 2011.)
21. <http://www.dohc.ie/publications/pdf/cahr.pdf?direct=1> (9. 6. 2011.)
22. <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046&ShowPrintPreview=True> (9. 6. 2011.)
23. http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1992_275_0/1992_275_0.pdf (9. 6. 2011.)
24. <http://www.uhcw.nhs.uk/ivf/treatments/cryopreservation> (9. 6. 2011.)

Vjera Duić

Act on medical fertilization (2009) and its controversial effects on the IVF efficiency in Croatia

ABSTRACT

Considering the fact that in July 2009 the new In Vitro Fertilisation law was adopted by the Croatian Parliament, the article will give an introspection of this issue from three main sections.

Firstly, the focus will be on the new voted regulation change from law perspective. To be more specific, this aspect will illustrate medically assisted reproduction law differences that matters. Furthermore, the question that arises from mentioned dilemma is how new Croatian IVF law regulation affects medically assisted reproduction and women who want to freeze their embryos. From the medical point of view, which is the second aspect, this dilemma affects the effectiveness of the IVF treatment. What can occur as an advantage or benefit from IVF, or on the other hand, risks and potential problems associated with.

Finally, since the modern IVF treatments involve controversial moral and social issues, the third aspect deals with the new IVF law regulation and its affection on the society in Croatia. This section will concern about ethical and moral issues.

Keywords: medical law, bio-medically assisted fertilisation, freezing eggs, status of embryo

Riječke smjernice za bioetičku edukaciju

Sagledavanje sadržajnih i metodoloških perspektiva u nastavi bioetike, razmjena iskustava te izazovi i perspektive koje se unutar bioetičke edukacije otvaraju, potakli su sudionike 13. dana bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci da predlože smjernice čija je opća svrha uspostavljanje suradnje na području bioetičke edukacije s fakultetima i obrazovnim institucijama u regiji, te osmišljavanje koncepta i realizacije modela bioetičke edukacije. U skladu s tim, sudionici skupa suglasni su da treba poduzeti sljedeće korake:

1. Potaknuti sve sudionika skupa da u svojim zemljama promoviraju važnost bioetičke edukacije, da pruže potporu i pomoć obrazovnim i znanstvenim institucijama u osmišljavanju koncepta bioetičke edukacije.
2. Osmisliti aktivnosti za uvođenje bioetike u nastavni proces u zemljama u regiji u kojima bioetika još nije uvedena.
3. Definirati mjere za unapređenje procesa bioetičke edukacije u zemljama s iskustvom u bioetičkoj edukaciji. U tom smjeru definirat će se konkretne smjernice za izradu *curriculum*a bioetičke edukacije primjerenog razine edukacije i profesionalnom usmjerenju sudionika edukacije.
4. Sagledati mogućnosti koncepcije bioetičke edukacije kao cjeloživotnog učenja, odnosno predložiti uvođenje novih oblika i modela bioetičke edukacije.
5. Osmisliti i realizirati regionalne znanstvene i stručne skupove iz područja bioetičke edukacije.
6. Koncipirati i praktično realizirati zajedničke nastavne projekte iz bioetike.
7. Integritivnim konceptom bioetike uspostaviti međufakultetsku i međusveučilišnu suradnju.

Sudionici 13. dana bioetike na Medicinskom fakultetu u Rijeci uvjereni su da predložene smjernice ukazuju na temeljne izazove i usmjeravajuće perspektive bioetičke edukacije i da njihova realizacija značajno može utjecati na profiliranje koncepta europske bioetike.

Rijeka, 14. svibnja 2011.

The Rijeka guidelines for bioethics education

The study of content-related and methodological perspectives in bioethics teaching, the exchange of experiences, and challenges and perspectives that open within bioethics education, committed participants of the 13th Days of Bioethics at the Faculty of Medicine in Rijeka to recommend guidelines whose general purpose is an establishment of collaboration in the field of bioethics education with universities and educational institutions in the region and for a conceptualization and realization of models of bioethics education. Pursuant to this, participants of the meeting agree that the following steps should be undertaken:

1. Encourage all participants of the meeting to promote, in their countries, the importance of bioethics education, to extend their support and help to educational and scientific institutions in the conceptualization of bioethics education
2. Envision activities for the introduction of bioethics into the teaching process in countries in the region in which bioethics has not yet been introduced
3. Define measures for the advancement of the process of bioethics education in countries with experience in bioethics education. Concrete guidelines for the design of a curriculum of bioethics education appropriate to the level of education and professional orientation of participants in education will be defined in this direction
4. Reflect on the possibility of conceptualizing bioethics education as lifelong learning, that is, recommend an introduction of new forms and models of bioethics education
5. Envisage and realize regional scientific and expert meetings from the field of bioethics education
6. Conceive and realize in practice mutual teaching projects in bioethics
7. Establish using the integrative concept of bioethics an intercollegiate and inter-university collaboration

Participants of the 13th Days of Bioethics at the Faculty of Medicine in Rijeka are convinced that the recommended guidelines point out to the fundamental challenges and steering perspectives in bioethics education and that their realization can significantly influence profiling of the concept of European Bioethics.

Rijeka 14th May 2011

JAHAR

REVIEWED
PAPERS

RECENZIRANI
RADOVI

ANNUAL
of the Department of Social
Sciences and Medical Humanities
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Maja Žitinski*

Paternalism as a field of bioethical concern

ABSTRACT

Paternalism becomes an issue in difficult situations when a physician in some way intentionally affects and limits the decision-making autonomy of the patient. Even though paternalism is literally interpreted as an attitude that appreciates paternal warmth, treating someone who is not a child paternalistically means treating him wrongly. It is reasonable for people to regard the respect of their rights as a protection against subjugation. If doing wrong to another person is contrary to what I would do to myself, then I must admit that nonreversible behaviour is wrong in itself. Whoever engages in nonreversible behaviour is doing wrong, or performing an irrational act. Autonomy and rights belong to the key metaethical concepts because vulnerability of all rational beings to subjugation is universal and our rational capacity to recognize it establishes its primacy over other moral ideals. Vulnerability to subjugation is an intrinsic qualification of human existence because every human being can harm the other. My duty to be accountable for your vulnerability is implied in my power to harm you. In order not to harm each other I must move from the logic of power, to the logic of duty. What makes selfish action unethical is not that the agent has been a self centred paternalist only, yet the fact that selfish interests have served as criteria for action. This paper aims to infer what sorts of virtues are required to direct the physician to meet the interests of the patient as if they were his own, just for the sake of moral reason which requires not to harm the other person. The patient's right to accept or refuse medical care changes the position of the physician's power over the patient because moral principles are those of reciprocity. Bioethical quest for a correct method all moral agents ought to be guided by refers to the conviction that it is rational to come as close as possible to the ideal moral judgment. Since a system of moral rules free of conflicts between principles and exceptions to principles does not exist, physicians are constantly confronted by conflicting demands in their need to decide what kind of consideration is weightier. Since paternalism is against the informed consent, it insists that patients believe in the doctor's conscience and skill and act as the doctor tells them to do. If the physician acts

* Correspondence address: Maja Žitinski, University of Dubrovnik, Ćira Carića 4, CRO- 20 000 Dubrovnik, e-mail: maja.zitinski@unidu.hr

beneficently to protect the patient from harm and the patient resists, the physician acts from the perspective of medicine which violates the autonomy model. Bioethics aims to advance human good because it provides a connection between goals of normative ethics and the establishment of principles for handling violations of rationally grounded moral decisions.

Key words: paternalism, power, right, beneficence model, autonomy model, moral reason, informed consent

Introduction

Questions about the ethical justifiability of the behaviour of the physician who deliberately influences a patient and restricts the patient's autonomy¹ are bioethical concerns because new, powerful techniques of intervention are constantly introduced in medicine, which may be contrary to the patient's right to preserve his/her human dignity in every moment. Such context requires the ultimate ethical responsibility of physicians to be redefined with a goal to create high-quality services that are sensitive to the growing vulnerability of patients. Growing vulnerability should not be understood as a weakness; a high level of vulnerability implies moral significance, since precisely because of it "*someone else*" (i.e. physicians and medical staff) must even further deepen their humanity. A person who limits autonomy affects the well-being of a patient because such a person approaches the patient from a strictly clinical perspective, making everything the medical profession requires. But if a medical procedure interferes with -according to the patient's opinion- unacceptable intervention in order to prevent damage, such approach is called paternalistic. If the patient is not provided with care appropriate to his/her autonomy and personal integrity, the procedure should be characterized as morally wrong. Bioethics views such questions from a more general, philosophical perspective and standardizes principles which should be chosen in concrete cases.

The complexity of the term *Paternalism*

Civil² state is committed to the aspiration of treating all citizens as legally and morally equal. According to the mentioned principle, treating someone who is not a child paternalistically, means treating him wrongly. Paternalism implies interference

¹ The term "autonomy" (Croatian: "autonomnost") in this text is used rather than the term "independence" (Croatian: "autonomija") simply to stress the fact that man is a moral subject, so independence (in the sense of freedom, as opposed to self-will) is a primary qualification of his integrity.

² Civil state is nominally organized so as to be committed to the aspiration of treating all citizens as individuals who are legally and morally equal. It is contrary to theocratic, class and caste legal structures. The word "civil" is not synonymous with the word "civic" since it does not refer just to the inhabitants to the cities. "Civil" as opposed to "bourgeois" is a political term, which historically emerged in the moment when modern nation was formed, which outgrows the traditional notion of "people". It is related to the specific structure and role of institutions in liberal democracies.

in the freedom of another person's action without having a permission to do so. Therefore, any paternalistic behaviour demands moral justification. Physicians are not supposed to make decisions in their own interest, but in the interest of other persons, defined by the respect of their autonomy. Utilitarians generally claim that any paternalistic behaviour is justified because it allegedly creates more benefits than harms. It is based on a desire of an authority to regulate views and feelings of subordinate society members, i.e. an aspiration to change someone else's personality into a means and in that way to prevent this person to act autonomously. Unlike utilitarians, deontologists do not approve of concrete actions simply because of their beneficial implications, they approve of a certain action only in the name of what is right. They consider some acts wrong regardless of the good consequences that result from them. However, experts warn that deontology and utilitarianism generally do not appear in an entirely pure form; therefore, clear orientation of activity direction (that would qualify a given act either as deontological or utilitarian) may not be visible at a first glance.³ The problem of paternalism occurs when the understanding of the notion of wellbeing gains a double meaning, i.e. under the circumstances where the understanding of the patient's best interests from the medical perspective begins to differ from the understanding of the same interests from the patient's perspective. Beauchamp states that the first model is called the **beneficence model of moral responsibility in medicine**.⁴ The second model defines the best interests from the patient's perspective as understood by the patient, and is called the **autonomy model of moral responsibility in medicine**. Moore states that the most fundamental question of ethics in general is the question of how to define *good* itself. Such research belongs solely to ethics, so if it is not recognized, the rest of ethics from the perspective of systematic knowledge will remain useless.⁵ What is right and what is wrong are associated with ethics on the basis of the derivation and by no means on the basis of custom. With a question how to understand a physician's responsibility toward the patient whose autonomy is reduced, it is obvious that custom does not provide a satisfactory answer. As claimed by Macario Alemany, paternalism always implies the need to justify the activity of the stronger side. In his opinion, what is meant by paternalism refers to a collection of criminal norms aimed to protect individuals from themselves.⁶ In that respect, it is very important

³ Frank Harron, John Burnside & Tom Beauchamp: *Health and Human Values*, Yale University Press, New Haven and London, 1983, p.6

⁴ Tom L. Beauchamp & Laurence B. McCullough: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984, p.22

⁵ George Edward Moore, *Principia Ethica* (From: Andrew G. Oldenquist: *Moral Philosophy – Text and Readings*, Second Edition, Houghton Mifflin Company, Boston, 1987), pp.280-281

⁶ Macario Alemany: *Paternalism and Bioethics* www.giuri.unige.it/phd/paper/alemany.pdf, p.1

to distinguish the violation of moral rules from failure to follow moral ideal. Moral does not only consist of rules but of ideals as well. Ethically, failure is far more negative than the care not to violate moral rules is positive. Moral rules⁷ refer to the (negative) acts that we must not do, while moral ideals point to positive acts that should be done so that we may avoid mistakes or damage. Violating of moral rules always requires an adequate justification: if there exists no moral reason to do something, then doing what should not be done is called paternalistic and should be perceived as morally unacceptable. However, according to authors Culver & Gert, failing to follow a moral ideal does not require moral justification, therefore, such failure – although it is incorrect – we do not call paternalistic.⁸

The context of paternalism

Ethical issues related to the notion of right, i.e. **informed consent** enter into the centre of bioethical attention when we are not sure where to direct further action, or, as stated by Capron, failure to protect the weak condemns the entire society.⁹ While considering how to determine the conditions of informed consent, it is important to clarify who should be responsible for vague orders, and who should be held responsible for orders that are clear, but are not followed. As stated by Alistair McAlpine, incomprehensible commands are the fault of the commander, while orders that are clear and still disobeyed are the fault of those commanded.¹⁰ In the past, in medical profession lacked respect for the informed consent within the decision-making procedures. This was considered normal in the same way as it was considered normal not to give antibiotics for severe inflammation (since antibiotics were not in use yet). But, today's paternalistic practice is archaic; it is not only morally wrong, but also illegitimate, especially when carried out because of nostalgia for the past times. Paternalism always implies two goals:

1. Prevent doing wrong to other person.
2. Usurp the other person's decision-making rights.

Therefore, paternalism implies interference with other persons against their will, usurping their right to decide for themselves and thus fulfill their human need to

⁷ Bernard Gert: *The Moral Rules*, Harper & Row, New York, 1970, p.63

⁸ Charles M. Culver, Bernard Gert: *Philosophy in Medicine – Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York, 1982, p.132

⁹ *Ethics in Biomedical Research – International Perspectives*, Edited by Matti Häyry, Tuija Takala, and Peter Herisson-Kelly, With a Foreword by Alexander Morgan Capron, Rodopi, Amsterdam, New York, 2007, p.XI

¹⁰ Alistair McAlpine (Publisher): *The Ruthless Leader – Three Classics of Strategy and Power*, John Wiley & Sons, Inc., New York, 2000, p.1

qualify as human beings, i.e. to be moral subjects. Although paternalistic behaviour is justified by an aspiration to protect another person, acting paternalistically still means treating the other person ethically wrong. Beauchamp rightfully points out that philosophers make efforts to show they do not want to confuse personal intuitive attitudes (i.e. non-reflective and non-objective principles) with a reasonable and justified moral position.¹¹ Namely, doing what is morally wrong is morally unacceptable. No one is allowed to do a morally wrong act just because they want to. To violate a moral rule is justified only if there exists a morally adequate reason for that, which is allowed only under the pressure of a better understanding of ethical ideals.

The role of society in paternalistic issues

As previously established, the idea of well-being, as it is understood from the medical perspective sometimes differs from the patient's autonomous perspective. According to the views of a number of authors, the perception of bioethics does not only consist of generally accepted and verified knowledge, but is manifested more as a field of acute debates and disagreements.¹² Under such circumstances, physicians are typically conditioned to see the world from the perspective of instrumental knowledge and access problems from a strictly clinically-oriented perspective. The medical decision-making procedure functions as a system of externally imposed prohibitions on a course of action. Since in moral philosophy the idea of personal autonomy belongs to the field of self-control,¹³ a medically-oriented approach easily comes into conflict with the needs, values and beliefs of patients. Conflicting groups tend to manifest collective behaviour in striving to reach the right answers. Feldman states that group members have such a strong motivation to reach consensus, so that they lose the ability to critically evaluate alternative positions. Physicians should be considered responsible for the principles that guide them because they do not work in a vacuum; their services are always required in a concrete social environment.¹⁴ The power to make and carry out decisions should be derived from the principles that are good because they are correct, and certainly not just because they have posi-

¹¹ Tom L. Beauchamp & Laurence B. McCullough: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984, p.11

¹² *Ethics in Biomedical Research – International Perspectives*, Edited by Matti Hayry, Tuija Takala, and Peter Herisson-Kelly, With a Foreword by Alexander Morgan Capron, Rodopi, Amsterdam, New York, 2007, p.125

¹³ Moral autonomy does not mean erratic behaviour nor self-will, and the least of all slavery to any instinctive or non-instinctive passions and preferences. The ability to self-control implies actions of a person with built character integrity, balanced with the help of all virtues together. I am not elaborating on the meaning of the term *virtue* here. European civilization roots are abundant with such heritage, particularly elaborated in the world famous Aristotle's writing: *Nicomachean Ethics*.

¹⁴ Robert S. Feldman: *Essentials of Understanding Psychology*, Fourth Edition, McGrawHill, Boston, 2000, p.526

tive results understood only from the medical perspective. If a treatment is not attentive to the patient's needs, patient's will should be a decision-making authority. The same opinions are held by the authors who believe that knowledge is not an absolute value and that progress does not necessarily lead to good.¹⁵ Science should not become self-creating. Instead, the interests of science must be subordinated to the society. Every human being has the intrinsic, unconditional value and, in order to respect human right to dignity, it is not acceptable to reduce people from subjects to objects. Therefore, Alasdair Macintyre reasonably argues that the issues of medical ethics are precisely the **problems of the patients**, and not of the physicians.¹⁶ Patients are persons with acute needs. If services available to them rest on intrinsic values and on moral reason, they will be consistent with their authentic interests. Patients are persons who use a service at its most concrete level, thus their rights should be protected, especially under the circumstances of a controversial medical choice. If a clinical situation of the patient is properly defined, but the patient does not want to be a passive observer in the application of a new medical routine, he/she must be better informed about available options so that the choice would actually be left to the patient. Unfortunately, the application of rights of such type of responsibilities, duties and obligations varies from culture to culture. Each culture generates its own specific pattern by which its members think about the conflict of interest and how to react in controversial situations. People tend to subject themselves to paternalism and acquire authoritarian personality not only because they are raised in a paternalistic environment. Cruel childhood upbringing experiences and suppressed hostility toward authorities in the past do not affect the youth in the sense that they will automatically become oppressors in the future. Those who have suffered from repression in the past are not necessarily predetermined to oppress those who cannot immediately revenge themselves. Many other motives play an important role in understanding cultural influences that are *pro* or *contra* the paternalistic behaviour pattern. Bob Altemeyer, for example, believes that the sources of authoritarianism are much more related to the stereotypes and prejudices of a social environment in which adolescents can see that it is acceptable to express hostility towards the weak.¹⁷

¹⁵ *Ethics in Biomedical Research – International Perspectives*, Edited by Matti Häyry, Tuija Takala, and Peter Herissone-Kelly, With a Foreword by Alexander Morgan Capron, Rodopi, Amsterdam, New York, 2007, pp.181-182

¹⁶ *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, Edited by Stuart F. Spicker and H. Tristram Engelhardt, D. Reidel Publishing Company, Boston, 1977, p.197

¹⁷ Stephen L. Franzoi: *Social Psychology*, Second Edition, McGrawHill, Boston, 2000, p.241

The progress of the western world is equated with various dimensions of modern support to individual so that the normative position of a citizen¹⁸ is consistent with free and *equal individuality*. It is believed that personal autonomy is the same as the *duty to maximize the individual's right to make decisions on his own*.¹⁹ This implies that a reasonable opinion of another person should be accepted.

The roots of anti-paternalism

Ethical issues related to paternalistic behaviour are becoming increasingly important because paternalism undermines the idea of the legal and moral equality of people. Restrictive ideologies of totalitarian systems use status differences between people as a basis on which the individual is "granted" more or less rights. The human rights in such systems are viewed upon as the rights that belong only to officials or privileged individuals. The idea of the rights of all people as autonomous subjects is neglected. Paternalism appears in medical ethics on the same platform: it manifests as a treatment mediation by the physician who is status-wise, professionally and medically superior to the patient and therefore thinks that he/she can act against the patient's will with the justification that patient will be better protected from worsening. However, the terms rationality and irrationality are not mere designations of right or wrong actions. Culver indicates that rationality is not primarily a designation of actions but rather convictions. Therefore, PERSONS as subjects can act rationally, while ACTIONS can be irrational.²⁰ Since irrationality is a more fundamental term, discussing a right, i.e. informed consent, is of a very high importance, especially in medicine: patients are more vulnerable than clients in other professions.²¹ It is typical that patients know much less about alternative treatments, while their medical condition may also distort their view of reality. All this tells us that the consequences of either proper or improper treatment are very serious. Paternalistic practice does not occur only in medicine; it is present in other professions as well. In all professions, the problem of unrecognised informed consent brings into question the idea of legal and moral equality of people. Regardless of all professions being equally affected by such improper practice, the difference between medicine and other professions varies only in its degree, and not type. If decisions are reached unilaterally, the patients will suffer more brutally than the clients in any other profession. Culver

¹⁸ It is meant civil identity.

¹⁹ *Normative Ethical Principles and Theories*, <http://www.stedwards.edu/ursey/norm.htm>, pp.2-5

²⁰ Charles M. Culver, Bernard Gert: *Philosophy in Medicine – Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York, 1982, pp.22-25

²¹ Charles M. Culver, Bernard Gert: *Philosophy in Medicine – Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York, 1982, p.26

mentions that medicine usually lacks another very relevant determinant of information: the mortality and morbidity rate of a unilaterally imposed treatment procedure in any individual healthcare centre: the physician sometimes is not aware of the *epidemiological data*, i.e. the fact that the need for a recommended surgery in one healthcare centre is suggested far often than in other healthcare centres. Therefore, there is a possibility that the suggested surgery is completely unnecessary.²² It is obvious that both models (beneficence and autonomy models) constitute together what we call the moral responsibility of physicians toward patients. But, Beauchamp & McCullough warn that a problem arises if we do not clearly define how physicians' responsibility should be understood under the circumstances of reduced patient's autonomy caused by ignorance, fear, or depression, external or internal compulsion.²³ Their answer refers to the attitude that an orientation which, in a situation of opposing principles of moral responsibility, selects only one approach is unacceptable.²⁴ Namely, humanity, even within the medical framework, is reflected in openness toward a truly ethical purpose, incarnated in actions in compliance with the notion of reciprocity.

How to turn the cultural roots of paternalism towards ethical principles?

In the past conflicts of interests were resolved by violence. Regardless of whether the violence was in the form of physical strength, hidden compulsion, status, role or professional expertise, the result was always the same: one of the parties was not protected from becoming a loser. Modern liberal societies of developed democracies base the moral identity of citizens on the idea of positive human rights (the rights of the weaker side to every benefit) from which no individual may be excluded. Such rights are considered as a limiting factor that serves to protect from violence.²⁵ Both in deontological and utilitarian theories, principles and rules were traditionally considered as the principles and rules of obligation. Such views probably derived from history since in the 17th and 18th centuries ethics was rarely discussed in terms of rights. Political and ethical theories were focused on the issues of duty toward the

²² Charles M. Culver, Bernard Gert: *Philosophy in Medicine – Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York, 1982, p.45

²³ Tom L. Beauchamp & Laurence B. McCullough: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984, pp.104-112

²⁴ Tom L. Beauchamp & Laurence B. McCullough: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984, p.164

²⁵ Kenneth Cloke & Joan Goldsmith: *Resolving Conflicts at Work*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 2000, p.142

master, king, state, church, and God. The transformation of the processes of violence into processes of respecting rights resulted from changes in economic, social, religious, cultural, and political activities that occurred in the history of the liberal, democratic, civil, cultural system of the "West". One of such changes is the maturation of the idea that universal human rights must be universal because we possess them regardless of merits, we have them simply because we are humans.²⁶ These refer to fair treatment in the matters of justice, freedom, and equality of access to favourable possibilities. Violation of such rights diminishes our human dignity, as well as experience of self-respect. In a developmental sense, legally and morally equal individuals were initially unequal. As members of different groups in small communities, their status was still determined and ranked according to the roles they occupied in the local hierarchical scale of authority. Opposite to such hierarchical models of power, the term of legal and moral equality is determined by an effort to comprise human civil identity.²⁷ In the social structure of a civil culture, a citizen (as a morally equal individual) is a cultural holder of principles by which the authority of power and government is designed. This level of moral significance of the term citizen becomes analogous to the principles which will be used in a decision-making process and in medical ethics. Universal ideals lead us further to the attitude that rights in the field of nomination are constitutive: human rights belong to humans and only humans. If the same right is considered, it is logical that everyone (including patients) must possess it to the same degree.²⁸ Rights serve to define, ensure, and protect human well-being from unjustified intervention and objection. If all humans have the same right to well-being, it would be irrational to divide on the basis of the right to realisation of well-being. The principle according to which no one must be treated differently from someone else (unless there is some general and relevant reason for that) is a fundamental principle of morality. Humans have an absolute right to expect everyone to accept such a principle. An individual is a moral subject and that by definition qualifies such individual to have moral rights. Legal rights in modern sense are ethical derivations of moral rights because ethically questionable rights in totalitarian ideologies may adopt a form which is considered legal within the system. In the text *Teaching Medical Ethics – A Philosophical Approach*, Edward Hobbs explores the factors that within the frame of medical education contribute to paternalistic behaviour of physicians. He concludes the follow-

²⁶ *Ethical Theory and Business*, Publishers: Tom L. Beauchamp & Norman E. Bowie, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1988, p.46

²⁷ In order that the moral ideas of small communities acquire civil identity, they must externalize in universal way by starting to consider individual, diverse identities as accidental.

²⁸ Richard Wasserstrom: *Rights, Human Rights, and Racial Discrimination* (From: *Moral Problems – A Collection of Philosophical Essays*, Edited by James Rachels, Third Edition, Harper & Row, Publishers, New York, 1979), pp.10-12

ing: for the purpose of medical training, a man is not treated as a subject, he is not viewed intersubjectively; a man is considered an object, he is viewed objectively. A specific type of objects varies between the model of a machine and that of an animal, and the role of a physician is implicitly considered to be that of a mechanic or veterinarian.²⁹ Undoubtedly, such models can be useful for some purposes. However, the philosophical approach to the problem requires commitment to freedom because freedom is constitutive for ethics. Hobbs exclusively asserts that right and wrong have no meaning outside of the parameter of freedom on the side of the subject, which means that ethics depends on choice and choice depends on freedom, even though freedom is limited, or finite.³⁰

Reason – versus moral reason

Culver & Gert state that no one is ever allowed to kill another, cause any spiritual or physical pain, mutilate, deprive of freedom, deprive of a favourable opportunity or disrupt pleasure.³¹ But sometimes we seek for reasons to justify those unallowed acts. Since acts do not receive their justification by pure reason, reason remains a morally "inactive" principle. Virtue is not a result of abstract reason; acts are in accordance with virtue only if arising out of moral reason. Moral reasons are not something we find in the world, we bring them into the world by constructing knowledge. As Hare states, value-words (good, right, fair...) have both extra-moral and moral use.³² Kant also warned about this distinction by explicitly saying that one should distinguish between good as useful, and to WHAT it is useful. If we call good only that which is useful, then there would be nothing which is directly good.³³ Instrumentally right is not equivalent to morally right. Moral reasons represent deductive ethical insights and it is possible to derive them both from virtues and from principles. According to Hare's opinion, the rules of deriving moral reasons from virtues and principles must be proscriptivity and universality because ar-

²⁹ Edward C. Hobbs: *Teaching Medical Ethics; A Philosophical Approach* (From: Robert M. Veatch, Willard Gaylin, Councilman Morgan (Publishers): *The Teaching of Medical Ethics*, A Hastings Center Publication, New York, 1973), p.88

³⁰ Edward C. Hobbs: *Teaching Medical Ethics; A Philosophical Approach* (From: Robert M. Veatch, Willard Gaylin, Councilman Morgan (Publishers): *The Teaching of Medical Ethics*, A Hastings Center Publication, New York, 1973), p.89

³¹ Charles M. Culver, Bernard Gert: *Philosophy in Medicine – Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York, 1982, p.131

³² Richard Hare: *The Language of Morals*, Oxford University Press, London, 1967, p.160

³³ Immanuel Kant: Kant, Immanuel: *Critique of Practical Reason*, Naprijed, Zagreb, 1974, p.97

guments do not start out of nothing.³⁴ If we disregard the two mentioned rules, we will also have to ignore an important part of the logical mechanism on which arguments are generally based. Korsgaard says that the reason why an action may lack moral value becomes a situation where persons, in the selection of their goals, allow themselves to be guided by their own, subjective desire.³⁵ On the other hand, if the person, who helps, *sees helping as something that is expected from him/her*, moral reason will be established.

Bambrough identified a procedure of differentiation between moral reason and reason outside of the moral sphere. This differentiation shows that every person should take into account other person's interests and prescribe similar activity to others because doing wrong to another is contrary to reason that I do it to myself.³⁶ Therefore, whoever engages in nonreversible behaviour, he/she is doing wrong, or performing an irrational act. Baier states it is irrelevant whether the subject is aware of his/her irrational action, or whether his/her society will approve of it. Any nonreversible behaviour is morally wrong, not because someone threatens the doer, but because such definition has been discovered using reason.³⁷ Richard Hare adds that the human status of a moral subject is inevitable because everyone believes to have the right to act (action is the essence of human). No one acts in accordance with the moral principles at all times, but moral principles are intended to apply to everyone and no one is allowed to make exceptions.³⁸ According to Martin, even Socrates would have opposed to Sartre's understanding that only God can achieve a perfectly objective moral judgment. Namely, God is not expected to make judgments: God could only acknowledge and approve of such moral thinking that justifies "divine orders".³⁹ Therefore, only reflected morality helps us to transform selfish thinking into moral reasoning. Paternalism exclusively refers to the idea of well-being and has a very good reason not to consider the emphatic side of principle of respecting autonomy. However, if a physician completely abandons the beneficence model of moral responsibility in medicine, and completely adopts the autonomy model of

³⁴ Richard Mervyn Hare, *Freedom and Reason*, (From: Andrew G. Oldenquist: *Moral Philosophy – Text and Readings*, Second Edition, Houghton Mifflin Company, Boston, 1978), p. 34

³⁵ Introduction by Christine M. Korsgaard (Immanuel Kant: *Groundwork of the Metaphysics of Morals*, Edited by Mary Gregor, Introduction by Christine M. Korsgaard, Cambridge University Press, Cambridge, 2003), p.XIV

³⁶ Renford Bambrough: *The Roots of Moral Reason* (From: *Gewirth's Ethical Rationalism – Critical Essays with a Reply by Alan Gewirth*, Edited by Edward Regis Jr., The University of Chicago Press, Chicago & London, 1984), p.48

³⁷ Kurt Baier, *The Moral Point of View* (From: George Sher: *Moral Philosophy – Selected Readings*, Harcourt Brace Jovanovich, Publishers, San Diego, 1987), p.341

³⁸ Richard Mervyn Hare, *Freedom and Reason* (From: Andrew G. Oldenquist: *Moral Philosophy – Text and Readings*, Second Edition, Houghton Mifflin Company, Boston, 1978), p.343

³⁹ Mike W. Martin: *Everyday Morality – An Introduction to Applied Ethics*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, California, 1988, p.12

moral responsibility in medicine, this will not be the condition for the ethical justification of the physician's activity. Ethics demands values to be translated into actions; the physician's knowledge and skills are of little value until he/she transforms them into actions. This means that a physician cannot abandon the beneficence model of moral responsibility in medicine because the virtue of the physician's good will cannot rest on incomplete values. It is expected from a physician to make decisions, pursuant to his/her best professional cognitions. But, apart from the purpose of the physician's activity to provide help, his/her actions must also at the same time be determined by moral reason, i.e. by the necessity not to harm the other person.

Deontological viewpoint on the idea of benefit

The autonomy model of moral responsibility in medicine should be particularly protected because patients and physicians are unequal in terms of the power of monitoring the referring conditions. The rights of the patients are a **corrective to this imbalance** because imbalance typically occurs **in favour of** the physicians. Deontologists are oriented towards the future, i.e. towards a priori value judgement which would be accepted or approved of by any rational and reasonable person. Accordingly, an autonomous, informed patient has the right to decide whether he/she will accept a particular medical intervention or not. Beauchamp⁴⁰ claims, that legal rights are a way of restriction of the physician's power since they protect the patients from unauthorized interventions. No one is empowered to unilaterally violate the autonomy of another person. If a single model is accepted to be the only one, the power will be easily abused and it will not be possible to develop a method for resolving difficult cases. Violence should be evaluated in accordance with the attitude that compulsion, if separated from justice and humanity, is unacceptable. The society is obliged to intervene if harm has been done to someone and it must show that there was a better alternative as well as demonstrate the power to support those who are being imposed on an unfavourable choice.⁴¹ Beauchamp very strongly approves of the same idea, and confirms that the only proper principle of intervention in the individual's autonomy is the need to protect the third party.⁴² Beauchamp accepts this historical argument of anti-paternalism by claiming that interference which protects autonomous individuals from themselves should be called paternalistic. The universality of moral codes is not absolutely out of the context: an absolute vir-

⁴⁰ Tom L. Beauchamp & Laurence B. McCullough: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984, p.43

⁴¹ *Ethical Issues relating to Life and Death*, Edited by John Ladd, Oxford, Oxford University Press, 1979, p.204

⁴² Tom L. Beauchamp & Laurence B. McCullough: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984, p.86

tue may include legitimate exceptions at the moment when duty to protect some other rational value becomes more important than the former. Every reasonable person strives to make an autonomous decision on his/her destiny. To general question: "Who should decide?", there is no single answer, because complicated cases imply risks even when the undertaken procedure is extremely professional, considerate, and skilled. "*May a patient be allowed to make an autonomous decision even when his/her choice implies death?*" In this case, the duty to protect life directly confronts with the duty to protect the autonomy of another person. "*Is it justified to prefer the duty to protect life over the duty to respect the patient's choice when it comes to terminal illnesses?*" "*Is a demand for the respect of autonomy, weightier?*" In ethics it is not acceptable to unreasonably impose a system of moral rules which would be absolutely isolated from the context of judgment in especially complicated cases we have never met before. Such a situation indicates that in ethics it is most important to make accurate judgement in order to cater for better understanding of ethical ideals derived from ethics of character.⁴³ The respect for autonomy of a moral subject represents one of these ideals not only because it is good by itself but also it serves as a shield from other people's choice. Therefore, in a situation of conflict between the two models of moral responsibility in medicine – it is rational to prefer autonomy model over the beneficence model. Due to the fact that no ethicist has been able to establish a model of moral rules which would be free of conflicts between principles and exceptions to principles, it is obvious that only a reasonable, complete analysis of an individual case may direct us towards an ethical criterion of activity direction. Namely, ethicality is not reactive, it does not exhaust by rationalizing the existing procedures; ethicality is, by definition, proactive, it implies aspiration for moral growth, i.e. advancement of the existing routine, especially when positive human rights should be protected.

Conclusion

Paternalistic issues in the field of medicine arise from the conflict between two interpretations of the term benefit: model from the perspective of the clinical approach and the model from the autonomous perspective of the patients. Since patients are prone to suffering, humiliation and subjugation, the ideal of their autonomy should be established as primacy over all other moral ideals just because no one can be justified for imposing his/her attitudes (even if these attitudes are right) on other people. The procedure of imposition abolishes the essential qualifi-

⁴³ Virtues do not exist regardless of intentional and independent activities of live subjects that rather choose the right thing because they know it is good.

cation of a person, contained in everybody's need to be a moral subject. Being a moral subject is an essential determination, superior to all other human attributes. Paternalism is a key topic which can examine the validity of various moral theories and make judgements how the principles of the rights of moral subjects are respected. Problems resulting from paternalistic behaviour are best seen in complicated cases when patients are not given an appropriate care simply because their well-being is understood only from the medical perspective. Paternalistic procedures should be equalized with instrumental good and by no means with the moral good. Since physicians' virtues cannot be based on incomplete (instrumental) values, the purpose of physicians' action is to provide help and not to do harm. Utilitarians sometimes have no consideration for protecting patients from unnecessary injuries. In contrast to this, deontologists justify principles only if they are compatible with the moral reason. Respect for legal and moral rights is one of the reasons because it limits the physician's superiority. The only justified interference in the free choice of other person is the need to protect a third party. We will not acquire virtue by avoiding complex situations but by the effort to define what should be done in a specific case. Virtues of character reveal that wrong actions are unacceptable not because of fear but for the sake of justice and respect of moral subjectivity, i.e. moral and legal equality of another person. If all people are moral subjects, then it is for all an essential determination. Therefore, it is incorrect to deny another person's essential determination to have the right to free choice.

Prevela s hrvatskog **Tajana Tomak**, prof.

LITERATURE

1. Alemany, Macario: *Paternalism and Bioethics* www.giuri.unige.it/phd/paper/alemany.pdf
2. Bayles, Michael D.: *Reproductive Ethics*, Prentice-Hall Series in the Philosophy of Medicine, Samuel Gorovitz, Series Editor, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 07632, 1984
3. Baier, Kurt: *The Moral Point of View* (From: George Sher: *Moral Philosophy – Selected Readings*, Harcourt Brace Jovanovich, Publishers, San Diego, 1987)
4. Beauchamp, Tom L. & McCullough, Laurence B.: *Medical Ethics – The Moral Responsibilities of Physicians*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1984
5. Cloke, Kenneth & Goldsmith, Joan: *Resolving Conflicts at Work*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 2000
6. Culver, Charles M.; Gert, Bernard: *Philosophy in Medicine - Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry*, Oxford University Press, New York, 1982

7. Davidson, Donald & Patrick Suppes in collaboration with Sidney Siegel: *Decision Making – An Experimental Approach*, Stanford University Press, Stanford, California, 1957
8. *Ethical Issues relating to Life and Death*, Edited by John Ladd, Oxford, Oxford University Press 1979
9. *Ethical Theory and Business*, Publishers: Tom L. Beauchamp & Norman E. Bowie, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1988
10. *Ethics in Biomedical Research – International Perspectives*, Edited by Matti Häyry, Tuija Takala, and Peter Herissone-Kelly, With a Foreword by Alexander Morgan Capron, Rodopi, Amsterdam, New York, 2007
11. Feldman, Robert S.: *Essentials of Understanding Psychology*, Fourth Edition, McGrawHill, Boston, 2000
12. Franzoi, Stephen L.: *Social Psychology*, Second Edition, McGrawHill, Boston, 2000
13. Gert, Bernard: *The Moral Rules*, Harper & Row, New York, 1970
14. *Gewirth's Ethical Rationalism – Critical Essays with a Reply by Alan Gewirth*, Edited by Edward Regis Jr., The University of Chicago Press, Chicago & London, 1984)
15. Hare, Richard: *The Language of Morals*, Oxford University Press, London, 1967
16. Harron, Frank; John Burnside & Tom Beauchamp: *Health and Human Values*, Yale University Press, New Haven and London, 1983
17. Kant, Immanuel: *Groundwork of the Metaphysics of Morals*, Edited by Mary Gregor, Introduction by Christine M. Korsgaard, Cambridge University Press, Cambridge 2003
18. Kant, Immanuel: *Kritika praktičkog uma*, Naprijed, Zagreb, 1974.
19. Martin, Mike W.: *Everyday Morality – An Introduction to Applied Ethics*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, California, 1988
20. McAlpine Alistair (Publisher): *The Ruthless Leader – Three Classics of Strategy and Power*, John Wiley & Sons, Inc., New York, 2000
21. *Moral Problems – A Collection of Philosophical Essays*, Edited by James Rachels, Third Edition, Harper & Row, Publishers, New York, 1979
22. *Normative Ethical Principles and Theories*, <http://www.stedwards.edu/ursey/norm.htm>
23. Oldenquist, Andrew G.: *Moral Philosophy - Text and Readings*, Second Edition Houghton Mifflin Company, Boston 1978
24. *Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance*, Edited by Stuart F. Spicker and H. Tristram Engelhardt, D. Reidel Publishing Company, Boston 1977
25. Veatch, Robert M.; Gaylin Willard; Morgan, Councilman (Publishers): *The Teaching of Medi Paternalism as the Field of Bioethical Concern* cal Ethics, A Hastings Center Publication, New York, 1973

Nada Mladina*

Bioetika i liječnik u partnerstvu s bolesnikom

SAŽETAK

Bioetički obrazovan liječnik uspostavlja odnos koji se realizira u dijalogu s bolesnikom, u kome je nezaobilazna spoznaja o pravima bolesnika, o etičkim pitanjima uz neophodno bioetičko obrazovanje. Ono podrazumijeva da se uz medicinsko, uključuje i znanje iz etike, filozofije, prava, psihologije, teologije i drugih znanosti. Liječnik svojim stečenim znanjem i umijećem, svojim odnosom prema bolesnom čovjeku, svjedoči pravedan život i život s vrlinom i ugledom. Potrebno je razlikovanje liječnika koji liječi samo na osnovi iskustva, bez objašnjenja i traženja pristanka na liječenje, od onog koji uz lijekove liječi i razgovorom s bolesnikom, raspravlja s njim kao filozof, objašnjava prirodu tijela, traži uzroke bolesti, u liječenju konzultira bolesnika i njegove bližnje.

Informirani pristanak (*informed consent*) originalno je pravo čovjeka koje je proisteklo iz bioetičke reakcije na postmoderno vrijeme medicinske tehnologizacije i karaktera obrazovnog profiliranja liječnika. To praktično predstavlja promjenu paternalističke uloge liječnika i pozicije bolesnika. Bolesnik postaje subjekt odlučivanja o svom zdravlju i životu, a liječnik njegov opunomoćenik. Obrazovani liječnik je, i prema Platonu, onaj koji u svom pristupu poučava bolesnika, ne propisuje mu lijek, ako nije dobio njegovu suglasnost za uzimanje i koji svojim pristupom i empatijom smiruje bolesnika, dajući mu nadu na ozdravljenje i izlječenje. Kakav će biti odnos čovjeka, posebno liječnika i zdravstvenog djelatnika prema svom, ili prema tijelima drugih ljudi, ovisit će i ovisi o tome što se o tijelu sazna i nauči, kako se to doživljava u odgojnom procesu. Danas je, u obrazovnom procesu zdravstvenih djelatnika, ali i općem prosvjećivanju ljudi u zajednici, neophodno pružanje znanja o pitanjima vezanim uz odnos liječnik - bolesnik, odnos prema vlastitom zdravlju, na temeljima društvenih i humanističkih znanosti, kako bi se postigao cilj bioetičke izobrazbe i liječnika i bolesnika.

Ključne riječi: bioetika, obrazovanje, liječnik, bolesnik

* Adresa za korespondenciju: Nada Mladina, Univerzitet u Tuzli, Medicinski fakultet, Ismeta Mujezinovića 6, BA – 75 000 Tuzla, Bosna i Hercegovina, e-mail: nada.m@bih.net.ba

Uvod

Odnos liječnik – bolesnik, onakav kakav se podrazumijeva u tradicionalnoj nastavi i najkласičnijim izrekama, heterogeni je odnos između dvije različite vrste. Mada se često kaže da ne postoje bolesti nego postoje samo bolesnici, da ne boluje jedan ili više organa, nego cijeli organizam, ipak taj izraz - bolesnik, dovoljno mijenja osobu da bi je liječnik mogao lako razlikovati od sebe samog. Između liječnika i bolesnika postoje sve one razlike koje postoje između subjekta i objekta. Kultura suvremene medicine, nažalost, nije usmjerena na obnovu tradicionalnih kvaliteta: altruizma, integriteta, vjernosti, skromnosti, samilosti. Nerijetko biva time ugrožena i sigurnost bolesnika. Velik izazov danas predstavljaju napori za poboljšanje kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite. Liječnici se neizostavno moraju educirati i ovladati vještinama komunikacije. To znači da trebaju znati utvrditi i spriječiti razna zbivanja, koristiti kvalitetno dobivene informacije, raditi timski, etično i stalno učiti (2). Humanizirati medicinu ne znači postupati s bolesnikom kao s turistom, povećavajući mu komfor i stvarajući privid kućnog ambijenta, nego znači postupati s njime kao s osobom sličnom sebi, kao s čovjekom.

Ovaj odnos liječnika i bolesnika kroz vrijeme dobiva nove dimenzije, te ga jednako s napretkom tehnologije i medicinske prakse treba unapređivati i prilagođavati novom ambijentu u skladu s razvojem bioetike. Bioetika je najpogodniji i nezaobilazni most koji spaja prilično različite puteve prema bolesniku kao osobi i njegovom interesu i autonomiji. Nerijetko se, nasuprot toj potrebi, susrećemo s nedovoljnom ili neadekvatnom edukacijom medicinskih profesionalaca o temeljima humanističkih znanosti. Postavlja se pitanje koliko je i kako danas liječnik upućen u tumačenje pojmova bioetike i koliko ih koristi u rješavanju problema koji svakodnevno opterećuju medicinsku praksu, a posebno poziciju bolesnika.

U temeljna prava svake osobe spada zaštita privatnosti i povjerljivosti informacija, što se navodi i u deklaracijama i kodeksima medicinske etike i deontologije.

U odnosu liječnik - bolesnik obično se primjenjuje model opunomoćenika koji se zasniva na povjerenju. U svakodnevnoj kliničkoj praksi s osobnim podacima o bolesniku i njegovim nalazima upoznato je više liječnika i drugog zdravstvenog osoblja. Tako se već polovinom prošlog stoljeća uvidjelo da je postojanje tajne između bolesnika i jednog određenog liječnika moguće samo u izuzetnim slučajevima. Timski pristup radu, bolnički protokoli, povijesti bolesti, elektroničke medicinske informacije i drugo postaje primjerom podjele medicinske tajne, koja je dostupna čak nepoznato velikom broju korisnika. Privatnost je inače složen koncept, a povjerljivost je usko vezana uz opći pojam privatnosti i uži pojam povlaštene komunikacije. Privatnost je konceptualno koristi u tri oblika: fizička privatnost, informacijska privatnost i privatnost u odlučivanju.

Sve veća razlika između mogućih i dostupnih terapijskih postupaka dovodi do toga da na rad liječnika u značajnoj mjeri utječe ekonomska ili politička situacija, te se on nalazi u vrlo nepovoljnom položaju u vezi sa svojom autonomijom. Pri tom se značajno ugrožava i autonomija bolesnika. Naime, liječnik nije u situaciji da može nesmetano obznani mogućnosti rada, ali i rizike određenih postupaka liječenja, čime se dovodi u pitanje osiguranje kliničke neovisnosti i stručnog integriteta liječnika (1). Odgovori na niz pitanja koji proizlaze iz ovog nedovoljno jasnog odnosa i pozicije liječnika i bolesnika mogu se naći u prvim člancima i knjigama koje nas uvode u polje bioetike.

Bioetika – most u budućnost – uvid u umreženost problema

Van Rensselaer Potter stekao je uvid u umreženost problema koji se tiču života, o umreženosti mikro i makro razine života, o tome da život predstavlja složen sustav interakcija. Za njega je bioetika znanost ravnoteže između čovjeka i prirode, poveznica raznim disciplinama. Uvid u umreženost problema nameće sam po sebi i ideju o umreženosti pristupa u njihovom rješavanju, odnosno, obuhvatnost pogleda na probleme zdravlja i opstanka čovjeka i drugih živih bića, te prirode ili života u cjelini. Potter, koji je po struci bio biokemičar i onkolog, a svoju znanstvenu karijeru posvetio istraživanju raka, uočio je velik jaz među znanostima. On je osjetio potrebu za premošćenjem tog jaza, motiviran nezainteresiranošću etike i drugih društvenih i humanističkih znanosti za rastuće dileme u medicinskoj praksi i biomedicinskim istraživanjima, kao i za ekološka pitanja. Jednako tako njegove bioetičke ideje motivirala je i nezainteresiranost liječnika i "prirodnih znanstvenika" za rastuće probleme s kojima se susreću u svakodnevnoj praksi. Stanje u znanostima i društvu navelo ga je na promišljanja koja će mu donijeti epitet "oca bioetike", dok je vlastitu bioetičku poziciju nazvao "mostovnom bioetikom".

"Riječ 'most' upotrijebio sam jer sam bioetiku shvaćao kao novu disciplinu koja će izgraditi most između prirodnih i humanističkih znanosti ili, jasnije rečeno, most između bioloških znanosti i etike..."

"Kao pojedinci ne možemo dopustiti da naša sudbina bude prepuštena u ruke znanstvenika, inženjera, tehnologa i političara, koji su zaboravili ili nikad nisu ni poznavali jednostavne istine. U našem modernom svijetu imamo botaničare koji proučavaju biljke i zoologe koji proučavaju životinje, ali većina njih su specijalisti koji se ne bave grananjem svog ograničenog znanja."

"Ja sam na stajalištu da znanost o preživljavanju mora biti izgrađena na znanosti biologije i proširena preko tradicionalnih granica, kako bi mogla uključiti najbitnije elemente društvenih i humanističkih znanosti s naglaskom na filozofiji u strogom značenju 'ljubavi prema mudrosti'. Znanost o preživljavanju mora biti više od same znanosti i stoga predlažem pojam bioetika kako bi naglasio dva najvažnija sastojka u

stjecanju nove mudrosti, koju tako očajnički trebamo: biologijsko znanje i ljudske vrijednosti" (1,2,4).

Bioetika se pojavljuje i djeluje na dodirnim crtama između filozofije, prirodnih znanosti, politike i gospodarstva, kao disciplina čiji su predmet prije svega društveno ekonomski aspekti upotrebe suvremenog znanja o životu, životnim procesima i živim bićima. Bioetika traži odgovore na pitanja koja se postavljaju radi neočekivano velikog i brzog napretka biologije, u vezi s najezdom novih biotehnologija, ponajviše u medicinskoj dijagnostici i kurativi, a zatim i u drugim oblastima, kao što su ishrana i zaštita prirodnog okruženja (3).

Primjenom bioetičkih načela, posebno načela o samoodređenju, stvoreni su uvjeti za bolesnikovo pravo na informiranje, prihvaćanje i odbijanje medicinskog tretmana ili sudjelovanja u biomedicinskim istraživanjima.

Bioetički most u budućnost i partnerstvo s bolesnikom

Informed consent, svjesni pristanak, informirana suglasnost, informirani ili obaviješteni pristanak zahvaća široko bioetičko područje: poštovanje bolesnikove osobnosti, zaštite bolesnika u medicinskim postupcima i biomedicinskim istraživanjima, sudjelovanja rodbine, odnosa prema djeci, bolesnicima i osobama sa smanjenom sposobnosti rasuđivanja te komunikaciju između zdravstvenih radnika i bolesnika.

Kakav je povijesni razvoj i tumačenje?

Uz Hipokratovu zakletvu vezana su tradicionalna etička pitanja u medicini. U njima se ne može naći uporište za informiranu suglasnost – (engl. *informed consent*), jer ti dokumenti stavljaju u prvi plan dužnost liječnika prema bolesniku, uz što ide paternalistički odnos. Na prijelazu 18. i 19. stoljeća Benjamin Ruch, američki vojni liječnik, i John Gregory, engleski liječnik, iskazali su potrebu promjene odnosa prema bolesnicima u pravcu naglašavanja uspostavljanja dijaloga između liječnika i bolesnika. U zaključku da bolesnik može sudjelovati u odlučivanju o medicinskom postupku ostaju na razini ideje, a takvim razmišljanjima bave se i Hookera i Richard Clark Cabot, profesori s Harvarda.

Dublja promjena odnosa zdravstvenih djelatnika prema bolesniku događa se u drugoj polovini 20. stoljeća. Radi se o promjeni paternalističke uloge liječnika i tradicionalne pozicije bolesnika. Liječnik ne donosi odluku "o" i "za" bolesnika. On postaje "opunomoćenik" bolesnika, a bolesnik subjekt odlučivanja o svom zdravlju i životu. Iz određenja informirane suglasnosti proizlazi da odgovornost za taj odnos snosi liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik.

U postizanju rezultata - dobivanja suglasnosti za način liječenja i istraživanja - u dijalogu treba promijeniti spoznaje o pravima bolesnika, o biomedicinskim načelima i njihovim međusobnim suprotstavljanjima, o etičkom odlučivanju i rješavanju etičkih konfliktnih situacija. Za odgovore na ova brojna pitanja nije dovoljno medicinsko znanje, nego je neophodno širiti i uključivati znanja iz filozofije, etike, prava, teologije, sociologije, psihologije i dr. Interdisciplinarni pristup u tumačenju, razumijevanju i traženju odgovarajućih rješenja primjenjivih u praksi uvodi problematiku informirane suglasnosti u područje bioetike.

Tom L. Beauchamp i Ruth Faden ističu da se termin *informed consent* prvi put spominje 1957. godine, a rasprave o dužnostima liječnika i istraživača u odnosu prema bolesniku u medicinskom postupku i ispitanicima u biomedicinskim istraživanjima započele su 1972. godine. Iste godine proglašeno je pravo bolesnika na razumljivo informiranje i na tome temeljeno prihvaćanje ili odbijanje biomedicinske intervencije.

Interdisciplinarni pristup u tumačenju, razumijevanju i traženju odgovarajućih rješenja primjenjivih u praksi uvodi problematiku informirane suglasnosti u područje bioetike.

U Europi je Nürnberški kodeks 1947., pri suđenju liječnicima, sljedbenicima nacizma, otvorio niz pitanja vezanih uz obaviještenost osoba koje sudjeluju u istraživanju o posljedicama po njihovo zdravlje i zloupotrebi povjerenja koje bolesnik ima u liječnika.

Na području SAD-a ova problematika razmatrana je intenzivnije nakon što se saznalo da su provođena istraživanja u tajnosti nad nemoćnim osobama kojima su ubrizgavane stanice raka, kako bi se utvrdilo hoće li one preživjeti u nemoćnom tijelu. Slično tome, nad djecom s mentalnom retardacijom provođeno je istraživanje od 1956. do 1965. god. u instituciji Willowbrook State School. Djeci je ubrizgavan virus hepatitisa, u namjeri da se utvrdi koliko dugo je tijelo sposobno boriti se protiv virusa. Ovo otvara pitanje odnosa prema mentalno retardiranim osobama i pitanje odnosa prema djeci u biomedicinskim istraživanjima.

Najveći zapamćeni skandal je projekt Tuskegee, koji je vođen 40 godina u Alabami, kada je 400 do 600 crnaca zaraženo sifilisom i ostavljeno bez liječenja da se prati "proces prirodnog izlječenja". Osnovno pitanje u razvijenom interdisciplinarnom dijalogu predstavnika medicine i društveno-humanističkih znanosti bilo je pitanje davanja suglasnosti za biomedicinsko istraživanje. Vijest o ovom istraživanju dospjela je u javnost 1972. godine i izazvala zgražanje nad činjenicom što su sve neki liječnici u stanju napraviti u ime "napretka medicine"!

Interdisciplinarni dijalog i slojevito razmatranje pojma i obrazovanja te obveze liječnika i znanstvenika o pojmu i sadržaju informirane suglasnosti, priznaje bolesnicima

pravo da znaju više o bolesti, uzrocima nastanka poremećaja, posljedicama koje ostavlja bolest, ali i rizicima primjene terapijskih postupaka, a posebno sudjelovanja u biomedicinskim istraživanjima.

To je područje u kome se u međusobnom dijalogu sučeljavaju dužnosti medicinskih stručnjaka i etička načela i, s tim u vezi, odnos prema bolesniku ispitaniku.

Ovaj odnos obavežno je aktivan i obavezuje sudionike biomedicinskog istraživanja ili dijagnostičko-terapijskog postupka da uvažavaju osobnost bolesnika i poštuju njegove odluke.

Kantova ideja osobnosti i bioetička edukacija

Immanuel Kant (1724. - 1804.) ima velik značaj u razvoju etike i njenom povezivanju u mrežu bioetičke misli. Za njega je dobra volja najviše dobro po sebi, pa se kao takva sama i određuje. Ona je slobodna i autonomna. Moral predstavlja svojstvo dobre volje. Izvor svakog moralnog postupka treba tražiti samo u čovjekovoj volji. Tako volja čovjeka postaje moralni zakon za čovjekovu praksu. Gledajući ulogu liječnika u tom bioetičkom procesu, njegovi se stavovi i dva stoljeća kasnije mogu primijeniti u tumačenju i podržavanju obaviještenosti i pristanka. Da bi se primijenili i da bi bili sadržaj i manifestacija osobnosti liječnika, potrebna je adekvatna edukacija. Bioetička edukacija u svojim sadržajima ima konkretnu zadaću. Ona oslikava one etičke probleme u modernoj medicini koji su uvjetovani znanstvenim i tehnološkim postignućima u ovladavanju zdravljem i bolešću. Definirajući bioetiku kao znanost koja ima dodirne točke s drugim humanističkim i društvenim znanostima, Edmund D. Pellegrino (5,7) sugerira predavačima medicinske etike da pri koncipiranju nastavnih sadržaja paze na to da studenti dolaze na medicinske fakultete s vlastitim osjećajem za vrijednost, koja se neće mnogo promijeniti učenjem etike; studenti su odgojeni u pluralističkom društvu, pa im nastavni sadržaj mora osigurati i razlaganje i ispitivanje osobnih etičkih stavova. Tako bi nastavni sadržaji trebali studentima pružiti iscrpne obavijesti o tehničko-tehnološkim postignućima i moralnim dvojabama koje se javljaju njihovom primjenom u medicini. Sadržaj predmeta medicinske etike treba obuhvaćati pitanja ljudskog zdravlja i ponašanja u svrhu njegovog očuvanja. U njemu posebno mjesto treba zauzeti pitanje etičkog odnosa između liječnika i bolesnika, kao i pitanje koliko znanstveno-tehnološka i biokemijska postignuća sve više udaljavaju liječnika i bolesnika (7).

Kantovu praktičnu filozofiju Ante Čović (8) smatra "prekretnicom u sveukupnoj povijesti etike". Kantu je bilo bitno da nađe čvrstu polaznu točku, koja će mu omogućiti da dođe do općih, nužnih saznanja (9,10). U razjašnjenju odnosa liječnik –

bolesnik, pomaže tumačenje pojma osobnosti prema Kantu (9,10). Ono naglašava ispitivanje potrebe liječnika u donošenju odluke za bolesnike.

"Čovjek je, doduše, nesvet, ali mu čovječstvo u njegovoj osobi mora biti sveto. U cijelom se svijetu sve što čovjek hoće i nad čime ima vlast može upotrijebiti kao sredstvo; samo je čovjek, a s njim i svako umno biće, svrha sama po sebi."

Kant tvrdi da "čovjeka nikada nitko ne smije upotrijebiti kao sredstvo, a da pri tome ne bude ujedno svrha". Čovječstvo u nama samima, po Kantu, mora biti sveto!!

Promatrajući odnos između liječnika i bolesnika treba naglasiti da, bez obzira na moralne kvalitete liječnika i bolesnika, treba naglasiti da je bioetička edukacija i znanje neophodno u izgrađivanju prakse partnerstva s bolesnikom u procesu liječenja i unapređenja njegovog zdravlja, jer garantira veću razinu dijaloške i svake druge komunikacije, čime se izgrađuje veće povjerenje i sigurnost u tretmanu. Bez obzira na moralne kvalitete, bogato stručno iskustvo ili bioetičko znanje, neophodno je osigurati dovoljno vremena koje će biti posvećeno razgovoru s bolesnikom, da on osjeti da se s njim suosjeća, da mu se pristupa kao partneru. Tako će i bolesnik biti bolje educiran medicinski i bolje će razumjeti sve dobivene informacije. Na taj način može dati kompetentnu suglasnost. Nikada ne smijemo smetnuti s uma da bolesnik, a ne liječnik, proživljava strah, neizvjesnost, bol. Pri liječenju bolesnika liječnici trebaju znatno više uvažavati i respektirati njihove interese i potrebe.

Platonovo učenje o tijelu i regulaciji medicinskih pitanja

Svrha odgoja prema Platonu izgrađivanje je jedinstva tijela i duše, jer jedno bez drugoga ne mogu biti ni ljepši ni bolji. Platon liječnike i državnike zadužuje za osiguranje zdravog života ljudi u zajednici. Liječnik svojim djelovanjem osigurava zdravlje čovjeku – pojedincu, a političar omogućuje zdrav život ljudima u državi. Zdrav život je razborit, hrabar i umjeren, a bolestan je nerazborit, kukavički i raskalašen. Ova dva života razlikuju se prema količini boli koju mogu podnositi ljudi koji u njemu žive.

U umjerenom životu bol je tiha, blaga, podnošljiva, dok u raskalašenom bol svojom veličinom, jačinom i intenzitetom život čini nepodnošljivim. Liječnik svojim znanjem osigurava zdrav život svakom čovjeku, a svojim odnosom prema bolesnom svjedoči život s vrlinom i ugledom. Platonovo učenje ukazuje na to da je i u to doba razlikovanje liječnika zasnovano zapravo na osnovi kriterija koji će ponovo postati aktualni u novom vremenu, vraćajući i upozoravajući liječnike na obaveze uvažavanja osobnosti bolesnika. Platon povezuje odnos prema vlastitom tijelu i zdravom životu, mislima i postupcima prema drugim ljudima, sve do političke regulacije medicinskih pitanja. Svrha odgoja je, prema Platonu, izgrađivanje jedinstva tijela i duše. Jedno bez

drugog ne mogu biti niti ljepši, niti bolji. Sklad ljepote, tijela i duše postiže se učenjem o pravilnoj prehrani, kretanju, te vježbanjem hrabrosti i vedrine. Zbog popuštanja prema zahtjevima tijela čovjek može doći u sukob s osobnim moralom, ali i moralom zajednice, a ona ga normativno sankcionira. Platon smatra državu odgovornom za prevenciju ovih pojava. Država sustavom obrazovanja i odgoja daje zadaću učiteljima da svojim učenicima izgrađuju svijest o ljepoti tijela, skladu duše i tijela, osposobljavajući ih za čuvanje tijela i jačanja tjelesne snage. Metode koje se prema Platonu odabiru u odgoju djece i odraslih za zdravo tijelo i dušu trebaju biti odabrane tako da svatko u procesu odgoja osjeti što manje boli, straha i žalosti, a što je moguće više vedrine i veselja. S vedrinom je, prema Platonu, usko povezana vrlina. Kada Platon tumači vedrinu i vrlinu, upotrebljava pojmove zdravlja i bolesti. Po njemu je vedrina i vrlina zdravlje, ljepota i dobro stanje duše, a zlo neka bolest, ružnoća i nemoć. Ono što čini zdravlje i bolest tijelu, vrlina i zlo čine duši. Platon za osiguravanje zdravog života ljudi u zajednici zadužuje liječnike i državnike.

Prema Platonu postoji liječnik koji liječi na osnovi iskustva, bez objašnjenja bolesti i traženja pristanka na liječenje. Bolesnici žive po diktatu liječnikove volje. Ove liječnike Platon smatra običnim. Drugi liječi uz lijekove i razgovorom, raspravlja s bolesnikom kao filozof, ispituje uzroke bolesti, objašnjava mu prirodu tijela. U liječenju konzultira i bolesnika i njegove bližnje. Tim pristupom on poučava bolesnika, ne propisuje mu lijek dok nije dobio bolesnikovu suglasnost za uzimanjem, te svojim pristupom i empatijom smiruje bolesnika i daje mu nadu u ozdravljenje. Po Platonu je ovaj liječnik obrazovan.

Interdisciplinarnost – neophodnost

U medicinskim ustanovama posljednjih su godina ustrojeni obrasci pristanka na pojedine zahvate ili učešće u biomedicinskim istraživanjima. Nedovoljno je, međutim, istraženo, a posebno je nedovoljno primijenjen interdisciplinarn pristup ovoj građi, te ona, izgleda, zadovoljava samo pravne okvire. U visokom postotku informirani pristanak svodi se samo na potpis. Iz odnosa prema pristupu u liječenju, a i istraživanju, moguće je da je danas mišljenje o tome tko je obrazovan, a tko običan liječnik, potpuno obrnuto. Naime, više se među liječnicima cijeni znanstveno-istraživački rad, koji samim tim podrazumijeva da ga ne može svako razumjeti, a naročito ne medicinski laici. Liječnici koji se bave strukom i koji posvećuju više vremena bolesniku i razgovorima s njima smatraju se manje obrazovanim i svakako manje cijenjenim u liječničkim krugovima. To ukazuje na njihovu nedovoljnu naobrazbu, vezano uz osnovne pojmove bioetike, koji se temelje još na antičkoj filozofskoj misli i humanističkoj znanosti.

Sve savršenija tehnika i mnoštvo mnogobrojnih pretraga, brojne subspecijalnosti pridonose tome da se sve više i više osoba, bolesnika, potiskuje iza visokosofisticiranih

nalaza. Poazić (11) naglašava da do udaljavanja liječnika od bolesnika dolazi s jedne strane radi tehnologije same po sebi, a s druge strane radi materijalne komponente vezane uz tehnologiju, što izaziva dalje odvajanje između samih bolesnika prema njihovom socijalnom statusu. Određenu sigurnost da će u jednom društvu polazna i krajnja točka biti osoba, čovjek, uz zakonske propise daju i deklaracije etičko-moralnih vrijednosti, od Svjetske zdravstvene organizacije i raznih udruga liječnika.

Velika je odgovornost zdravstvenog sustava, zdravstvenih djelatnika, bolesnika, ali i cijelog društva, da se učine dodatni naponi kako bi se zaustavila dalja dehumanizacija medicine. Rješavanje bioetičkih dilema u kliničkoj praksi nije samo obaveza, nego i izazov, kako u prošlosti, tako i danas i u budućnosti (10). Etika i bioetika ne mogu opstati kao opravdani i potrebni nastavni predmeti, niti mogu napredovati ako ne ispunjavaju važne društvene i individualne aspekte odgoja i obrazovanja (7).

Bioetika mora u tom pogledu više obuhvatiti sve segmente liječničkog obrazovanja i promjene odnosa prema pitanjima, čiji su temelji očito postavljeni vrlo davno i potpuno jasni. Temeljni ciljevi etičke i bioetičke edukacije podrazumijevaju poticanje moralne imaginacije, prepoznavanje etičkog problema, razvijanje vještine analize, razvijanje osjećaja moralne dužnosti i osobne odgovornosti, te toleranciju kritike, neslaganja i suprotnih stavova. To, prema Adamu Niemezynskom, znači kreiranje osoba spremnih i sposobnih odnositi se prema drugima kao prema sebi jednakima, uz razvijanje sućuti i brige za druge (7).

Izgubljeno je značajno vrijeme u oblikovanju ciljeva liječničke profesije kroz diplomski i poslijediplomski studij, ali uvijek postoji rješenje u integrativnoj bioetici, koja jest i ostaje most za budućnost.

LITERATURA

1. Potter, V. R. (1971) Bioethics, the Science for Survival. In: Potter VR (ed.) Bioethics bridge to the future (pp.1-5) Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall.
2. Frković, A. (2010) Zdravstvena skrb - ogledi o sigurnosti pacijenta i kvaliteti života. U: Medicina i bioetika, Pergamena, Zagreb, 2010., str.17-35.
3. Frković, A. (2006) Bioetika u kliničkoj praksi, Pergamena, Zagreb, 2006.
4. Jurić, H. Uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Ressaera Pottera. U: Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije, Bioetičko društvo BiH, Sarajevo, 2007., str. 77-99.
5. Berberović, Lj. Genetički modificirani (GM) organizmi – obećanja i prijatnje. U: Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije, V. Valjan (ur.), Bioetičko društvo BiH, Sarajevo, 2007., str. 121-133.

6. Pellegrino, D. E. (1989) "Teaching Medical Ethics: Some Persistent Questions and Some Responses", *Academic Medicine, Journal of The Assotiation of The American Medical Collegs*, 64, str. 701-704.
7. Gosić, N. *Bioetička edukacija*, Pergamena, Zagreb, 2005., str. 39-50.
8. Čović, A. (1998) *Etika i bioetika, Filozofska istraživanja*, 71, str. 745-761.
9. Kant, I. (1956) *Ibidem*, str. 102.
10. Kant, I. *Zasnivanje metafizike morala*, Dereta, Beograd, 2004., str. 80-81.
11. Pozaić, V. (1997) *Medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije. Gynecologia et perinatologia*, 6, str. 61-63.
12. Pozaić V. (2001) *Medicinska etika u svjetlu kršćanske antropologije. U: Bioetika u teoriji i praksi*, A. Kurjak, V. Silobrčić (ur.), Nakladni zavod Globus, Zagreb, str. 79-180.

Nada Mladina

Bioethics and physician in partnership with patients

ABSTRACT

Bioethics educated physician makes relationship which realized in dialogue with patient, which contains undeniable notion about patient's rights, about ethical questions and necessarily bioethics education. It means knowledge from ethic, philosophy, theology besides medical knowledge. A physician with all his knowledge and stillness, with his relationship to sick man testifies fair life with virtue and reputation. He proves this assertion by discriminating physician who cures only on the base of experience without any explanations or asking permissions for treatment from the physician, who, besides drugs, cures with conversation with patient as philosopher, explains the nature of body, searches possible causes of disease, in curing consults patient and his relatives.

Informed consent is an original human - being's right which raised from bioethics reaction to postmodern time of technologisation and character of educational profiling of a physician. It practically represents change of paternal role of physician and patient's position. Patient becomes subject of decision-making about his health and life, and physician becomes authorized person. Educated physician is, considering Platon, one who educates patient in his first contact: do not prescribe medication without patient's agreement, which calms patient giving him hope in restoration.

What kind of human-being's relation will be, especially physician or medical worker, towards his own, or towards the other people bodies, depend on how much about body itself one learns or conceives, what is the impression in pedagogic procedure.

Now days, in educational process for medical workers as well as for general enlightenment of other population, it is essential to give necessary knowledge about relation physician- patient, relation to one's own health, based on social and human sciences to achieve the aim of bioethics education of physician and patient.

Key words: bioethics, education, physician, patient

Mirko Štifanić*, Iva Rinčić

Etičnost i profesionalizam smjesta

SAŽETAK

Kontinuirana edukacija društveno-humanističkim sadržajima čini obavezni dio kurikulumu svih medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj. Središnji cilj spomenute edukacije sadržan je u ideji da budući liječnici stjecanjem diplome ne postanu samo vrsni stručnjaci, već i profesionalci, s temeljnim etičkim znanjima i izgrađenim etičkim načelima. Njihovim izostankom liječnik je nespreman za obavljanje svog zanimanja, te olako započinje s nemoralnim i nezakonitim postupcima prema bolesnicima, uključujući nepoštivanje autonomije i digniteta bolesnika, zaradu na patnji i boli nemoćnih i bolesnih i konačno - korupciju.

U politiziranom javnom zdravstvu tranzicijskog društva takve su pojave vrlo prisutne, te su izraz kompleksnijih društvenih promjena, gubitka vrijednosti i uzdrmanosti institucija. Strukturalne promjene na razini društva tako se očituju i na razini medicinske struke, ali i pojedinaca, pri čemu etičnost, jedna od temeljnih odlika zdravstva, stagnira, nazaduje, a nerijetko i propada. Izostanak etike najpogubniji je upravo u liku liječnika: liječnik je nerijetko nehuman, ne poštuje ljudske vrijednosti i profesionalne norme, te stvara specifičan oblik tranzicijske "etičnosti i profesionalizma". Takva tranzicijska ("stara") etičnost i ("stari") profesionalizam prijetnja su dostojanstvu i pravima bolesnika, ugledu cjelokupne medicinske profesije, a dugoročno ugrožavaju i osnove medicine i zdravstva kao sustava društvene stabilnosti i povjerenja. Kvalitativan obrat u smjeru liječnikove predanosti bolesnikovoj dobrobiti postaje moguć tek uvođenjem "nove" (posttranzicijske) etičnosti i profesionalizma - smjesta. Spomenuto, međutim, postaje tek formalno priželjkivan i moguć cilj, ako se uspostava i provedba procesa uvođenja etičnosti i profesionalizma prepusti onim strukturama čije su jedine odgovornost politička i ekonomska (u smislu smanjenje zdravstvenih troškova). Raskorak između formalne i stvarne (kulture) etičnosti i profesionalizma na taj način postaje sve veći, a ostvarivanje temeljnih ciljeva zdravstva u zemljama tranzicije, uključujući Hrvatsku, opasno dovedeno u pitanje.

Zaključno, razvoj posttranzicijske ("nove") kulture etičnosti i profesionalizma liječnika ne smije biti slučajan, prigodničarski, odnosno stihijski pokušaj ublažavanja već nastale štete,

* Adresa za korespondenciju: Mirko Štifanić, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, B. Branchetta 20, HR – 51 000 Rijeka, e-mail: mirkostif@yahoo.com

nego interdisciplinarno definiran i kvalitetno vođen proces, jasno definirane strukture, metoda provedbe, etapa realizacije i očekivanih ishoda ciljeva. S obzirom na nužnost stvaranja javnog zdravstva kao boljeg mjesta za bolesnike i liječnike, ali i stabilnog društvenog pod-sustava, ostvarivanje spomenutog procesa zahtijeva uključivanja i angažman aktera na svim društvenim razinama (liječnika emancipiranih od politike, bolesnika uključenih u odlučivanje i nadzor zdravstvenog sustava, te političara svjesnih važnosti učinkovitosti, ali i humanosti sustava javnog zdravstva).

Ključne riječi: politizirano zdravstvo, tranzicijska ("stara") etičnost i profesionalizam, posttranzicijska ("nova") etičnost i profesionalizam – smjesta.

Uvod

Razvoj kulture etičnosti u zdravstvenim sustavima razvijenih zemalja dug je i složen proces. Uspješniji je u zdravstvima onih država u kojima su tijekom povijesti i na temelju iskustava, definirani kriteriji razlikovanja prihvatljivog od neprihvatljivog, odnosno moralnih od nemoralnih postupaka zdravstvenih djelatnika prema bolesnicima. Tako razrađeni kriteriji općenito su prisutniji u stabilnim društvenim sredinama, u kojima ne ovise o drugim društvenim procesima, političkim promjenama, geopolitičkoj strategiji i ekonomskim pokazateljima. S druge strane, tranzicijska se društva, osim s političkim promjenama i krizom¹, nalaze u ekonomskoj tranziciji, ali i u mijenama shvaćanja povjerenja, odgovornosti, moralnosti, profesionalnosti, pri čemu spomenuti procesi ne mimoilaze niti jedan društveni podsustav, uključujući javno zdravstvo. U okolnostima u kojima neoliberalna ekonomija i politika interesa (od stranačkih do korporativnih) postaju okviri, ali i kriteriji djelovanja, prvi se na udaru nalaze upravo primarno neprofitabilni sustavi, poput javnog zdravstva. Iskorak iz paradigme zdravstva kao sustava od posebnog državnog i društvenog interesa, korak je u smjeru ukidanja njegove autonomije, nakon čega slijedi podređivanje aktualnoj politici i time ukidanje temeljnih ciljeva javnog zdravstva, te rušenje digniteta i etičnosti struke, ali i cjelokupnog sustava. Političkim strukturama tranzicijskog društva odgovara obespravljeno i kontrolirano zdravstvo, te ne dopušta njegovu depolitizaciju i okretanje nove stranice u razvoju (posttranzicijske) odnosno "nove" etičnosti u javnom zdravstvu. Zahtjev suvremene zbilje u hrvatskom tranzi-

¹ U europskoj perspektivi tranzicija započinje simboličnim, ali i stvarnim rušenjem berlinskog zida 1989. godine, kao "početak kraja" jedne političko-ekonomske interesne grupacije. U bivšim zemljama istočnog bloka započeli su procesi (privatizacija, ukidanje jednostranačja i kontroliranog tržišta, *sloboda* medija, restrukturiranje industrije uz porast nezaposlenosti i pad standarda, raslojavanje, povećana konzumacija opijata, posebno alkohola i droga), koji su doveli do strukturalnih društvenih promjena, ali i poremećaja.

"U takvom ambijentu devijacije počinju sa sitnim kriminalom i korupcijom, a završavaju sa organiziranim kriminalom na različitim razinama privrede i društva. Tranzicijska kriza dobiva one najgore dimenzije koje se ispoljavaju u krizi morala." (Dragomir Vojnić, "Europske zemlje u tranziciji – Quo vadis Croatia", *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 8 (66/1998), str. 78)

cijskom zdravstvu je stoga jasan - etičnost i profesionalizam smjesta, protežući se od cjelokupne strukture sustava zdravstva do pojedinačnih odnosa liječnika i drugih zdravstvenih radnika prema bolesnicima.

Jedina šansa za takvu promjenu zdravstva, kako na razini sustava, tako i pojedinaca, dolazi iz redova samih profesionalaca u zdravstvu. Aktivno sudjelovanje u artikulaciji zahtjeva za promjenama u zdravstvu i njihovo sustavno provođenje, prvi su koraci trajne mobilizacija liječnika, ali i predstavnika drugih zdravstvenih struka. Od liječnika se očekuju inicijative poput uvođenja nove i unapređenja postojeće interdisciplinarnе edukacije, demokratizacija struke i razvoj kulture dijaloga, učinkovit nadzor i poboljšanje kvalitete rada, unapređenje komunikacije s bolesnicima, kultura poštivanja dostojanstva i prava bolesnika s ciljem da dobrobit bolesnika (p)ostane prva i osnovna briga liječnika², a slične je zahtjeve nužno protegnuti i na druge zdravstvene radnike. Iako je zahtjev za razvojem etičnosti posttranzicijskog doba usmjeren svim zdravstvenim profesionalcima na razini struka kojima pripadaju, ključan trenutak cjelokupnog procesa čini moralni razvoj svakog pojedinog liječnika, odnosno (iz)gradnja osobne sposobnosti liječnika za moralno promišljanje i djelovanje³. Na taj će se način osigurati nužni preduvjeti da na ruševinama tranzicijske ("stare") etičnosti, nastane i započne proces razvoja posttranzicijske ("nove") etičnosti.

Etičnost u zdravstvu: poligon stalnih propitivanja i dograđivanja

Kao što je to opisano u uvodnom djelu, očito je da je tranzicijsko zdravstvo žrtva interesa drugih⁴, u prvom redu politike koja se stavila izvan i iznad zdravstvene struke i građana. Osim političkih interesa, zdravstvo se nalazi i pod snažnim utjecajem medicinske industrije i njoj bliskih računica s ekonomskim predznakom⁵. Takvi su utjecaji na zdravstvo započeli posebno nakon 1993. godine i početka privatizacije zdravstva. Tada se doktrinom šoka⁶ privatiziralo sve što je bilo moguće: obiteljska medicina, ustanove za kućnu njegu, ljekarne, ortopedske kuće, ustanove za fizikalnu terapiju u kući, specijalne bolnice, poliklinike, ali i pojedini bolnički odjeli u državnim bolnicama

² "Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom." (Hrvatska liječnička komora, Kodeks medicinske etike i deontologije, 10. lipanj, 2006. 2. Obaveze prema pacijentu/bolesniku, članak 1., <http://www.hlk.hr/Download/2008/02/21/Kodeks.pdf>).

³ Postizanje zavidne osobne razine moralnog promišljanja i djelovanja može osigurati, da čak i ako na razini struke, odnosno sustava zdravstva, vlada drugačija praksa, liječnik ima mogućnost ostvariti sebe kao moralnog profesionalca, a poštujući dostojanstvo i prava bolesnika, vratiti dio ugleda cjelokupnoj liječničkoj struci.

⁴ Josip Grbac, *Etičke dvojbe hrvatskog društva*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb 2009., str. 195-201.

⁵ Lidija Gajski, *Lijekovi ili priča o obmani*, Pergamena, Zagreb 2009., str. 420.

⁶ Detaljnije o doktrini šoka usporedi Naomi Klein, *Doktrina škola - uspon kapitalizma katastrofe*, V.B.Z., Zagreb 2008.

(odjeli za hemodijalizu). "Iako su tek rijetki građani toga svjesni, naš je zdravstveni sustav sve manje "naš", a sve više "njihov", odnosno sve više u privatnim rukama."⁷

Bogatstvo stečeno u tranziciji na različite načine, stvorilo je mogućnost iznimno učinkovitog (ali skupog) privatnog liječenja manjeg broja ljudi, dok je istovremeno većina građana ostala ovisna o sustavu javnoga zdravstva⁸. Pritisak velikog broja bolesnika na osiromašeni sustav javnog zdravstva tijekom gotovo dvadeset godina, danas se očituje u sve lošijem zdravstvenom stanju nacije, ali i potresenosti čitavog zdravstvenog institucionalnog sustava, pri čemu se kao nazivnik spomenutih procesa često koriste potpuno izokrenute tvrdnje.⁹ Na taj se način nastoje opravdati iznimno visoki troškovi iznova novih reformi zdravstva, uz smanjivanje opsega i razine dostupnih i pruženih zdravstvenih usluga. Od anomalija, treba istaknuti i pozitivne novčane sankcije liječnicima za štednju, na štetu bolesnicima¹⁰, čime je jasno odasлана poruka: Zdravlje na prodaju!; Zdravlje je roba koju bogati kupuju, dok siromašni umiru¹¹.

Općenito se smatra da je tranzicijska ("stara") etičnost¹² nepovoljna iz više razloga: za bolesnika, kulturu liječnika, liječničku profesiju i zdravlje populacije, te je očito da se radi o fenomenu čija prisutnost može imati dugoročne posljedice, u krajnjoj liniji ugrožavanje, odgađanje i(li) sprječavanje uvođenja nove, posttranzicijske etičnosti bez koje nema javnog zdravstva po mjeri čovjeka.

Razvoj moralnosti liječnika ne smije biti slučajan

Kritike medicine i zdravstva stare su gotovo koliko i medicina sama. Iako povijesni razvoj medicine obiluje primjerima neprimjerenog i paternalističkog postupanja liječnika prema bolesniku, i danas se nedovoljno ozbiljno, a u praksi javnoga zdravstva i uz prisutnost otpora, gleda na uvažavanje bolesnika kao osobe. Tranzicija je,

⁷ Dražen Gorjanski, "Zašto "ne" koncesiji u zdravstvu?", *Glas Koncila*, 38 (1839/2009), str. 17.

⁸ O navodnoj "brizi" za ove potonje, najbolje svjedoče izjave liječnika - političara iz vrha zdravstvene administracije, o tome kako *svi* hoće *sve* imati i to - besplatno (Darko Milinović, izjava u Novom listu, *Novi list*, 29. siječnja 2008.), da se većina ljudi danas želi liječiti u "mercedesu", a izdvaja za jedan polovni auto i da svi bolesnici nisu isti (Herman Haller, izjava u Novom listu, *Novi list*, 14. ožujka 2008.), da postoji solidarnost, ali samo do određene granice (Herman Haller, 3. tematska sjednica Nacionalnog vijeća za praćenje provedbe Nacionalnog programa suzbijanja korupcije, Hrvatski sabor, Zagreb, 28. listopada 2008.). Ovime, nažalost, nije iscrpljen popis sličnih izjava odgovornih.

⁹ Poput one, u kojoj se javno zdravstvo nastoji prikazati kao nešto što svi traže jer je besplatno (Dimitri Demekas, "I zastupnici za participaciju u zdravstvu", *Novi list*, 14. prosinca 2004.).

¹⁰ Josip Županov, "Kamo to u nas ide primarna zdravstvena zaštita", *Vjesnik*, 28. svibnja 2003.

¹¹ U tranzicijskom društvu evidentnija je zabrinutost nego sigurnost, jer građani znaju kako svi ljudi u bolesti nemaju brz pristup najboljoj mogućoj medicinskoj skrbi i liječenju, te moralnom i dobrom liječniku.

¹² Tranzicijska etičnost i profesionalizam su zapravo eufemizmi, s obzirom na to da se koriste kao oznaka stanja odsutnosti/niske razine etičnosti i profesionalizma u tranzicijskom društvu. Pri njihovoj upotrebi treba biti krajnje oprezan, kako bi se izbjegla relativizacija stvarne etičnosti i profesionalizma javnog zdravstva.

naime, unijela dodatni kaos u ovo područje u kojem moralnost prema bolesniku postaje kategorija koja ovisi o faktorima poput organizacije sustava, financijskih sredstava, ali i razini savjesti pojedinog zdravstvenog djelatnika, posebno liječnika.

Zbog negativnih iskustava, medicina i javno zdravstvo sve se manje poistovjećuju s predanošću za dobrobit bolesnika, uljudnošću, suradnjom i moralnošću na svakoj razini, te nema dvojbe da su promjene nužne; ne samo u dijelu zakonodavne regulacije prava i zaštite interesa i prava bolesnika, nego i u definiranju i ostvarivanju humanijeg posttranzicijskog zdravstva.

Humani zdravstveni djelatnici, posebno liječnici, kao i bolesnici, suglasni su oko stava da je nužno uvođenje etičnosti bez odugovlačenja. Upoznati s (ne)zakonitostima tranzicijskog društva, spomenute interesne skupine (bolesnici i zdravstveni djelatnici), nemaju povjerenja u reforme "s vrha", s obzirom na to da bi njihova provedba bila protivna interesima politike. Sadašnje stanje rezultat je činjenica da briga za bolesnika i njegovu sudbinu u tranzicijskom društvu i zdravstvu nisu glavni ciljevi nastojanja i odluka odgovornih struktura. Neosjetljivost na specifičnosti i potrebe javnog zdravstva, čije negativnosti u tranzicijskom društvu nose sami bolesnici, stvara kod bolesnika i u široj društvenoj javnosti animozitet prema političarima, nadležnim službama, ali i zdravstvenim djelatnicima/liječnicima koji su, okrenuvši leđa bolesnicima, stali na stranu političkih i interesnih opcija¹³.

Sudionici promjena mogu biti samo humani liječnici i educirani te informirani, tj. aktivni bolesnici. Oni mogu javno zdravstvo učiniti mjestom u kojem će svi biti jednaki u bolesti, umiranju i smrti. Za artikulaciju zahtjeva za promjenama, a potom i njihovo ostvarivanje, neophodna je mobilizacija liječnika, odnosno cjelokupne zdravstvene struke, bolesnika i društva. U biti, potrebna je jedna mala revolucija¹⁴.

Na razvoj etičnosti liječnika utječu brojne vrijednosti, od onih koje usvaja u obitelji i zajednici življenja, do vrijednosti zastupljenih u procesu edukacije, profesionalnom radu, životnom iskustvu, a posebno u radu s bolesnicima. Prema Maclaganu, vrijednosti nisu nepromjenjive, nego se prilagođavaju specifičnostima pojedine sredine, posebno u uvjetima moralnog sukoba. Promjene u razvoju individualnog morala Maclagan preuzima od američkog psihologa Lawrencea Kohlberga, koji ih razmatra na tri razine:

- a) prekonvencionalnoj (liječnik je usmjeren na sebe);
- b) konvencionalnoj (svijest o značenju etičkih normi i postupanja što je prihvatila liječnička profesija);

¹³ Kao posljedica nemoći i nemogućnosti prihvaćanja/prilagođavanja takvim pojavama, bolesnici, u pravilu starijih dobnih skupina, s manjom razinom edukacije i informiranosti, pristaju i na ono što nije dobro za njih, a nerijetko se i prepuštaju "sudbini". U pojedinim slučajevima tako nešto može značiti i mistanaziju (Mirko Štifanić, "Misthanasia in A Society in Transition", *Formosan Journal of Medical Humanities*, 7 (1/2/2006), str. 86).

¹⁴ Paulo Cornaglia-Ferraris, *Camici e pigiami*, Editori Laterza, Roma – Bari 1999., str. 176.

c) postkonvencionalnoj (razina na kojoj je liječnik stekao sposobnost nepristranog i neovisnog etičkog rasuđivanja temeljenog na načelu pravednosti)¹⁵.

Postkonvencionalna razina tipična je za uređena i stabilna društva, visokog povjerenja u odgovorne strukture i društvene institucije, dok je konvencionalna prijelazna faza između nametanja pravnih normi i etičkih načela i njihovog osvještavanja kao vlastitih od strane liječnika. Drugu krajnost pokriva prekonvencionalna faza, tipična za tranzicijsko društvo, uzdrmanih i izgubljenih tradicionalnih vrijednosti, a ne izgrađenih novih, poljuljanog povjerenja, sigurnosti, time i dobročinstva kao bitnih stabilizatora uređenog društva.

Kada je riječ o konkretnim vrijednostima (dobro zdravlje, idealan liječnik, dobar bolesnik, dobra komunikacija, autonomnost odlučivanja), razlike između tranzicijske ("stare") etičnosti i ("starog") profesionalizma i posttranzicijske ("nove") etičnosti i ("novog") profesionalizma najbolje prikazuje tablica.

Tablica 1. Razlike u vrijednostima između tranzicijske ("stare") etičnosti i ("starog") profesionalizma i posttranzicijske ("nove") etičnosti i ("novog") profesionalizma¹⁶

Vrijednosti	Tranzicijska ("stara") etičnost i ("stari") profesionalizam	Posttranzicijska ("nova") etičnost i ("novi") profesionalizam
Dobro zdravlje	Postupanje u ime bolesnika	Sve je podređeno dobrobiti bolesnika
Idealan liječnik	"Strogi otac" (paternalizam)	Moralan i human liječnik koji poštuje prava i dostojanstvo bolesnika
Dobar bolesnik	Pasivan i poslušan	Informiran i educiran
Dobra komunikacija	Dominira liječnik	Personalizirani pristup i suradnički odnos
Autonomnost odlučivanja	Uvijek liječnik, "u skladu sa znanošću i savješću"	Zajedno liječnik i bolesnik, nakon informiranja bolesnika

S obzirom na specifične okolnosti u kojima se javno zdravlje nalazi u tranziciji, očito su na djelu specifične, kontekstom uvjetovane vrijednosti, ako je o vrijednosti-

¹⁵ Patrick Maclagan, *Management and Morality*, SAGE Publications, London 1998., str. 22.; Antun Šundalić: "Patrick Maclagan: Management and Morality - A Developmental Perspective", *Društvena istraživanja*, 6 (38/1998), str. 945.

¹⁶ Tablica je djelomično preuzeta i prerađena iz knjige Mirko Štifanić, *Zdravlje po mjeri Čovjeka*, Adamić, Rijeka 2008., str. 177.

ma uopće riječ. Činjenica je da postoje okolnosti koje nude objašnjenje, ako ne i opravdanje pojava u tranziciji (poput ratnih zbivanja u Hrvatskoj nakon raspada bivše države), no čak je i tada potrebno uložiti dodatni napor da se, paralelno s uspostavom drugih društvenih preduvjeta (npr. prestanak ratnih razaranja), krene s uspostavom posttranzicije. Najveća se opasnost skriva u mogućnosti da "tranzicijske vrijednosti" nadžive tranziciju samu.

Zbilja zdravstva tranzicijskog društva upozorava da moralni razvoj liječnika ne smije biti slučajan, prigodničarski i usputni učinak životnog okruženja, bolničke sredine, susreta i komunikacije s bolesnikom, već osviješteni čin, odnosno proces prelaska iz tranzicijske u posttranziciju. Stoga je nužna interdisciplinarna edukacija liječnika uz pomoć tema i sadržaja, kao što je, primjerice, altruizam, humanost, emocije, percepcija bolesnika i njegovog stanja, osobni karakter, individualna moralna pravednost i dr. Bez toga etička teorija, iako vrlo prisutna i popularna, nerijetko može ostati samo teorija bez praktične primjenjivosti.

Novi (posttranzicijski) liječnik je pažljiv, suosjećajan, nenametljiv, s bolesnikom razvija kvalitetnu komunikaciju, u odnosu poštuje zakonske norme i etička načela, što sve pridonosi "novom" medicinskom profesionalizmu posttranzicije.

Snižavanje dostignutog standarda u liječenju, etičnosti i profesionalizmu

Predviđanja ukazuju da će do 2020. godine medicinski razvoj, kao i zarada na tom području, rasti po stopi od 7-15 % godišnje. Iako se može očekivati da će takav razvoj cjelokupne medicine i zdravstva donijeti i kvalitativne pomake u etičnosti i profesionalizmu javnog zdravstva, iskustva tranzicijskih zemalja pokazuje i drugačiju praksu. Naime, u kapitalizmu bez ljudskog lica¹⁷, javno zdravstvo komercijalizira se i dehumanizira, dominiraju tranzicijska ("stara") etičnost i profesionalizam, a ujedno se smanjuje ranija prisutna dostupnost, opseg i razina zdravstvene usluge.

Konstruktivna kritika javnog zdravstva prepoznaje i ističe potrebu za drugačijom, tj. posttranzicijskom, "novom" etičkom koncepcijom moderne medicine i zdravstva, u čemu je jedan od središnjih elemenata izgradnja posttranzicijskog ("novog") liječnika, kao moralnog profesionalca. Bez njega nema niti zdravstva po mjeri Čovjeka¹⁸.

¹⁷ Slobodan Šnajder, "Kapitalizam bez ljudskog lica", <http://www.kontra-punkt.info/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=162>.

¹⁸ Mirko Štifanić, *Zdravstvo po mjeri Čovjeka*, Adamić, Rijeka 2008., str. 80-89.

"Raskrinkavati" ili ne?¹⁹

Moraliziranje medicine i zdravstva kao fenomena suvremenog zdravstva započinje analizom njihovih temeljnih karakteristika. U politiziranom zdravstvu takva je procedura iznimno otežana, najviše zato što je teško razlučiti odgovornost političara od zdravstvenih radnika, utvrditi obaveze i prava interesnih skupina. Sankcije su nerijetko simbolične, a i sami zdravstveni radnici često pred političkim ultimatumima odustaju od etičnosti, što vremenom postaje raširena praksa. Nemoralno postupanje u zdravstvu nerijetko se relativizira, a opravdanje se pronalazi u nezdravstvenim razlozima (financijski, organizacijski, politički itd.).

U takvim okolnostima, dilema "raskrinkavati" ili ne nemoralne poteze zdravstvenih djelatnika, liječnika, kao i praksi unutar bolničkih sustava, dodatno se intenzivira. Načelno, u odluci o raskrinkavanju treba uzeti u obzir tri ključna momenta:

- interes poduzeća (u ovom slučaju bolnica), njegovih članova i onih izvana (bolesnici)
- interesi javnosti i rizika
- ovisnost osoba koje raskrinkavaju o poduzeću²⁰.

Koliko se to god činilo nepopularno i nepromišljeno, istina je jedna: bez "raskrinkavanja" nemoralnih postupaka javno zdravstvo u tranziciji ne može napredovati, naprotiv. Iako se tranzicijsko zdravstvo često prikazuje etičkim čimbenikom društva, upravo je u njemu teško, ali i iznimno važno razlikovati, razlučiti i ukazati na granice moralnog i nemoralnog. U protivnom, postajemo svjedoci sve većeg raskoraka između formalne i stvarne razine etičnosti i profesionalizma u cjelokupnom sustavu tranzicijskog javnoga zdravstva, ali i osobnom kontaktu zdravstvenih djelatnika, posebno liječnika prema bolesniku. Sljedeći korak predstavlja povratak u prekonvencionalnu fazu, u kojoj se svako postupanje prema bolesniku oblikuje trenutačno, sukladno vlastitim interesima.

Nemoralnost i neprofesionalizam: modeli/strategije postupanja liječnika

Kada je riječ o modelima/strategijama postupaka liječnika prema nemoralnom i neprofesionalnom postupanju unutar struke, razlikujemo četiri glavna modela/strategije:

¹⁹ U posljednjih nekoliko desetljeća raskrinkavanje je postalo jedna od najvažnijih tema poslovne etike, poznatije i kao *whistleblowing*, odnosno zviždanje. Detaljnije vidi Drago Pupavac, "Zviždači", u: Drago Pupavac, *Etika za menadžere*, Veleučilište u Rijeci, Rijeka 2006., str. 146-147; Richard De George, "Potkazivanje", u: Richard De George, *Poslovna etika*, Filip Višnjić, Beograd, str. 247-268; James Petersen i Dan Farrell, *Whistleblowing - Ethical and Legal Issues in Expressing Dissent*, Kendall/Hunt Publishing Company Dubuque 1986.

²⁰ P. MacLagan, *Management and Morality*, str. 133.

1. Konformizam - raskrinkavanje se ne isplati (kolega, kao niti institucija, najčešće bolnice). Ovaj model/strategija u pravilu podrazumijeva približavanje nekoj političkoj opciji, čime liječnik pristaje na šutnju i ujedno stječe bolje lobističke pozicije. Jedini je cilj biti dijelom struktura moći - zahtjevi poput *ne stvarati probleme, biti uronjen u zdravstveni sustav i odluke donositi na temelju ideologije/interesa* stoga se podrazumijevaju, a neposluh sankcionira. Situacija u kojoj se liječnici na radnim mjestima bave politikom, iznimno je opasna za sustav javnog zdravstva, koje u takvim uvjetima ne može funkcionirati. Osim za bolesnike, ovaj je model štetan i za ugled liječnika.
2. Pritajenost - liječnik je samo formalno član strukovnih udruga, bez aktivnog sudjelovanja u njima. Prilagođen je formalnim ciljevima i zahtjevima struke, no u zbilji živi drugačije.
3. Ratovi za osobne interese – ovim modelom liječnik ne zahvaća razinu čitave struke, što zapravo vodi produblivanju krize. Novi problemi se kreiraju, a suštinsko rješenje se odgađa.
4. Raskrinkavanje – model u kojem liječnici kao pojedinci, ali i kroz strukovne udruge iskazuju nezadovoljstvo stanjem u zdravstvu, posebno nedostatkom etičnosti i profesionalizma.

Tranzicijsko zdravstvo funkcionira u procjepu ovih četiriju modela postupanja liječnika.

Dominacija prvog i drugog modela/strategije omogućava zadržavanje monopola politike, odnosno liječnika političara, nad javnim zdravstvom i podređivanje etičnosti i profesionalizma u zdravstvu – politici, što znači stagnaciju i nazadovanje, a svoje posljedice ima za liječnika, bolesnika, bolnicu, javno zdravstvo, društvo u cjelini.

Za odgovorno funkcioniranje zdravstva i izlaz iz krize od presudnog je značenja preuzimanje i širenje četvrtog modela, koji prema potrebi uključuje i raskrinkavanje nemoralnosti i neprofesionalizma. Ipak, neodgovarajuća pravna zaštita onih koji se odvažavaju na spomenuti model, još će dugo stajati na putu oživljavanja spomenutog modela, a samim time i izlasku iz tranzicijske krize javnog zdravstva.

Ideal *moralne* bolnice

Bolnica je jedna od najvažnijih društvenih institucija, a zbog uloge koju ima u suvremenom društvu istovremeno se nalazi pod utjecajem, ali i kreira društvene vrijednosti, čime predstavlja potencijalni "rasadnik" etičnosti i profesionalizma. S obzirom na to da se vrijednosti kulture etičnosti i profesionalizma u tranziciji

relativiziraju, takva je uloga bolnice iznimno zahtjevna, no istovremeno i odgovorna u smislu uspostave posttranzicijske ("nove") etičnosti i profesionalizma smjesta.

Uz odgovornost "prema van" (društvu općenito), posebna je odgovornost bolnice prema bolesnicima ("prema unutra"), što se najčešće ne naglašava i ne traži zbog osjećaja nesigurnosti duboko usađenog u tranzicijsku kulturu društva i bolesnika, koji se plaše da neće dobiti skrb²¹. Stoga je česta dvojba liječnika - biti "lojalan" bolnici i kolegi liječniku ili glasno negodovati u slučajevima neprihvatljivog djelovanja uprave ili pojedinih službi zdravstvenih institucija i/ili postupanja kolega? Općenito, mogući su različiti načini reagiranja liječnika:

- vjernost (javna potpora bolnici)
- potpora (sugeriranje poboljšanja)
- nemar (odsutnost interesa za pogreške)
- izlaz (traženje novog zaposlenja u drugoj bolnici) (Maclagan, 1998.).

U kreiranju karaktera bolnice kao odgovorne društvene institucije, gotovo se logično nameće uključivanje liječnika i bolesnika kao najviše zainteresiranih i prirodnih partnera, ujedno suradnika i sukreatora javnoga zdravstva visoke razine etičnosti i profesionalizma. Upravo na razvalinama tranzicijskog ("starog") modela bolnice, treba izrasti posttranzicijska ("nova") etična i profesionalna bolnica, čiji bi temeljni motivi i ciljevi bili moralne naravi, odnosno briga za svakog bolesnika, personalizirani pristup, pacijentocentrizam²², etičnost i profesionalizam - smjesta. Pri tome, važan faktor čini razvoj primjerenih etičkih programa, koji će unutar bolnice stvoriti intelektualne resurse za rješavanje moralnih dvojbi, ali i liječniku pojedincu pomoći u njegovom osobnom moralnom razvoju²³.

Zajedno liječnici i bolesnici

Nezadovoljstvo "novih"²⁴ bolesnika tranzicijskom medicinom i zdravstvom, ali i liječnicima – političarima, sve je evidentnija činjenica. Za bolesne osobe i njihove obitelji, to je istovremeno najveći društveni i osobni problem. Aktualna dimenzija krize javnoga zdravstva implicira promjene na više razina: nacionalnoj, regionalnoj i

²¹ Matko Marušić, "Mala dopuna velike istine", u: Dražen Gorjanski, *Je li hrvatski zdravstveni sustav – sustav?*, Matica hrvatska, Osijek 2009., str. 14.

²² Mirko Štifanić, *Kultura smrti, umiranja i žalovanja*, Adamić, Rijeka 2009., str. 306.

²³ Etički se razvoj menadžera prema Maclaganu sastoji od četiri sastavnice: kognitivna, moralna, socijalna i osobna ("naći sebe") (P. Maclagan, *Management and Morality*, str. 126). Ostaje otvoreno pitanje postoje li i u kojoj mjeri sličnosti između moralnog razvoja menadžera i liječnika.

²⁴ Današnji su "novi" bolesnici sve manje pasivni promatrači, a sve više informirani, aktivni, odlučni i samosvjesni sudionici procesa vlastitog liječenja.

lokalnoj razini, čijim bi se uvođenjem omogućila veća funkcionalnost cjelokupnog sustava i učinio prvi korak u prevladavanju tranzicije. Ako na lokalnoj i regionalnoj razini takve promjene kreću od liječnika pojedinaca, na nacionalnoj razini potrebna je ne sama dobra volja, nego i pritisak "odozdo"²⁵, u smjeru za neophodne pomake i poboljšanja u javnom zdravstvu.

Senzibiliziranje struke i građana s ciljem promocije etičkih vrijednosti ne podrazumijeva samo motiviranje liječnika na promjenu vlastite etičnosti u odnosu prema bolesnicima, nego zahtjeva i institucionalno djelovanje²⁶. Ujedno je nužno afirmiranje "novog" etičkog profesionalizma i u komercijalnom medicinskom sektoru (posebno u farmaceutskim tvrtkama), s ciljem da se premosti jaz između liječnika i bolesnika, odnosno raskorak između želje za pružanjem pomoći bolesnome i želje za zaradom.

Konačno, možemo očekivati da će, kada bolesnik i liječnik postanu subjekti promjena, imati korist od "novog" profesionalizma, jer su uključeni u nešto smislenije, humanije i prosvjetljenije, nego što je običan odlazak k liječniku. Struka i bolesnici moraju biti uključeni u odlučivanje i nadzor zdravstvenog sustava u svim područjima i na svim razinama, jer su najviše zainteresirani za razvoj kulture etičnosti i profesionalizma u javnom zdravstvu.

Rješenje – etičnost smjesta

Preduvjet razvoja posttranzicijske, odnosno "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma smjesta jest aktivizam, odnosno mobilizacija liječnika čija su obilježja sljedeća:

- pristup liječniku mora biti olakšan i motivirajući
- javno se zdravstvo mora "skrojiti", odnosno "krojiti" (budući da je riječ o stalnom procesu) prema individualnim zahtjevima, odnosno biti vođeno potrebama "novog" bolesnika.

Uvođenje "nove" etičnosti ujedno podrazumijeva distanciranje od standardne paternalističke, tranzicijske "stare" etičnosti, a uvođenje fleksibilnosti i individualiziranog pristupa bolesniku kao osobi s dostojanstvom.

²⁵ L. Gajski, *Lijekovi ili priča o obmani*, str. 433.

²⁶ Detaljnije u poglavlju Plan prodiranja "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma.

Potruga za posttranzicijskom ("novom") etičnosti i ("novim") profesionalizmom

Za razliku od tranzicijske, posttranzicijsku ("novu") etičnost i ("novi") profesionalizam obilježavaju sljedeća stajališta:

1. Pristup bolesniku je individualiziran.
2. U komunikaciji s bolesnikom zastupljena je profesionalna i kulturna profinjenost. Tom "novom" liječniku nije teško ili nemoguće razumjeti jezik svoga bolesnika, jer ima otvoren pristup, te je samokritičan u ocjeni svojih postupaka prema bolesniku
3. Odnosi između liječnika i bolesnika su *stvaralački*, "novi" moralni liječnik, trudi se biti konstruktivan, umjeren, kulturn i odgovoran u odnosu s bolesnikom, te mu pristupa bez predrasuda i pritisaka.

Što se zapravo krije ispod *branda* "nova etičnost i novi profesionalizam"? Nova etičnost i profesionalizam su u ovom smislu dio šire kritike tranzicijskog društva i njegovog zdravstva. Moderan bolesnik poznaje i razvija kulturu etičnosti i prava bolesnika te to traži i od liječnika. Treće, humani liječnici su definirali svoj Kodeks etike i sukladno tome se ponašaju.

Nova, tj. posttranzicijska etičnost i profesionalizam, dakle, nije samo drugi izbor za informirane, educirane te aktivne, tj. "nove" bolesnike, nego je moralniji oblik postupanja dobrog liječnika.

Plan prodiranja "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma

S uvođenjem posttranzicijske, odnosno "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma treba započeti smjesta i to na svim dostupnim razinama: u ordinacijama, bolnicama (javnim i privatnim), bolničkim odjelima, institutima, domovima zdravlja i klinikama.

Institucionalizacija djelovanja podrazumijeva i utemeljivanje nacionalne udruge "Nova etičnost i profesionalizam" u kojoj bi liječnici i bolesnici djelovali – sinergijski, definirajući ciljeve i način djelovanja vrha zdravstvene administracije, koja bez njihove suglasnosti nema legitimitet.

Osim toga, vrijednosti "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma neophodne su i u svakodnevnom radu udruga bolesnika oboljelih od različitih bolesti, udruga za zaštitu i promicanje prava bolesnika itd. Takva etičnost i profesionalizam također, mogu i moraju imati utjecaj na laička, ali i akademska propitivanja humanosti suvremenog liječnika, te medicine i zdravstva, pri čemu je posebno važna razrada strategije. Edukacija liječnika kao zdravstvenih djelatnika i bolesnika o posttranzicijskoj "novoj"

etičnosti, pa i "novom" profesionalizmu mora biti sustavna (uključujući videospotove, članke u časopisima, javne tribine, izradu logotipa i brošura itd.). Za ostvarenje tog cilja neophodna je mobilizacija i suradnja liječnika i bolesnika, u protivnom cjelokupni plan prodiranja "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma može biti doveden u pitanje.

Zaključak

Cilj propitivanja etičnosti i profesionalizma zdravstva i liječnika jest prevladavanje tranzicijske ("stare") etičnosti i ("starog") profesionalizma i izgradnja posttranzicijske ("nove") etičnosti i ("novog") profesionalizma, odnosno stvaranje "nove" posttranzicijske etičke alternative koja je bolja za bolesnike, liječnike, cjelokupni zdravstveni sustav, ali i društvo u cjelini.

Propitivanje važnosti nove etičnosti i profesionalizma smjesta ne znači negiranje etičnosti i profesionalizma u (do)sadašnjoj medicini i zdravstvu, unatoč činjenici da u tome dosad nisu sudjelovali bolesnici, nego samo – liječnici kao pojedinci (kao "oaze etičnosti"), dok je politika većinu – utišala i pretvorila u sredstvo za ostvarivanje političkih i finansijski, nerijetko neprofesionalnih i neetičkih ciljeva. Ključni aspekti "nove" etičnosti i profesionalizma, novi su oblici i sadržaji moralnih, kulturalno i društveno prihvatljivih postupaka liječnika u javnom zdravstvu, koji se mogu postići mobiliziranjem liječnika i antitranszicijskim aktivizmom u zdravstvu, s ciljem: etičnost i profesionalizam smjesta!

Ako, međutim, u zdravstvu i nadalje dominira "stara", tj. tranzicijska etičnost, i "stari" profesionalizam, s različitim izgovorima koji nastoje opravdati tranzicijsku ("staru") etičnost i profesionalizam, te ako većina liječnika bude mislila kako političari žele misliti, moguće je da osmišljavanje i provođenje "nove" etičnosti i "novog" profesionalizma u tranzicijskom zdravstvu bude odloženo dok se profesija ne emancipira od politike. Do tada briga o etičnosti nažalost ostaje područje u kojem će dominirati interes manjine liječnika ("odanih" nekoj političkoj opciji, odnosno vlastitim interesima), a ona sama (etičnost), u takvim se uvjetima nerijetko svodi na – svoju suprotnost. Takvo javno zdravstvo odustalo je ne samo od svoje izvorne funkcije, nego se udaljilo i od temeljnih vrijednosti općeg dobra svojih građana.

Tranzicijsko je zdravstvo, stoga, za Hrvatsku neprihvatljivo, a država s takvim javnim zdravstvom postupno gubi svoju stabilnost i smisao, konačno opravdanost vlastitog postojanja.

Mirko Štifanić, Iva Rinčić

Ethics and professionalism right away

ABSTRACT

Continual education in the field of social sciences and medical humanities is nowadays a mandatory part of curricula at all medical schools in Republic of Croatia. The main aim of the aforementioned education is contained in the idea that the degree does not guarantee the future doctors to be only excellent experts, but also professionals with basic knowledge of ethics and possession of developed moral principles. Without them, doctors are not ready to perform their job and they lightly begin employing immoral and illegal procedures concerning their patients, which include disrespect for patient's autonomy and dignity, profit from pain and suffering of the sick and feeble, and finally, corruption.

Such phenomena are, unfortunately, very common in politicized public health systems in transition countries, being an expression of more complex social changes, loss of values and institutional instabilities. Structural changes at society levels are thus visible both at the level of medical profession in general and the individual level, where ethics, one of the basic qualities of a health system, stagnates, deteriorates and often even perishes. Lack of ethics in doctors is most dangerous: an unethical doctor is at the same time an inhumane doctor, does not respect human values, moral and professional norms, and his behavior creates a specific type of transitional "ethics and professionalism". Such transitional ("old") ethics and ("old") professionalism are threats to patients' dignity and rights, reputation of the entire medical profession and in the long-term they endanger basics of medicine and health as systems of social stability and trust.

Quality shift which would imply doctor's dedication to patient's well-being becomes possible only after "new" (post-transitional) ethics and professionalism have been implemented – immediately. However, the patient's well-being and doctor's reputation are only formal aims and goals if the implementation of ethics and professionalism is left to those structures whose only responsibilities are political and economic (in other words, reducing health costs). In this way the discrepancy between formal and real (culture of) ethics and professionalism widens, and the achievement of basic health system aims in transition countries, including Croatia, is endangered.

In conclusion, the development of post-transitional ("new") doctor's culture of ethics and professionalism must not be an accidental, occasional, unorganized attempt to reduce the already inflicted damage. Instead, it must be an interdisciplinary defined, quality-managed process with clearly defined structure, implementation methods, steps of realization and expected results. Considering the necessity of creating the public health as a better place for both patients and doctors, as well as a stable social subsystem, the aforementioned process requires the engagement of participants at all social levels (doctors liberated from politics, patients engaged in decision-making and health-system control and politicians aware of the importance of the health system being efficient, but also humane.)

Key words: politicized healthcare, transitional ("old") ethics and professionalism, post-transitional ("new") ethics at once, post-transitional ("new") professionalism at once.

Sandra Radenović*

Bioetika i nasilje

SAŽETAK

U ovom radu autorica razmatra nasilje kao bioetički problem u suvremenom srbijanskom društvu. Naime, polazeći od sociološkog stanovišta i definicije nasilja u najširem smislu, autorica analizira prisustvo sociocidnih i moralocidnih procesa, te procesa normalizacije nasilja, počevši od reproduciranja nasilja u sredstvima masovne komunikacije, pa sve do različitih manifestacija nasilja u svakodnevnom životu. Pored pojave devalvacije života u suvremenom srbijanskom *Thánatos* ambijentu, autorica izdvaja nedostatak empatije i nebrigu na svim i za sve razine sveukupnog svijeta života (*biosa*). Najzad, autorica predlaže kontinuiranu, sustavnu i sistematičnu bioetičku edukaciju kao jedno od mogućih rješenja u procesu revalorizacije života. Kao okosnicu moguće bioetičke edukacije, autorica razmatra etiku brige i etiku empatije.

Ključne riječi: nasilje, nasilje u obitelji, sociocid, moralocid, normalizacija nasilja, bioetika, etika brige, etika empatije.

"... Većina žrtava smatra sudbinskim ono što ih ugrožava i čemu bi morali da se suprotstave. Sudbina je i ako ledena tuča uništi baštu, sudbina je i ako ga ubiju. I domaće životinje se naviknu da s vremena na vreme poneka od njih bude zaklana. Navikne se tako i čovek. Ne može svakih pola sata, saučestvujući u tuđem bolu, da se sablažnjava. Stajali smo na krovnoj terasi, i odasvud, iz susednih ulica, čuli su se pucnji, kratki rafali. Neko nekoga legitimiše, naoružani nenaoružanog. Dovoljno je da mu se ne dopadne lice, da mu se ne dopadnu lične isprave onog drugog, može da ga postavi uza zid i da ga ubije. Ljudi doterani na dunavski kej moraju stati u red, licem prema reci, rafali ih kose s leđa..."

(Đerđ Konrad, *Odlazak od kuće i povratak kući* – autobiografski roman)

* Adresa za korespondenciju: Sandra Radenović, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Katedra humanističkih nauka, Dr. Subotića 8, RS - 11 000 Beograd, Srbija, e-mail: sandrar@med.bg.ac.rs

1. Nasilje – osnovna određenja; jedan primjer – nasilje u obitelji

Nasilje se najčešće definira kao oblik očitovanja agresivnog ponašanja, pri čemu se ulaže svjestan napor da se izazove bol ili povreda. Postoje dva osnovna tipa ovog agresivnog ponašanja, ili kraće, agresije – reaktivni i instrumentalni. Reaktivni tip agresije rezultat je fizičke ili psihičke kazne koja je više svrha, no što je sredstvo. Instrumentalni tip agresije, pak, uključuje namjeru, intenciju da se zada bol i/ili nanese povreda, što je sredstvo da se postigne određena izvanjska svrha, recimo, pohvala, novac, pobjeda itd. Sa *sociološkoga gledišta*, nasilje se shvaća vrlo široko – kao sve ono što prinudno sputava i ograničava realizaciju i razvoj pozitivnih ljudskih potencijala. Dakle, na taj način definirano nasilje može obuhvatiti sve one postupke i aktivnosti koji se mogu označiti kao upotreba ili prijetnja subjekta nasilja/izvršioca nasilja (nasilnika) upotrebom sile u odnosu na objekt nasilja (žrtvu), bez obzira na to o kojoj vrsti sile se radi, a u cilju da se žrtvi, posredno ili neposredno nanese fizički bol ili kod nje izazovu strah i patnja (psihička bol), kako bi se ponašanje žrtve stavilo pod kontrolu izvršioca nasilja. Kako primjećuje sociolog Milan Tripković, ovako shvaćeno nasilje omogućava da se obuhvate sve njegove vrste (fizičko i psihičko, racionalno i iracionalno, direktno i indirektno, individualno i društveno, trenutno i dugotrajno, grupno, odnosno, masovno i pojedinačno, manifestno i latentno, grubo i fino, odnosno suptilno), sve njegove manifestacije (na mikro, mezo i makrosocijalnoj razini) i svi njegovi nositelji i prenositelji (Tripković, 2007: 346). Iako treba razlikovati nasilje kao samostalni motiv i primjenu sile kao reakciju na ugroženost, čak i u posljednjem slučaju upotreba sile može biti smatrana opravdanom samo pod pretpostavkom da ispunjava sljedeće bitne uvjete: da takva upotreba sile predstavlja nužan odgovor na vanjski izazov koji smjera na ugrožavanje ljudske egzistencije i temeljnih humanističkih potreba, vrijednosti i normi, i to nakon što su prethodno sva nenasilna, i u toj konkretnoj situaciji primjenjiva sredstva, a prije svega ona usmjerena na odvratanje, bila isprobana i pokazala se neefikasnim; da se upotreba sile odvija prema strogo utvrđenim pravilima, koja su unaprijed definirana i poznata, a koja je prihvatila demokratska većina, s tim da postoje pouzdani i djelotvorni mehanizmi praćenja, nadzora i sankcioniranja svakog onog koji u postupku primjene sile prekrši važeća pravila, koja opet i sama moraju biti predmet stalne provjere i neprekidnog poboljšavanja; da uzvratna primjena sile, ni po obimu ni po intenzitetu, ne prekoračuje granice nužne odbrane, što se u svakom konkretnom slučaju posebno utvrđuje prema važećoj pravnoj proceduri, odnosno da se pri takvoj reakciji ne dopusti manifestiranje agresije kao samostalnog motiva, čije se prisustvo može prepoznati po bezrazložnoj ili prekomjernoj i nerazmjernoj upotrebi sile, što je praćeno uživanjem ili barem ravnodušnošću prema bolu i patnjama žrtve, kao i uživanjem u samom činu rušenja i uništavanja, te u njihovim posljedicama. Zato, kako upućuje Tripković, iako spada u

red najstarijih i veoma rasprostranjenih društvenih pojava, nasilje nije jednostavno sociološki objasniti (Tripković, 2007: 346). Razmotrimo neke razloge. Naime, iako je staro koliko i čovjek i društvo, odnosno, kultura i civilizacija, ne postoji nikakva tendencija da se nasilje, zajedno s razvojem civilizacije, smanjuje i povlači; naprotiv, čini se da zahvaljujući prvenstveno neslućenom tehničko-tehnološkom usavršavanju, postaje sve masovnije, razornije i efikasnije. Nadalje, kako s pravom primjećuje autor, nasilje ima sposobnost poprimiti najneobičnije i najrazličitije oblike i ući u najskrovitije kutke privatnog i društvenog, javnog života, ali nije uvijek jasno vidljivo i lako prepoznatljivo, tako da mnogi njegovi aspekti i manifestacije ostaju nedostupni ili teško dostupni objektivnom znanstvenom istraživanju (Tripković, 2007: 347). Unutar nasilja se, prema Tripkoviću, na mnogostruk način prepliću i miješaju bio-, psiho- i sociokulturni činioci, te racionalni i iracionalni, formalni i neformalni, individualni i kolektivni (Tripković, 2007: 347); stoga, valjano istraživanje nasilja zahtijeva primjenu kompleksnog, višedimenzionalnog, transdisciplinarnog pristupa; mi ćemo dodati, primjenu koncepta, odnosno pristupa *integrativne bioetike*¹. Iako nasilje u samom svom nazivu sadrži izraz "sila", u njegovom se proučavanju nipošto ne možemo ograničiti isključivo na upotrebu ili prijetnju upotrebom fizičke sile, već se u razmatranje moraju uključiti i drugi, rafiniraniji, ali ne i manje teški oblici psihičkog nasilja, te, dodajmo, oblici i primjena nasilja na svim razinama svijeta života, *bi-osa*; dakle, ne samo nasilje prema čovjeku, već i prema drugim živim bićima; no, i nasilje prema stvarima (prvenstveno simbolima), odnosno i prema neživoj ljudskoj okolini. Nasilje nesumnjivo spada u red negativnih društvenih pojava, no ono se ne može jednoznačno okarakterizirati kao štetno ili nepravedno u svim situacijama i u svim okolnostima, s obzirom na to da nerijetko postoje situacije, odnosno okolnosti i uvjeti, u kojima je nasilje ne samo nužno i neizbježno, već i poželjno. Najzad, zaključujući razmatranje razloga zbog kojih nasilje nije jednostavno sociološki objasniti, Tripković navodi činjenicu da se, iako ima samostalno djelovanje i značaj, nasilje nikada ne može promatrati izolirano od drugih, njemu sličnih i s njim više ili manje tijesno povezanih društvenih pojava, što se prije svega odnosi na agresiju, anomiju i društvene sukobe (Tripković, 2007: 347).

¹ Koncept *integrativne bioetike* insistira na aktivnom i cjelovitom interferiranju, i na toj osnovi, integriranju najrazličitijih znanja u duhu interaktivnog pluralizma perspektiva, ili kraće, *pluriperspektivizma*; dakle, spomenuti koncept pledira za integriranje filozofskog, etičkog, medicinsko-etičkog znanja, medicinskog (*sensu stricto*), sociološkog, psihološkog, prirodno-znanstvenog, ekološkog, demografskog, jurističkog, ekonomskog i političkog znanja, ali i teološkog, religijskog, umjetničkog, svjetonazornog i zdravorazumskog (*sensus communis*) znanja, te na praktičnom angažmanu na *bioetičkom* rekonstruiranju čovjeka i njegovog svijeta (vidjeti: Turza, 2009a: 159-161). Dakle, ako je, kraće, *integrativna bioetika* pluriperspektivno područje u kojem se u interakciji raznorodnih perspektiva stvaraju uporišta i mjerila za orijentiranje u pitanjima koja se odnose na život ili na uslove i okolnosti njegovog očuvanja (vidjeti: Čović, 2007: 65-75), jasno je da ovaj koncept može biti najcjelovitiji praktični i teorijski okvir za razmatranje kompleksnog problema nasilja koji se, u krajnjoj liniji, tiče života samog. O konceptu integrativne bioetike vidjeti: Jurić, 2007.

U ključu posljednjeg zapažanja, mi ćemo kasnije razmotriti vezu između nasilja i socijalnih i moralocidnih procesa, te procesa normalizacije nasilja u suvremenom srbijanskom društvu. No, vratimo se još nekim razmatranjima podrijetla i prirode nasilja. Osnovni problem analiziranja nasilja, leži u tome što, kako primjećuje Tripković, po svojoj dubini i složenosti, te formama manifestiranja, znatno nadilazi mogućnosti svjesne kontrole i racionalno oblikovanog ponašanja ljudi socijalizacijom, zadirući, zapravo, u samu ontologiju društvenog bitka (Tripković, 2007: 346). Sigmund Freud je, podsjeća autor, tvrdio da se nasilje nalazi u samim temeljima, kako čovjekove ontogeneze, tako i filogeneze (Tripković, 2007: 346–347). U osnovi Freudove psihoanalitičke teorije društva nalazi se pretpostavka da prapočetak civilizacije počiva na dvostruko fundamentalnom nasilju: unutar primitivne horde, otac utemeljuje svoju moć na primjeni grube sile da bi imao monopol nad svakim vidom zadovoljstva i izgoni iz grupe svoje odrasle sinove; izgnani sinovi se bune, udružuju, ubijaju i jedu oca, uspostavljajući tako prvo ljudsko društvo u obliku anarhije. No, ubijajući oca, kao predmet zavisti i mržnje, oni se istovremeno i identificiraju s njim, budući da je svaki od njih, jedući komad očeva mesa, prisvojio i dio njegove moći. U tom smislu, totemski obred predstavlja samo neku vrstu "sjećanja" ili ponavljanja istog čina, s tim što ulogu oca sada ima totemska žrtva. Shodno tome, Tripković ističe i treće fundamentalno nasilje, iskazano u formi samorepresije, kojim se vrši obnova oca – despota, uvođenjem zabrana i uspostavljanjem društvenog morala, točnije morala grupe (Tripković, 2007: 347). Tako se institucionalizira represija, ali se dalje razvija i kao samorepresija. Naime, institucije represije ne zasnivaju se samo na primjeni gole sile, već one funkcioniraju prvenstveno stoga što ih pojedinci prihvaćaju i interioriziraju kao svoje. Tu se, primjećuje autor, nalazi dvostruki izvor svih represija: vanjski izvor (iskustvo međusobne borbe, s obzirom na veliku oskudicu) i unutrašnji izvor (učvršćivanje osjećaja krivice nastalog iz situacije u kojoj sinovi nisu mogli podnijeti slobodu) itd. (vidjeti: Tripković, 2007: 346–347). Freudove teze su kasnije, u raznim varijantama bile osporavane, ali i razvijane i dopunjavane, na primjer, u shvaćanjima Wilhelma Reicha, Marcusea, Fromma, Renée Girarda i inih filozofa i sociologa. Dakle, sve navedeno, kako primjećuje Tripković, ukazuje na to da nasilje nije ni slučajno, ni privremeno, niti povremeno, sporadičan pratilac čovjeka, društva i kulture, već njihova strukturalna odlika². No, većina su-

² Odličnu ilustraciju spomenutog stava možemo pronaći i u razmatranju reprezentacije nasilja u filmskoj umjetnosti. Naime, analizirajući filmsko nasilje, Ljubomir Maširević zaključuje da je reprezentacija nasilja postala jedna od središnjih točaka suvremene kinematografije, te je, kao takva, duboko ukorijenjena u povijesti filma. "Prvi filmovi sadržali su scene nasilja koje su fascinirale publiku početkom XX veka. Zadovoljstvo koje se dobija vidljivim i živopisnim opisivanjem nasilja jeste jedan od glavnih uzroka njegovog uključivanja u film. Reditelj Francis Ford Coppola je izjavio da, u trenutku kada on radi na scenama nasilja, svi u studiju prestaju sa svim aktivnostima i okupljaju se da bi gledali snimanje." (Maširević, 2008: 179). Što je to što nagoni ljude da osjećaju neku vrstu zadovoljstva dok promatraju ili pak sudjeluju u scenama nasilja ili njegovom prikazivanju, ili pak realnim scenama? Nasilje kao odlika *ljudske prirode*, nasilje kao *strukturalna odlika čovjeka*, *kulture društva*? Svakako da odgovori na ova pitanja prelaze okvire rada, no mi smo osjetili potrebu da ih spomenemo.

vremenih sociologa nasilje razmatra u ključu "anomične" i/ili "devijantne" društvene pojave. Sociološke analize, naime, nesumnjivo potvrđuju da nasilje nema toliko uporište u čovjekovoj nagonskoj osnovici, koliko u povijesno strukturiranim sociokulturnim okvirima njegovog života i djelovanja. Tripković navedeno ilustrira činjenicom položaja čovjeka, svake individue u suvremenim razvijenim društvima, u kojima sve nemilosrdnija konkurencija i neuspjesi, te osujećenja koja je nužno prate, jesu dobra podloga za sve intenzivnije očitovanje raznih oblika nasilja, nezavisno od toga je li ono više okrenuto prema van ili prema unutra (Tripković, 2007: 347). Tako se u slučaju nasilja koje je više okrenuto prema van javlja svojevrsna pobuna protiv postojećeg poretka, koji se doživljava kao nepravedan i sputavajući, što može rezultirati i iracionalnim nasiljem prema bilo čemu i bilo kome, naročito prema onome što se, (ne)opravdano doživljava kao simbol tog postojećeg poretka; u slučaju nasilja koje je više okrenuto prema unutra, dovode se u pitanje vlastite sposobnosti, dok se sam poredak prihvaća kao nesporan ili neizbježan i nepromjenjiv, što se opet može okončati iskazivanjem različitih oblika nasilja, naročito prema svojoj najbližoj okolini, destrukcijom i autodestrukcijom. Najzad, autor izdvaja i pitanje nasilja u odnosima između društava i država, podsjećajući na Kantovo zapažanje da se države nalaze u stanju stalnog rata jer se ponašaju "kao divljaci bez zakona", dok se u otvorenom ratu ponašaju po pravu jačega (potvrda posljednjeg očita je u događanjima koja su obilježila XX. stoljeće – masovno nasilje i razaranja, oličeno osobito u svjetskim ratovima i totalitarnim režimima) (Tripković, 2007: 346–347).

Nakon ovog izlaganja osnovnih shvaćanja nasilja, mi ćemo na primjeru nasilja u obitelji pokušati ukazati na činjenicu da se kompleksnost fenomena nasilja jasno očituje u preplitanju mikro, mezo i makrosocijalne sfere pretpostavljenih društvenih odnosa. Najprije, razmotrimo ukratko fenomen nasilja u obitelji. Iako za ovaj društveni fenomen ne postoji konsenzualna definicija, kako upućuje Ana Dimčevska, u stručnoj javnosti smatra se da je to prvenstveno psihičko, fizičko i seksualno nasilje, koje prema punoljetnim osobama (najčešće) ženskog spola vrše bračni i izvanbračni partneri, sadašnji i bivši, zatim, članovi obitelji, bez obzira na to žive li u istom domaćinstvu s njima ili ne, kao i osobe s kojima žrtve porodičnog nasilja dijele isto domaćinstvo, tj. stambeni prostor, bez obzira na to jesu li s njima u srodstvu ili ne (Dimčevska, 2007: 347). Iako nasilje u obitelji, u oblicima koje ističe navedena definicija, nije niti nova, niti nepoznata pojava, već je uobičajeni obrazac ponašanja u skoro svim društvima širom svijeta, koji je nastao prvenstveno zbog tradicionalne neravnopravnosti spolova na štetu žene, i to najprije na ekonomskom planu. Općenito govoreći, kako primjećuje autorica, nasilje u obitelji postalo je predmet društvene pažnje tek od sredine XX. stoljeća, kada se otpočela stvarati društvena klima pogodna za ostvarivanje ravnopravnosti žena (Dimčevska, 2007: 348). Ana Dim-

čevska navodi prvenstveno uspostavljanje ekonomske ravnopravnosti žena, zahvaljujući kojoj su stvoreni preduvjeti da žena stekne pravo na dostojanstvenu egzistenciju izvan neposredne kontrole muškaraca iz obitelji, no ovo je pravo i u suvremenom svijetu u većini društava teško ostvariti (te je i danas nasilje u obitelji realnost s kojom se i razvijena suvremena društva otvoreno i organizirano suočavaju kako bi riješila ovaj rasprostranjeni vid kršenja prava i sloboda velikog dijela populacije žena) (Dimčevska 2007: 347–348). Osim uspostavljanja ekonomske ravnopravnosti žena, koja je nesumnjivo pridonijela stvaranju društvene klime pogodne za suočavanje s problemom nasilja u obitelji, mi ističemo antiautoritarni duh vremena (60-e godine XX. stoljeća), koji je pogodovao ne samo ostvarivanju ravnopravnosti žena na svim poljima, recimo i u oblasti medicine, odnosno zdravstvene zaštite, kako ćemo vidjeti, već i ostvarivanju ljudskih prava različitih kategorija stanovništva, odnosno manjinskih skupina, koje su povijesno bile u podređenom položaju (borba protiv rasne segregacije i rasizma). Najprije, takozvani *Pokret za prava bolesnika* uzima maha baš tada, krajem 60-ih i tijekom 70-ih godina XX. stoljeća (Pens, 2007: 150, 621–623). Spomenimo, primjerice, da je u SAD-u 1972. godine Američko udruženje bolnica (*American Hospital Association*) usvojilo takozvanu Povelju prava bolesnika (*Patient Bill of Rights*), u kojoj se razmatra sasvim nova dimenzija odnosa *liječnik - bolesnik* u kontekstu odgovornosti same institucije prema bolesniku (vidjeti: Kopolow, 2004: 1998). U istom periodu, početkom 70-ih godina XX. stoljeća, feministička kritika uzdrmat će američku medicinu do njenih temelja, upućuje Pens, i postati oslonac *Pokretu za prava bolesnika*. Ovi srodni pokreti pokušali su odluke bolesnika o vlastitim tijelima i životima uzeti iz ruku liječnika – posebno liječnika muškaraca – i da kontrolu predaju ženama i bolesnicima itd. (Pens, 2007: 60–61). Na kraju, ali ne i najmanje bitno, neki autori s pravom podsjećaju da početkom 60-ih godina XX. stoljeća u SAD-u *bioetika* nastaje kao društveni pokret, koji je, primijetimo, kompatibilan sa spominjanim antiautoritarnim duhom vremena, te je u tom sinergijskom djelovanju bio plodna osnova za ostvarivanje ljudskih prava različitih kategorija stanovništva (Jurić, 2001).

No, vratimo se tumačenju uzroka nasilja u obitelji. Razmatrajući nasilje u obitelji u suvremenom srbijanskom društvu, Dimčevska ističe činjenicu da se ovo društvo suočilo s problemom nasilja u obitelji početkom XXI. stoljeća, i to u okviru svođenja bilance dugogodišnje mnogostruke krize – masovna pauperizacija stanovništva tijekom 90-ih godina XX. stoljeća, krvavi raspad Jugoslavije i ratovi u koje je Srbija bila uključena, te promoviranje nasilja kao dominantnog oblika ponašanja (Dimčevska, 2007: 348). Dakle, ova mnogostruka kriza je, pored ostalog, rezultirala poražavajućim podatkom da skoro svaka druga ispitana žena doživljava neki oblik nasilja u obitelji, čime muškarci podrivaju njeno samopoštovanje, jer je žena, prinuđena ili

odgojena, da im se podčinjava³. Čini se pak, primjećuje autorica, da su žene u Srbiji, kao i u ostalim društvima regije i svijeta, najčešće svjesne da su žrtve, kao i da je nasilničko ponašanje prema njima nedopustivo, ali prvenstveno iz egzistencijalnih i statusnih razloga uglavnom nisu u mogućnosti napustiti nasilnika, što je nerijetko teško izvodljivo u uvjetima društvenog siromaštva (Dimčevska, 2007: 348). Najzad, Dimčevska podsjeća da, gledajući šire nego što nalaže spomenuta definicija, žrtve nasilja u obitelji nisu samo žene, već i djeca, koju na različite, pa i surove načine zlostavljaju najprije roditelji, a potom i drugi članovi obitelji (Dimčevska, 2007: 347–348). Žrtve nasilja u obitelji nerijetko su i ostarjeli roditelji koje zlostavljaju djeca koja s njima često dijele stambeni prostor. Zasiurno, nasilje nad ženama je najrasprostranjenije, vjerojatno zbog toga što je, kako ističe autorica, društveno najprihvatljivije, bar u patrijarhalnoj sredini koja kod nas još uvijek dominira u različitim oblicima (Dimčevska, 2007: 348).

Dakle, istaknimo to da problem nasilja u obitelji prožima mikro, mezo i makrosocijalnu sferu pretpostavljenih društvenih odnosa; sakriven u porodičnom mikroambijentu, problem se očituje u različitim tipovima nasilja, kako smo vidjeli, najčešće muškarca prema ženi (fizičko, verbalno, psihičko). Na mezo i makrosocijalnoj razini problem je sustavne prirode, naime, on oslikava uobičajeno ponašanje koje je nastalo prvenstveno zbog tradicionalne neravnopravnosti spolova na štetu žene u, grubo rečeno, patrijarhatu. To praktično znači da su nerijetko u nasilje u obitelji upleteni ne samo članovi te uže obitelji u kojoj se nasilje odigrava, već i članovi šire obitelji koji, što zbog ekonomskih razloga, što zbog vlastitog sociokulturnog *backgrounda*, nasilnika niti znaju, niti žele prepoznati i spriječiti u daljem nasilnom ponašanju. Najzad, usprkos tome što je na makrosocijalnoj razini nasilje u obitelji u većini društava sankcionirano zakonom (u Srbiji je sankcionirano Krivičnim zakonom Republike Srbije), vrlo često se događa da sama žrtva ne prijavljuje nasilje, što zbog ekonomskih razloga koje smo spominjali, što zbog sociokulturnog *backgrounda* koji onemogućava žrtvu da nasilje uopće prepozna.

Dosad spomenutim željeli smo ukazati na prisustvo nasilja u obitelji na svim spomenutim razinama, te u mreži dodira samih sfera pretpostavljenih društvenih odno-

³ Prema rezultatima jednog od brojnih istraživanja koja se bave problemom nasilja (u obitelji), a koje je, pored ostalog, bilo usmjereno i na istraživanje percepcije muškosti na Balkanu, mladići/srednjoškolci – ispitanici iz Srbije, Hrvatske i Bosne i Hercegovine, mahom smatraju da su fizička snaga, obrana časti, nepopustljivost u stavovima, sklonost sportu i alkoholu, te heteroseksualnost, osobine koje krase idealnog muškarca. Ispitanici vjeruju da trebaju zadržati postojeću poziciju prevlasti nad ženama, gotovo su jednoglasni u osudi nasilja nad ženama, ističući da je neopravdano jer su slabije, ali šamaranje, batine i slične, kako ih nazivaju "disciplinske mjere", ne smatraju nasiljem. Čak 46 % ovih srednjoškolaca smatra da postoje situacije kada djevojka zaslužuje da je udare, a 25 % smatra da bi žene trebale tolerirati nasilje kako bi obitelj ostala na okupu; 72 % anketiranih srednjoškolaca smatra da muškarac mora odrediti kada treba imati seksualne odnose u vezi, a 10 % ispitanih tvrdi da je u redu da udare ženu ako ona ne želi imati seksualni odnos itd. (vidjeti: Stojanovski, 2009: 9).

sa⁴. No, ostaje nam da svemu navedenom pridodamo još jedno tumačenje (uzroka) prisustva nasilja u obitelji u suvremenoj Srbiji. Naime, smatramo da nasilje u obitelji upotpunjuje sliku *sociocidnog* i *moralocidnog* suvremenog srbijanskog ambijenta, te ambijenta koji odlikuje, brodelovski rečeno, dugotrajan proces *normalizacije nasilja*.

No, pođimo redom u razmatranju spomenutih karakteristika suvremenog srbijanskog društva.

2. Sociocid, moralocid, normalizacija nasilja

Spomenimo najprije da se domaći sociolozi uglavnom slažu u ocjeni da je tijekom 90-ih godina XX. stoljeća u Srbiji na djelu *razaranje društva* (Mladen Lazić, Silvano Bolčić), odnosno, *društvo – sociocid* (vidjeti: Turza, 2009a). Što to u stvari znači? Osim što je u krvavim sukobima u procesu raspada SFRJ-a život izgubilo na stotine tisuća muškaraca, žena i djece, osim što su žrtve besmislenih sukoba ne samo usmrćeni građani, civili, vojnici, već i ranjeni i osakaćeni – i fizički i mentalno, kao i nestali, i osim što je prognanima novi život "osiguran" u centrima, odnosno barakama i kampovima za izbjegle (na području bivše SFRJ poslije potpisivanja Dejtonskog sporazuma bilo je oko 3.600.000 raseljenih osoba) (Radenović, 2008b), razoreno je, odnosno, ubijeno i ono malo društva *stricto sensu*, koje se uspjelo izgraditi

⁴ Na ovom mjestu nećemo se ustručavati spomenuti jedno (umjetničko) tumačenje veze između *nasilja u obitelji* i *nasilja u društvu* i to na primjeru pojave nacizma u Njemačkoj. Naime, redatelj Goran Marković tumači poruku Hanekeovog (Michael Haneke) filma *Bele trake*, briljantnog umjetničkog ostvarenja, koje, na neki način, daje moguće objašnjenje veze između procvata nacizma u Njemačkoj i nasilja u obitelji. Ukratko, film obrađuje temu svirepih i misterioznih, zlokobnih događaja koji su se dogodili u jednom selu na sjeveru Njemačke 1913. godine, a čije su žrtve oni mještani koji su bili jako surovi prema svojoj djeci. Mještani sela su većinom izvitoperene i surove osobe, naročito prema vlastitoj djeci, te ih na razne načine maltretiraju, pokušavajući nasilnim putem uspostaviti disciplinirano ponašanje i dosegnuti ideal čistoće i savršenstva, koji, kako primjećuje Marković, postoji samo u njihovim glavama. Tako zbog niza bezazlenih disciplinskih "prekršaja" koje su njegova djeca učinila, protestantski svećenik kažnjava djecu tako što im za ruke vezuje bijele vrpce; jednu djecu on nemilosrdno šiba, dok sina u pubertetu tim istim bijelim vrpčama noću vezuje za krevet. Inače, sâm naslov filma odnosi se na simbol nevinosti i čistoće. Kako Marković veli, Haneke ne otkriva misteriju serije zlokobnih događaja, no nagovještava da su počinitelji tih strahota vjerojatno zlostavljana djeca; ono što je za nas bitno, odnosi se na Hanekeovo tumačenje svih svjetskih ratova koji su kasnije uslijedili, kao nastavka bolesti osnovne stanice društva – obitelji, samo u većim razmjerima. Kako zaključuje Marković, kroz analizu porodičnih odnosa u nekoj zabiti Njemačke, autor prikazuje težak poremećaj sustava vrijednosti društva i prevlast nasilnog nad razumnim, u čemu će nacistička ideologija uskoro pronaći plodno tlo za svoj procvat (vidjeti: Marković, 2010: 15). Bez pretenzija da se upuštamo u analizu navedenog tumačenja, izdvojit ćemo za našu analizu važne sljedeće dvije stavke: 1) nesumnjivo je da je nasilje (u obitelji) prisutno u mreži križanja mikro, mezo i makrosocijalne razine pretpostavljenih društvenih odnosa; 2) uz primjedbu da suvremena obitelj pod utjecajem globalizacijskih i inih procesa doživljava brojne strukturalne promjene, te se danas sve češće može govoriti o jednoroditeljskim obiteljima, samačkim domaćinstvima itd., umjesto uobičajene nuklearne obitelji, nasilje u obitelji jest jedan djelić u mozaiku nasilja u najširem smislu i u svim oblicima u određenom društvu na makrosocijalnoj razini pretpostavljenih društvenih odnosa.

do početka raspada države, usprkos nemodernosti⁵ dotadašnjeg socijalističkog sustava. Sociocidni proces je, tijekom 90-ih godina XX. stoljeća, zahvatio sva polja – kulturno, političko, te područje ekonomije, školstva, zdravstva: do tada u povijest nezabilježena inflacija, točnije, hiperinflacija koja je 1992. godine iznosila oko 19810,2 %, i time postigla svjetski rekord, dogodila se u Srbiji; dogodio se, i još uvijek je na djelu, "odljev mozgova", odnosno gubljenje najobrazovanije potencijalne radne snage; državne, odnosno društvene, ali i novonastale privatne banke nemilosrdno su pljačkale već uveliko osiromašene građane; masovno kršenje krivičnog zakona svakodnevno se događalo – nelegalnom kupovinom deviza od uličnih preprodavača; dogodilo se slabljenje i svojevrsni slom školskog sustava – štrajkovi koji su uvjetovali svakodnevno "skraćivanje" satova, te "gubljenje" nastave itd. Dalje, svakodnevna vožnja gradskim prijevozom, kupovina neophodnih namirnica za svakodnevni život, posjeti medicinskim ustanovama pogođenim nestašicama lijekova i sanitetskog materijala itd., sve navedene, tako obične stvari iz svakodnevice konkretnih pojedinaca bile su tijekom 90-ih, riječju, "nemoguća misija" ... Dogodilo se i bombardiranje, dogodile su se i "kolateralne štete". Najzad, ubojica društva tijekom 90-ih, ali i danas, bio je, zasigurno i dominantan etnonacionalistički diskurs koji teži da pojedince svede u prvom redu na pripadnike naroda, odnosno nacije, upućujući pojedince da svoj identitet grade u nekritičkom okretanju prvenstveno tradiciji, spensеровski rečeno kroz "*vladavinu mrtvih nad živima*" (Herbert Spencer), te pothranjujući ksenofobiju, nacionalnu dezorijentaciju i autizam, samodovoljnost, a tražeći krivce isključivo na strani onog *Drugog*... Dogodila su se i brojna ubojstva koja su u javnosti moralno opravdavana(?), kao ubojstvo premijera Zorana Đinđića, ubojstvo Slavka Ćuruvije i Ivana Stambolića. Riječju, dogodio se i još uvijek se događa *moralocid – ubojstvo morala*. Mnogo je primjera koji potvrđuju da su na djelu dugotrajni procesi. Spomenimo, recimo, nedavnu eskalaciju nasilja koja je rezultirala brutalnim ubojstvom francuskog navijača u jednom beogradskom kafiću. Skupina navijača iz Beograda napala je i brutalno pretukla ovog francuskog državljanina, jer je očigledno bila vođena mržnjom prema svemu što je *drukčije*, prema svakom predstavniku onog *Drugog* (kako se kasnije ispostavilo, beogradski navijači željeli su fizički nasrnuti na nesretnog mladića, koji pritom nije ni imao nikakva navijačka obilježja, jer su vjerovali da je riječ o homoseksualcu koji je došao na *Paradu ponosa* u Beograd, koja je, pak, zbog prijatnji brojnih desničarskih organizacija otvorenim nasiljem prema učesnicima, u posljednji tren otkazana) (Radenović, 2008b, 2009, Turza, 2009a).

⁵ Podsjetimo da su osnovni uvjeti/atributi *modernosti*, kao širokog idejnog i praktičnog projekta: *tržišna privreda, privatno vlasništvo, individualizam i racionalnost* (vidjeti: Turza, 1996).

Najzad, razmotrimo i proces *normalizacije nasilja* koji je kompatibilan sociocidnim i moralocidnim procesima. Ukratko, ovaj dugotrajan proces oslikava promoviranje nasilja kao dominantnog, prihvaćenog, uobičajenog, normalnog, poželjnog oblika ponašanja. Inače, sam pojam *normalizacije* počeo se upotrebljavati u brojnim debatama poslije II. svjetskog rata u zapadnonjemačkoj javnosti, kako bi se označila ona mišljenja prema kojima su nacistički zločini normalizirani, točnije, opravdavani kao normalni, jer su, navodno, bili iznuđeni ratnim okolnostima. Tumačeći na spomenuti način proces normalizacije nasilja prisutan u ovdašnjem ambijentu, možemo tvrditi da je spomenuti proces posljedica prisustva takozvane *čiste tolerancije* (Marcuse) – tolerira se svako mišljenje i djelovanje, kako u sredstvima masovne komunikacije, tako i u svakodnevnom životu. Primjeri su brojni; recimo, ako određeni medicinski profesionalac javno brani svog stranačkog kolegu, koji je, uzgred, poznat i po verbalnim i fizičkim napadima na novinare, dakle, sklon je nasilju; te ako se obrana stranačkog kolege od strane spomenutog medicinskog profesionalca zasniva na neupitnom autoritetu "bijele kute", onda kao sociolozi ne smijemo zanemariti činjenicu da ovaj medicinski profesionalac zloupotrebljava svoj neupitni autoritet istovremeno normalizirajući nasilje itd. (vidjeti: Radenović, 2008a: 40–41, Radenović, Turza, 2009: 258–259, Radenović, 2009).

Dakle, na djelu je, pored dugotrajnih sociocidnih i moralocidnih procesa i proces normalizacije nasilja. No, mi smatramo da ovi procesi zapravo oslikavaju prisutnost potpune materijalne i duhovne devastacije, točnije obezvrjeđivanja života kao takvog, devalvacije života u jednom ambijentu u kome *Thánatos* već duže vrijeme potpuno nadvladava *Erōs*. Nećemo se suzdržati od spominjanja brojnih primjera nevidljivog, točnije, neosviještenog i nereflektiranog obezvrjeđivanja života, koji čine još jedan segment ovog našeg *Thánatos* ambijenta. Na mapi kontaminiranih područja Srbije jedno mjesto pripada i Pančevu, u kome Pančevci redovno udišu brojne zagađujuće spojeve, dok sve više novorođenčadi u Pančevu pati od opstruktivnog bronhitisa. Stanovnici Pančeva više se i ne obaziru na sirene, jer smatraju da su nemoćni. Podsjetimo, nadalje, na neka od brojnih, romskih, nehigijenskih naselja na teritoriji Srbije i zapitajmo se kakva je svakodnevica ovih ljudi koji su osuđeni na život u kartonskim kućama, bez struje i vode? Zatim, prepoznajmo i *biocid* – kao *ubijanje cjelokupnih živih sustava*. Sjetimo se ubijenih rijeka Srbije, podsjetimo, primjerice, na najveći zabilježen pomor ribe na našim prostorima 2007. godine, kada je iz Tise sakupljeno preko 30 tona uginule ribe; podsjetimo na nedavni protest jednog malog, bioetički svjesnog dijela Beograđana koji su pokušavali zaštititi predloženu sječu više od 300, navodno, oboljelih platana itd. (Radenović, 2008b, Radenović, 2009) Dakle, na djelu je *nedostatak empatije i nebriga* na svim i za sve razine sveukupnog svijeta života (*biosa*).

Kako pokrenuti proces *revalvacije života*? Je li moguće permanentnim reflektiranim promišljanjem, osvješćivanjem, nezaboravljanjem sociocida, moralocida, te procesa normalizacije nasilja, pokrenuti revalvaciju života; kako svakodnevnog života, tako i sveukupnog svijeta života, *biosa*? Što tu može učiniti *bioetika*, a što *etika brige* i *empatije*?

3. Umjesto zaključka – jedan mogući put: bioetika, etika brige i empatije

Zaključujući naše razmatranje problema normalizacije nasilja, te sociocidnih i moralocidnih dugotrajnih procesa koji, pored ostalog odlikuju suvremeni srbijanski ambijent, ističemo mogućnost pokretanja procesa revalvacije života na svim razinama svijeta života, *biosa* i to razvijanjem *bioetičkog senzibiliteta*, te uspostavljanjem *etike brige* i *etike empatije* u mikro, mezo i makrosferi pretpostavljenih društvenih odnosa. Što to praktično znači? Podsjetimo na shvaćanje Hrvoja Jurića, prema kome je jedan od temeljnih zadataka bioetike upravo senzibilizacija građana za teme koje se nazivaju bioetičkim; i/ili obrnuto: bioetika može nastati i dalje se razvijati samo tamo gdje postoje barem naznake onog što je nazvano bioetičkim senzibilitetom (Jurić, 2001). U tom smislu, smatramo da je neophodno uspostavljanje kontinuirane, sustavne i sistematske *bioetičke edukacije*, koja bi utjecala na razvijanje senzibiliteta svake individue za brojne bioetičke teme, te na učenje "čitanja" svakodnevnih životnih situacija u svojevrsnom *bioetičkom ključu*, preciznije, u ključu spomenutog koncepta *integrativne bioetike*. Jer, bioetičke teme jesu teme koje se, riječju, tiču *života* samog, života kao takvog, *sveukupnog svijeta života*, *biosa*, točnije, vrijednosti i normi koje se tiču *dobra* i *zla*, i *ispravnog* i *pogrešnog* u kontekstu *života uopće* i njegovih brojnih varijeteta (Turza, 2009b). To pak, znači da bi valjana i učinkovita predložena bioetička edukacija obuhvatila sve razine obrazovanja, počevši od osnovnih škola, srednjih škola i gimnazija, pa do viših i visokoškolskih ustanova. No, to nije sve. Valjana okosnica ove bioetičke edukacije obuhvatila bi *etiku brige* i *etiku empatije*. Ukratko, etika brige i empatije se, bar kada je oblast medicinske etike u pitanju, odnosi prvenstveno na poboljšanje samog odnosa *liječnik - bolesnik*. Naime, kako navodi Warren T. Reich, predlažući svoj model odnosa *liječnik - bolesnik*, orijentiranost prema bolesniku kao pojedinačnoj *sui generis* osobi, te usmjerenost moralne brige liječnika prema patnji bolesnika trebalo bi, pored medicinsko-etičkih načela, činiti osnovne karakteristike odnosa *liječnik - bolesnik*. Reich u ovom modelu prepoznaje svojevrsnu moralnu revoluciju u odnosu *medicinski profesionalac - bolesnik*: ovakva etika brige u medicini dovela bi nas do toga da empatiju i samilost svrstamo mnogo više među odgovornosti i načela koja su sastavni elementi odnosa

liječnik - bolesnik. Jer, kako tvrdi Reich, podsjećajući na Heideggerovo shvaćanje *brige (Sorge)*, biti u brizi ili pod nečijom brigom, znači upravo ono što znači biti ljudsko biće; ako ne brinemo, gubimo svoj bitak, briga je način da se vratimo bitku. Prema Reichu, etika brige za koju pledira, ne može postojati ako najprije ne postavimo sljedeća pitanja: *Je li mi neka osoba, neka stvar važna? I ako mi nije važna, mogu li naći nekoga ili nešto kome jest važna?* Ako nikome nije važna, tvrdi Reich, ni bolest, ni povreda, ni patnja, ako se ljudi ne zabrinu zbog tih osobnih iskustava, nikakva moralna, odnosno medicinsko-etička načela, kao što su autonomija, dobrobit ili pravednost to neće promijeniti itd. (vidjeti: Reich, 1996). Ako ovako shvaćenu moralnu brigu i empatiju transponiramo na mikro, mezo i makrosferu pretpostavljenih društvenih odnosa, te ako naučimo svakodnevne životne situacije "čitati" u *bioetičkom ključu*, u duhu *pluriperspektivizma*, onda ćemo u svakoj situaciji biti svjesni činjenice da je pred nama nekakva moralna nedoumica i/ili preispitivanje vrijednosti i normi koje se tiču *dobra i zla i ispravnog i pogrešnog* u kontekstu *života uopće*, na svim razinama *biosa*. A onda ćemo, vjerujemo, biti u mogućnosti da se ozbiljno *zabrinemo* i za posljedice sociocida, moralocida, te procesa normalizacije nasilja koje svaki pojedinac na različite načine osjeća u svakodnevnom životu. U suprotnom, prijeti nam takozvani sindrom *krokodilskog pamćenja* (podsjetimo na to da, kao i većina reptila, krokodili pamte samo pet minuta) – u najmanju ruku, nesjećanje, zaborav, nedostatak empatije, nebriga, nemanje svijesti, savjesti i odgovornosti o vlastitim postupcima i tužna mogućnost da se ponovi scenarij sličan onom iz beogradskog zoološkog vrta – "Vrta dobre nade", kada su dvojica razbojnika u pokušaju krađe klokan hladnokrvno usmrtili majku klokan, dok je mali klokan bježeći završio pod kotačima jednog automobila u veoma prometnoj beogradskoj ulici. Tada je, u jednom antibioetičkom duhu, djevojka – vozačica automobila, kada je shvatila da je "nešto" pregazila, izašla iz automobila, vidjela usmrćenog klokančića, vratila se u automobil i *bezbrizno* nastavila vožnju.

LITERATURA:

1. Čović, Ante (2007), "Integrativna bioetika i pluriperspektivizam", u: Velimir Valjan (urednik), *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*, Sarajevo: Bioetičko društvo u BiH.
2. Dimčevska, Ana (2007), "Nasilje u porodici", u Aljoša Mimica, Marija Bogdanović (prirednik), *Sociološki rečnik*, Beograd: Zavod za udžbenike, str. 347–348.
3. Jurić, Hrvoje (2001), "Peter Singer – Između Zagreba i Beograda", *Časopis za književnost i kulturu, i društvena pitanja*, Reč 7 (61): 141–154.

4. Jurić, Hrvoje (2007), "Uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera", u: Velimir Valjan (urednik), *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*, Sarajevo: Bioetičko društvo u BiH.
5. Konrad, Derđ (2008), *Odlazak od kuće i povratak kući – Autobiografski roman*, Beograd: Arhipelag.
6. Kopolow, Louis E. (2004), "Patients' Rights", u: Stephen G. Post (prir.) *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Reference USA, str. 1995–2003.
7. Marković, Goran (2010), "Bele trake", *Politika*, 19. februar, str. 15.
8. Maširević, Ljubomir (2008), *Film i nasilje*, Zrenjanin: Gradska narodna biblioteka "Žarko Zrenjanin".
9. Pens, Gregori E. (2007), *Klasični slučajevi iz medicinske etike – Opis slučajeva koji su uobličili medicinsku etiku, sa njihovom filozofskom, pravnom i istorijskom pozadinom*, Beograd: Službeni glasnik.
10. Radenović, Sandra S. (2008a), *Oblici rasizma u Srbiji nakon petooktobarskih promena (2001 – 2006)*, Beograd: Akademska misao.
11. Radenović, Sandra (2008b), "Vrednosti i život", *Republika*, 2008 (432–433): 19–21.
12. Radenović, Sandra, Karel Turza (2009), "Bioetika i politika – kontekst savremene Srbije", u: Velimir Valjan (prir.) *Integrativna bioetika i interkulturalnost – Zbornik radova Drugog međunarodnog bioetičkog simpozija u Bosni i Hercegovini (Sarajevo, od 23. do 24. svibnja 2008.)*, Sarajevo: Bioetičko društvo u BiH, str. 249–262;
13. Radenović, Sandra (2009), *Communication in Medicine – Methodological Problems and Bioethical Approach*, izlaganje na međunarodnom skupu 5. *Bioetički forum za jugoistočnu Europu*, Sarajevo, 19.–21.11.2009.
14. Reich, Warren Thomas (1996), "Mit o ugovoru ili mit o skrbi? Narativna podrijetla bioetike", *Društvena istraživanja*, 5 (23–24): 559–578.
15. Stojanovski, Jovana (2009), "Šamaranje devojke ne smatraju za nasilje", *Politika*, 24. decembar, str. 9.
16. Tripković, Milan (2007), "Nasilje", u: Aljoša Mimica, Marija Bogdanović (prir.) *Sociološki rečnik*, Beograd: Zavod za udžbenike, str. 346 –347.
17. Turza, Karel (1996), *Modernost na biciklu: Renesansa, grad, porodica*, Beograd: Akademia Nova.
18. Turza, Karel (2009a), *Medicina i društvo – Uvod u medicinsku etiku*, Beograd: CIBID, Libri medicorum, Medicinski fakultet u Beogradu.
19. Turza, Karel (2009b), *Bioethics and Culture: Can Bioethics Contribute to Inter-Cultural Formation?*, izlaganje na međunarodnom skupu 5. *Bioetički forum za jugoistočnu Europu*, Sarajevo, 19.–21.11.2009.

Sandra Radenović

Bioethics and violence

ABSTRACT

In the paper the author considers the violence as the bioethical problem in contemporary Serbian society. Namely, regarding sociological point of view and the definition of violence in the broadest sense, the author analyses the presence of the processes of sociocide and moralocide, as well as the normalization of violence, from the reproduction of violence in the mass media, to the various manifestations of violence in everyday life. Besides the devaluation of life as the phenomenon which is present in contemporary Serbian Thánatos environment, the author underlines the lack of empathy and the lack of care at all levels and for all levels of the overall living world (*bios*). Finally, the author suggests continual, systemic and systematic bioethical education as one of the possible solutions within the process of reevaluation of life. As a crucial issue of that possible bioethical education, the author considers the ethics of care and the ethics of empathy.

Key words: violence, domestic violence, sociocide, moralocide, normalization of violence, bioethics, ethics of care, ethics of empathy

Silvana Karačić*

Socijalna podrška kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem

SAŽETAK

Socijalna podrška kao sredstvo interakcije s drugim ljudima podrazumijeva percepciju primljene pomoći, koja je važna zbog osjećaja osobe da u kriznim ili stresnim situacijama može računati sa savjetima, informacijama, instrumentalnom pomoći ili razumijevanjem drugih ljudi. Takav osjećaj, da možemo očekivati pomoć od drugih, može utjecati na stvaranje pozitivne slike o sebi.

Cilj rada je utvrditi postoji li statistički značajna razlika u stupnju socijalne podrške među adolescentima s tjelesnim oštećenjem, koji su u internatskom smještaju, obuhvaćeni profesionalnom rehabilitacijom, i adolescenta bez tjelesnog oštećenja, koji su u srednjoškolskom obrazovnom sustavu i internatskom smještaju.

Ispitivanjem je obuhvaćeno 150 adolescenata s tjelesnim oštećenjem i 150 adolescenata bez tjelesnog oštećenja s internatskim smještajem u Zagrebu.

Korištena je modifikacija upitnika za socijalnu podršku Lučanin-Despot.

Rezultati pokazuju da adolescenti s tjelesnim oštećenjem svoje tjelesno oštećenje nastoje kompenzirati socijalnom podrškom, oni je primaju i žele više nego zdravi adolescenti, pa će zbog toga njihovi stavovi i iskustva prema kategoriji tjelesnog oštećenja biti onakvi kakve okolina dopusti i usmjeri.

Uvod

Socijalnu podršku definiramo kao sredstvo koje se osigurava preko interakcije s drugim ljudima. Socijalna podrška je amortizer stresa (Cohen, Wills, 1985.). Stres proizlazi kad netko procjenjuje situacije kao prijeteću ili zahtjevnu i nema na nju odgovarajući odgovor (Lazarus, 1966.).

* Adresa za korespondenciju: Silvana Karačić, Lječilište Sveti križ Trogir, Ulica domovinske zahvalnosti 1, HR - 21 200 Trogir, e-mail: hotel-sveti-kriz@st.t-com.hr

Dva dominantna modela socijalne podrške su model direktnog učinka i neutralizirajući model. Budući da ima dva modela, teško je odrediti definiciju socijalne podrške. Općenito je shvaćanje da ova dva modela predstavljaju dva različita aspekta socijalne podrške (Cohen & Wills, 1985.; Ganster, Victor, 1988.; Hobfoll, 1988.). Model direktnog učinka odnosi se na veliku mrežu socijalnih odnosa, ima pozitivne učinke na dobrobit, nije povezan sa stresom i koncentrira se na osnovnim socijalnim vezama i sustavima. Neutralizirajući model koncentrira se na aspektima socijalne podrške, ponaša se kao neutralizator, kako bismo bili zaštićeni od negativnih efekata stresa. Smještaj u socijalnu mrežu osoba s tjelesnim oštećenjem ima pozitivan učinak na opće stanje zdravlja, ali neće nužno pomoći kada se osoba suoči sa stresom. Socijalna integracija ima utjecaj na dobrobit, ona nužno ne uključuje unaprijedene načine nošenja sa stresnim događajem. Postoji malo dokaza za tvrdnju da je socijalna podrška povezana s dobiti (Gore, 1985.). Percipirana adekvatnost dostupne podrške važnija je nego dostupnost sama po sebi (Barrera, 1981.). Socijalna mreža može biti izvor stresa i konflikata, može zbog toga dovesti do povećanja simptomatologije, a ne smanjenja (Fiori, Becker, Coppel, 1983.; Rook, 1984.). Moguće je da se najefikasnija socijalna podrška dobiva u kontekstu svakodnevnog druženja.

Socijalna podrška nasuprot socijalnim zahtjevima

(Folkman, Lasarus, 1984.), govore o tome kako socijalni sustav mjeri pretpostavlja da je biti u nekoj vezi isto kao i dobivanje podrške same. Naravno, ljudi sa širokom mrežom socijalnih odnosa imaju mnoge izvore pomoći kad je trebaju. Jedna od osnovnih normi našeg društva je sam princip reciprociteta. Što znači da, kad primimo nešto od druge osobe, očekuje se da ćemo i uzvratiti uslugu. Za one ljude koji imaju samo nekoliko izvora socijalne pomoći, primanje socijalne podrške može biti luksuz koji si ne mogu priuštiti. Dvije psihološke karakteristike koje su povezane sa socijalnom podrškom su samosvjesnost i intimnost. Hobfoll i Lerman došli su do veze između samosvjesnosti i socijalne podrške (Hobfoll, Lerman, 1988.). Samosvjesnost je osjećaj da smo odgovorni za ono što nam se događa i da ono što radimo može dovesti do željenog rezultata. Također su otkrili da osoba s više samosvijesti manje psihološki pati i više ima socijalne podrške negoli osoba s malom razinom samosvijesti. Socijalna podrška nije uvijek za ljude samo pozitivno iskustvo. U našem društvu samostalnost se često naglašava. Prihvatanje pomoći od drugih ljudi može kod nekih ljudi stvoriti osjećaj ovisnosti ili inferiornosti. To su oni slučajevi kada socijalna podrška može biti štetna, jer ne dopušta primateljima socijalne podrške da razvijaju svoja sredstva. Dalje, kao što je prije spomenuto, primanje socijalne podrške može rezultirati osjećajima obaveze koji se ne mogu ispuniti. U ovim slučajevima

ma, ljudi će često prije osjećati odbojnost prema onima koji im pomažu, negoli zahvalnost.

Veza između socijalne podrške i zdravlja

Brojne studije indiciraju da su ljudi koji imaju članove obitelji koji im pružaju psihološke i materijalne resurse boljeg zdravlja nego oni koji imaju manje socijalnih kontakata. Iako veći dio istraživanja podupire vezu između socijalne podrške i zdravlja, preostaje jedan dio koji razotkriva mehanizme te veze. Naravno, neka su objašnjenja očita, pogotovo ona koja uključuju direktnu pomoć. Ljudi koji se oporavljaju od neke bolesti puno će brže ozdraviti ako imaju obitelj koja im pomaže. Mi primamo informacije i savjete od drugih ljudi, koji nam pomažu mnogo efikasnije riješiti probleme (Ganster, Victor, 1988.).

Socijalna podrška djeluje na svim nivoima modela stresa. Mogućnost podrške afektira se na naše prihvaćanje faktora stresa i naše mogućnosti da se nosimo s tim. Ganster i Victor navode da socijalna podrška može čak utjecati na poboljšanje zdravlja tako što će smanjiti negativne posljedice stresa. Oni također dolaze do zaključka da bliske veze mogu rezultirati pozitivnim učincima i vjeruju u raspoloživost buduće podrške (Ganster, Victor, 1988.).

Interes za ulogu socijalne podrške u održavanju zdravlja i etiologije bolesti je povećan (Caplan, 1974.; Cassel, 1976.; Gottlieb, 1981.; Surason & Surason, 1985.).

Velik broj studija podržava vezu između socijalne podrške i fizičkog zdravlja (Matthews, 1980).

Budući da su podaci ograničeni, teško je generalizirati o odnosu socijalne podrške i bolesti. Dokazi sugeriraju povezanost socijalne podrške i fizičkog zdravlja te njen utjecaj na:

- izloženosti uzrocima bolesti;
- osjetljivost i otpornosti prema infekcijama od strane uzročnika bolesti;
- mjere traženja medicinske pomoći u onom času kada se bolest dobije;
- mijenja jačinu ili tijek bolesti (prema Jemmott & Locke, 1984.).

Drugi ljudi igraju važnu ulogu u tome kako se osoba osjeća u psihološkom i tjelesnom smislu.

Unatoč brojnim istraživanjima socijalne podrške, još uvijek postoje neke konceptualne nepoznanice. Za "rane" istraživače značenje socijalne podrške bilo je tako očigledno, da nisu ni pokušali definirati taj pojam. Danas postoji niz vrijednih teorij-

skih i empirijskih perspektiva o socijalnoj podršci, koje su važne za razumijevanje povezanosti između međuljudskih odnosa, dobrobiti i zdravlja ljudi. To su:

- viđenje socijalne podrške kao stupnja socijalne integracije osobe;
- viđenje socijalne podrške kao subjektivnog doživljaja kvalitete odnosa pojedinca;
- viđenje socijalne podrške kao percipirane pomoći drugih ljudi;
- viđenje socijalne podrške kao stvarno primljene pomoći.

Navedena različita viđenja zapravo nisu suprotna, već su komplementarna, i ukazuju na različite razine analize socijalne podrške. Četiri perspektive predstavljaju različito pretpostavljene mehanizme putem kojih socijalna integracija podržava zdrav način života, stabilno funkcioniranje osobe u razdobljima socijalnih promjena. Socijalna integracija je nužan, iako ne i dovoljan uvjet za pozitivne učinke međuljudskih odnosa.

Važan mehanizam socijalne podrške je i subjektivni doživljaj kvalitete socijalnih odnosa osobe. Dovoljno je da osoba ima jedan ili dva bliska odnosa iz kojih će primiti informacije da je voljena, cijenjena i da je dio mreže komunikacije i uzajamnih obaveza.

Socijalna podrška podrazumijeva percepciju primljene pomoći, koja je važna zbog osjećaja osobe da u kriznim ili stresnim situacijama može računati sa savjetima, informacijama, instrumentalnom pomoći ili razumijevanjem drugih ljudi. Takav osjećaj da možemo očekivati pomoć od drugih, može ublažiti ili spriječiti doživljaj nekog događaja kao stresnog. Socijalna podrška može se promatrati i kao stvarno pružanje pomoći drugih ljudi, ili kao primljena podrška. Mnogo je naziva za različite oblike primjene podrške.

Problemi adolescenata s kroničnim tjelesnim oštećenjima

Problemi adolescenata s kroničnim tjelesnim oštećenjima bitno se razlikuju od problema odraslih osoba. Tjelesno oštećenje u toj dobi osobito se teško podnosi, jer adolescent ponovno mora računati s ozbiljnim ograničenjem slobode, mogućnosti kretanja. Svako tjelesno oštećenje od osobe zahtijeva niz kompromisa, što u adolescenciji jako otežava i komplicira normalan razvoj, pa kod adolescenata dolazi do pojave socijalne nezrelosti i socijalne izolacije. Često se ističe da osobe sa somatopsihičkim oštećenjem formiraju stavove prema sebi i svom oštećenju pod utjecajem socijalne većine. Ocjene socijalne podrške ovise o individualnoj procjeni na temelju kompletne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi osoba s tjelesnim oštećenjem. Sposobnost individue da se efikasno nosi s bolešću ovisi o kompleksnoj interakciji između prirode same bolesti i kvalitete socijalne podrške, koju dobiva od obitelji, prijatelja i medicinskog osoblja.

Poznata je činjenica da većina ljudi ima snažnu tendenciju da sebe i druge ljude klasificira na osnovi neke naročito izrađene i vidljive karakteristike. Karakteristika sama po sebi može biti relativno beznačajna u odnosu na aktualne kvalitete određene osobe; ona ipak redovito služi brzom klasificiranju te osobe u određene skupine. To znači da smo svi skloni donositi sudove o ljudima na osnovi vrlo pojednostavljenog dojma, koji je određen jednom izrazitom karakteristikom, kao npr. fizičkom ljepotom ili tjelesnim oštećenjem.

Osobe s tjelesnim oštećenjem, u svojim nastojanjima da žive kao i drugi ljudi, suočavaju se s nizom psihosocijalnih barijera. Tako, npr. teže nalaze namještenje, suočeni su s poteškoćama pronalaženja bračnog partnera, nailaze na poteškoće u međuljudskim odnosima itd. Gotovo svaka osoba s tjelesnim oštećenjem prisiljena je suočiti se s činjenicom da joj se pripisuju određena svojstva ili reakcije, samo zato što su sve osobe s tjelesnim oštećenjem takve.

Veza između stigme i socijalne podrške

Okolina ih uopće ne percipira kao individuu, već samo kao pripadnika manje vrijednih osoba. Na žalost, treba naglasiti da su gotovo sve specijalne dileme osoba s tjelesnim oštećenjem zapravo reakcije na podcjenjivanje, bilo sa strane drugih, bilo sa strane same osobe.

Na osnovi nekih istraživanja čini se da podcjenjivanje adolescenata s tjelesnim oštećenjem nije samo posljedica socijalnih stereotipa i predrasuda, već da postoje i neke urođene tendencije koje pogoduju nastanku takvih predrasuda.

Winkler je pretpostavio da uobičajene kretnje i položaj tijela, koji je karakterističan za osobe s tjelesnim oštećenjem, odbijaju normalne osobe i onemogućuju im da se prema njima empatički odnose (Winkler, 1931.). Ljudi se u pravilu ne procjenjuju prema njihovoj biološkoj vrijednosti, takav bi mehanizam trebao biti nadvladan humanističkim vrijednostima.

Stigma je jedan od najtežih aspekata javne borbe i iskustva u obitelji koja ima adolescenta s tjelesnim oštećenjem. Takve obitelji često nailaze na reakcije javnosti koje su stereotipne i negativne. Često članove iskustveno stigmatizirane obitelji, zato što je zahvaćena stigmatizirana osoba, ne gledaju normalno već različito, to je tzv. ljubazna stigma (Goffman, 1963.). To je u stvari prihvaćanje neizbježnog ondje gdje u mnogim situacijama odnos nije društven sa stigmatiziranim članom obitelji. Član obitelji ima također opcije kroz koje će biti socijaliziran grupnim tretmanima specijalnih škola, grupama za samopomoć, čineći ljubaznu stigmom više vidljivom.

Tijelo kao simbol vrijednosti

Sociopsihološki aspekti forme *image* tijela kompleksni su, gdje je osoba usmjerena na razumijevanje sebe i zamjećivanje kako je drugi razumijevaju. *Image tijela, self koncept*, identitet i ego dovode se u vezu s gubitkom ili promjenom u samo jednom faktoru koji može biti poguban za čitav self (Drenche, (1994.)). Izgleda da je tijelo, u svojoj suvremenoj konturi, jedan od vrlo istaknutih simbola cijelog opsega vrijednosti, koji se bore za prvo mjesto, a stavovi o potrošačkoj kulturi tijela postaju sve značajniji, budući da su ona u osnovi u isto vrijeme simulator neke vrste fokusa potrošnje. Određene tjelesne konstrukcije cjenjenije su od drugih, kao npr. mišićavost, mršavost nasuprot opuštenosti i sl. Osobe s tjelesnim oštećenjem često nisu u mogućnosti prihvatiti vrijednosti i ideale koje takvo tijelo nosi, a u isto vrijeme nisu isključene iz utjecaja kulturalnih normi i vrijednosti koje su nametnute kroz tjelesne prakse, iako je jasno da one utječu na ljude na različit način kroz dob, socijalnu klasu i spol. Emocije i sloboda, odnosno vezanost i genetsko nasljeđe, kreiraju kompleksnu matricu čimbenika čija pozicija postavlja individue ili skupine ljudi na različit položaj u odnosu na značenje koje tijelo ima u kulturi.

Mnogi aspekti tjelesne kulture, osobito oni koji se odnose na tijelo i predstavljaju se kroz TV i medije, stalno su prisutan izvor i centriraju točku referenca za sebe i orijentaciju za druge. Legitimna je činjenica da mršavost i dobra fizička kondicija podrazumijevaju i zdravlje pojedinca, tako da se osoba s tjelesnim oštećenjem već samim time našla iza okvira "biti zdrav". Prije je tijelo bilo značajno odsutno u sociološkoj teoriji. Turner i drugi vraćaju tijelo natrag u sociologiji (Turner, 1984.; Franks, 1990.; Turner, 1992.). Tijelo u kulturi ima važniju ulogu u formaciji i dokazivanju samoidentiteta, razumijevanju tko smo, te poziciji socijalnog života. Socijalna konstrukcija tijela važan je dio procesa igre u konstrukciji samoidentiteta. Uspješan imidž predstavlja uspješno tijelo, koje je bilo trenirano, disciplinirano i priređeno uzdići naše personalne vrijednosti (Turner, 1984.). Opsjednutost popularnim kulturom značajna je u formiranju samoidentiteta kod većine adolescenata (Stratan, 1992.). Dramatične promjene tijekom puberteta destabiliziraju čak i one adolescente koji su dobro učvršćeni u fizičkoj normalnosti. Adolescencija je prije svega period u životnom ciklusu u kojem je uglavnom prisutna svijest o tijelu kao o dimenziji samoidentiteta.

House je predložio poznatu kategoriju socijalne podrške podijelivši je na:

- emocionalnu
- poštovanje
- informacijsku (House, 1981.).

Socijalna podrška, koja je značajna za razvoj samopoštovanja i ima zaštitnu ulogu, posebno je važna za adolescente s tjelesnim oštećenjem koji žive u učeničkim domovima, kod kojih je uglavnom prisutna svijest o tijelu kao dimenziji samoidentiteta. Izdvajanje adolescenata s tjelesnim oštećenjem iz obitelji radi profesionalne rehabilitacije dovodi do prilagodbe na novu sredinu i razdvojenost od roditelja, koja ih uglavnom previše zaštićuje, pa je percepcija socijalne podrške važna, jer pridonosi pozitivnom razvoju pojma o sebi. Svrha ovog rada bila je prikazati percepciju socijalne podrške, i to količinu i učestalost 4 vrste socijalne podrške (informacijsku, emocionalnu, instrumentalna i druženje), kod osoba s tjelesnim oštećenjem koje su obuhvaćene profesionalnom rehabilitacijom i adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji su smješteni u učeničkom domu.

Informacijska podrška je podrška u definiranju, razumijevanju i suočavanju s problemima. Još se naziva savjetom, podrškom u procjeni ili kognitivnim vođenjem. Emocionalnom podrškom prenosi se povjerenje i ljubav, zovemo je ekspresivnom podrškom, ventilacijom ili bliskom podrškom. Instrumentalna podrška je osiguravanje financijske pomoći, materijalnih izvora i potrebnih usluga. Instrumentalna pomoć može umanjiti stres direktnim rješavanjem instrumentalnih problema ili osiguravanjem vremena za aktivnosti kao zabava ili opuštanje. Ova vrsta podrške još se zove i materijalna podrška, konkretna pomoć ili opipljiva podrška. Druženje je provođenje slobodnog vremena s drugima. Ovakva vrsta podrške može smanjiti stres, jer zadovoljava potrebu za pripadanjem ili kontaktima s drugima, pomaže pojedincu da odvrti pozornost od briga i problema te potiče pozitivna raspoloženja. Ova se vrsta podrške još zove i pripadanjem.

Cilj i problem rada

Prema mišljenju mnogih istraživača koji se bave problemima invalidnih osoba, glavni je problem što je njihov status u društvu određen njihovim invaliditetom. Socijalna podrška može biti mogući modificirajući faktor u prevenciji negativnih posljedica tjelesne invalidnosti. Stupanj socijalne podrške također je važan čimbenik u prilagodbi socijalno izoliranih adolescenata s tjelesnim oštećenjem. Na osnovi uvida u literaturu, kao pokazatelji procjene pomoći i podrške socijalne mreže odabrane su informacijska, emocionalna i instrumentalna podrška i druženje.

Cilj rada je utvrditi postoji li statistički značajna razlika u stupanju percepcije socijalne podrške između adolescenata s tjelesnim oštećenjem, koji su obuhvaćeni programom rehabilitacije, i adolescenata bez tjelesnog oštećenja, koji su smješteni u učeničkom domu.

Ispitanici i metode rada

Ispitanici

Uzorak u ovom istraživanju izabran je metodom namjernog odabira; čini ga 150 adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji su obuhvaćeni profesionalnom rehabilitacijom u Centru za odgoj, obrazovanje i osposobljavanje djece i omladine Dubrava, sa stalnim prebivalištem na cijelom području Hrvatske, te 150 adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji su smješteni u učeničkom domu "Tin Ujević" - Dubrava - Zagreb, a obuhvaćeni su različitim srednjoškolskim programima.

Metode rada

Ispitanici (učenici) pismeno su odgovarali na ponuđena pitanja u anonimnom anketnom upitniku.

Socijalna podrška ispitana je pomoću osam ljestvica s po pet čestica, kojima se mjeri količina i učestalost četiri vrste socijalne podrške (informacijska, instrumentalna, emocionalna i druženje), količina primljene i željene podrške, te izvor podrške (roditelji, prijatelji, rođaci, braća, sestre, ostali učenici, osoblje i nastavnici). Učestalost je izražena u tri stupnja: 1 - označava nikad, 2 - povremeno, 3 - uvijek.

Obrada podataka

Pri obradi podataka korištene su tablice frekvencije, aritmetička sredina, standardna devijacija, hi-kvadrat test, višesmjerna analiza varijance i Levensov test jednakosti varijance.

Rezultati

Opći podaci o ispitanicima

Ispitivanjem je obuhvaćeno 150 adolescenata s tjelesnim oštećenjem, u dobi od 15 do 21 godine, koji su bili obuhvaćeni programima profesionalnog rehabilitacijskog centra za odgoj i obrazovanje i osposobljavanje Dubrava - Zagreb, te 150 zdravih adolescenata, obuhvaćenih programom srednjoškolskog obrazovanja srednjih škola u Zagrebu, koji imaju internatski smještaj u Domu "Tin Ujević" – Zagreb, s mjestom prebivališta po cijeloj Hrvatskoj. Ispitivanje je provedeno u Zagrebu . Od ukupno 300 ispitanika bilo je 73 učenika s tjelesnim oštećenjem ili 24,3 %, 67 učenika bez tjelesnog oštećenja ili 22,3 % te 77 učenika s tjelesnim oštećenjem ili 25,6 % i 83 učenice bez tjelesnog oštećenja - zdrave učenice ili 27,6 % (tablica 1).

Tablica 1.

skupine	učenici		učenice		ukupno	
	N	%	N	%	N	%
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	73	24,3 %	77	25,6 %	150	50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	67	22,3 %	83	27,6 %	150	50,0 %
ukupno	140	46,6 %	160	53,3 %	300	100,0 %

Subjektivna ocjena socijalne podrške

Tablica 2. Frekvencija primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju roditelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	7	68	75	150 50,0 %	6	35	109	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	8	76	66	150 50,0 %	9	53	88	150 50,0 %
ukupno	15 5,0 %	144 48,0 %	141 47,0 %	300 100,0 %	15 5,0 %	88 29,3 %	197 65,7 %	300 100,0 %

Testiranje na razini značajnosti 5 % i uz 2 stupnja slobode vrijednost za hi-kvadrat test $\chi^2 = 1,085$, uz pogrešku $P = 0,581$ pokazuje da razlika u informacijski primljenoj socijalnoj podršci roditelja adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja nije statistički značajna. To znači da je podjednak broj osoba i iz jedne i iz druge skupine, koje su birale kategoriju odgovora 1 - 3, nikad do uvijek.

Kod željene informacijske socijalne podrške koju pružaju roditelji razlika je statistički značajna; uz razinu rizika manju od 5 %, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 6,520$, uz pogrešku $P = 0,038$. Razlika je nastala prvenstveno zbog toga što adolescenti bez tjelesnog oštećenja češće biraju kategoriju 2 ("povremeno bismo htjeli dobiti informaciju od roditelja"), a adolescenti s tjelesnim oštećenjem biraju kategoriju 3 ("uvijek bismo htjeli dobiti informaciju od roditelja").

Tablica 3. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju prijatelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	13	69	68	150 50,0 %	2	48	100	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	6	53	91	150 50,0 %	6	39	105	150 50,0 %
ukupno	19 6,3 %	122 40,7 %	159 53,0 %	300 100,0 %	8 2,7 %	87 29,0 %	205 68,3 %	300 100,0 %

Granična vrijednost χ^2 na razini značajnosti od 5 % i uz dva stupnja slobode iznosi $\chi^2 = 8,004$ i uz pogrešku $P = 0,018$.

Budući da je hi-kvadrat test veći od graničnog kod primljene informacijske podrške koju pružaju prijatelji, prihvatit ćemo alternativnu hipotezu prema kojoj postoji statistički značajna razlika između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja. Razlika se sastoji u tome da adolescenti s tjelesnim oštećenjem više biraju odgovor 1 i 2 (nekad i povremeno) od adolescenata bez tjelesnog oštećenja, koji biraju odgovor 3 (uvijek).

Kod informacijski željene socijalne podrške prijatelja, razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 3,052$; $df = 2$; $P = 0,217$). To znači da je podjednak broj osoba iz osnovne skupine uzoraka koje su birale iste kategorije odgovora.

Iz tablice 5 vidljivo je da je primljena informacijska podrška prijatelja manja od željene i da se u primljenoj socijalnoj podršci skupine razlikuju u korist skupine uzoraka, dok frekvenciju doznavanja raznih obavijesti koju će im dati prijatelji žele podjednako.

Tablica 4. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju rođaci, braća i sestre

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		Nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	15	84	51	150 50,0 %	8	52	90	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	17	96	37	150 50,0 %	16	61	73	150 50,0 %
ukupno	32 10,7 %	180 60,0 %	88 29,3 %	300 100,0 %	24 8,0 %	113 37,7 %	163 54,3 %	300 100,0 %

Rezultati pokazuju da kod primljene informacijske podrške koju su učenicima pružili rođaci, braća i sestre, nije uočena značajna statistička razlika ($\chi^2 = 3,152$; $df = 2$; $P = 0,206$). To znači da je broj osoba iz jedne i druge skupine, koje su birale iste kategorije, podjednak, tj. da informacijsku socijalnu podršku rođaka, braće i sestara podjednako primaju i adolescenti s tjelesnim oštećenjem i zdravi adolescenti. Željena informacijska podrška rođaka i braće i sestara neznatno je veća od primljene, ali razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 5,156$; $df = 2$; $P = 0,075$) $P < 0,05$. Dvije skupine ispitanika željele bi primati podjednaku frekvenciju informacija od rođaka, braće i sestara.

Tablica 5. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju ostali učenici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		Nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	25	109	16	150 50,0 %	22	101	27	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	27	104	19	150 50,0 %	26	85	39	150 50,0 %
ukupno	52 17,3 %	213 71 %	35 11,7 %	300 100,0 %	48 16,0 %	186 62,0 %	66 22,0 %	300 100,0 %

Uz dva stupnja slobode, te razinu značajnosti 5 %, nalazimo da je hi-test $\chi^2 = 0,451$, uz pogrešku $P = 0,799$, što ukazuje da nema statistički značajne razlike u frekvenciji primanja informacija od ostalih učenika između dviju skupina ispitanika. Također nije zabilježena statistički značajna razlika ni kod željene informacijske socijalne podrške ostalih učenika, iako je i ona neznatno veća od primljene ($\chi^2 = 3,891$; $df = 2$; $P = 0,142$).

Tablica 6. Prikaz frekvencije primljene i željene informacijske podrške koju učenicima pružaju nastavnici i osoblje

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	14	113	23	150 50,0 %	14	104	32	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	38	96	16	150 50,0 %	23	89	38	150 50,0 %
ukupno	52 17,3 %	209 69,7 %	39 13,0 %	300 100,0 %	37 12,3 %	193 69,3 %	70 23,3 %	300 100,0 %

Uz razinu rizika manju od 1 % i uz dva stupnja slobode vrijednost, hi-kvadrat testa ukazuje ($x^2 = 13,716$; $P = 0,01$) da postoji statistički značajna razlika između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja primaju informacije od nastavnika i osoblja. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja biraju odgovor 1 – nikad, češće nego adolescenti s tjelesnim oštećenjem, koji češće biraju odgovor 2 i 3 (povremeno i uvijek).

Željena informacijska podrška nastavnika i osoblja među tim dvjema skupinama ispitanika nije statistički značajna ($x^2 = 3,6928$; $df = 2$; $P = 0,144$).

Tablica 7. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske socijalne podrške koju učenicima pružaju roditelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	9	11	130	150 50,0 %	5	13	132	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	2	7	141	150 50,0 %	5	6	139	150 50,0 %
ukupno	11 3,7 %	18 6,0 %	271 90,3 %	300 100,0 %	10 3,3 %	19 6,3 %	271 90,3 %	300 100,0 %

Frekvencija primljene i željene financijske socijalne podrške koju učenicima pružaju roditelji, između osnovne skupine i skupine uzoraka nije statistički značajna. To znači da je podjednak broj osoba iz jedne i iz druge skupine koji su birali iste kategorije odgovora. Kod primljene podrške hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 5,789$; $df = 2$; $P = 0,055$, dok kod željene financijske socijalne podrške uz dva stupnja slobode hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 2,759$, uz pogrešku $P = 0,251$; $P < 0,05$.

Tablica 8. Prikaz financijske primjene i željene socijalne podrške koju učenicima pružaju prijatelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	93	47	10	150 50,0 %	63	50	37	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	115	28	7	150 50,0 %	67	44	39	150 50,0 %
ukupno	208 69,3 %	75 25,0 %	17 5,7 %	300 100,0 %	130 43,3 %	94 31,3 %	76 25,3 %	300 100,0 %

Frekvencija primljene socijalne podrške koju učenicima pružaju prijatelji između osnovne skupine i skupine uzoraka statistički se značajno razlikuje uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 7,669$ uz pogrešku $P = 0,021$. Razlika se sastoji u tome da ima više adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji od prijatelja nikad ne primaju financijsku pomoć, a više adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji povremeno primaju od prijatelja financijsku potporu. Dok razlika kod željene financijske socijalne podrške prijatelja nije statistički značajna, ona je veća od primljene.

Tablica 9. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske podrške koju učenicima pružaju rođaci, braća i sestre

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	64	42	44	150 50,0 %	42	43	65	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	75	52	23	150 50,0 %	51	39	60	150 50,0 %
ukupno	139 46,3 %	94 31,3 %	67 22,3 %	300 100,0 %	93 31,0 %	82 27,3 %	125 41,7 %	300 100,0 %

Testiranje na razini značajnosti 5 % i uz dva stupnja slobode vrijednosti za hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 8,516$, uz pogrešku $P = 0,014$ ukazuje na statistički značajnu razliku kod primljene financijske podrške rođaka, braće i sestara. Razlika je uvjetovana većim brojem adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji biraju kategoriju 1 i 2 (nikad i povremeno), te većim brojem adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji biraju kategoriju 3 (uvijek). Varijabilitet kod željene financijske podrške rođaka, braće i sestara nije statistički značajan. To znači da podjednak broj osoba iz osnovne skupine i skupine uzoraka bira iste kategorije odgovora $\chi^2 = 0,558$; $df = 2$; $P = 0,756$.

Tablica 10. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske podrške koju učenicima pružaju ostali učenici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	131	17	2	150 50,0 %	122	23	4	149 49,8 %
adol. bez tj. oštećenja	137	9	4	150 50,0 %	117	26	7	150 50,0 %
ukupno	268 89,3 %	26 8,7 %	6 2,0 %	300 100,0 %	239 79,9 %	49 16,4 %	11 3,7 %	299 100,0 %

Razlika frekvencija primljene i željene financijske podrške ostalih učenika nije statistički značajna između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez tjelesnog oštećenja.

Kod primljene financijske podrške hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 3,26$, uz dva stupnja slobode i pogrešku $P = 0,159$, dok kod željene financijske podrške uz dva stupnja slobode i pogrešku od $P = 0,576$, hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 1,103$.

Tablica 11. Prikaz frekvencije primljene i željene financijske podrške koju učenicima pružaju osoblje i nastavnici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	121	21	8	150 50,0 %	108	31	10	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	140	9	1	150 50,0 %	126	14	10	150 50,0 %
ukupno	261 87,0 %	30 10,0 %	9 3,0 %	300 100,0 %	234 78,3 %	45 15,1 %	20 6,7 %	300 100,0 %

Razlika kod primljene financijske podrške koju učenicima pružaju osoblje i nastavnici statistički je značajna uz razinu rizika manju od 1 %, te su dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 11,627$, uz pogrešku $P = 0,002$. Razlika je uvjetovana time što je više zdravih koji biraju kategoriju nikad (46,6 %), dok kategoriju povremeno i uvijek više biraju adolescenti s tjelesnim oštećenjem (10 %).

Željena financijska podrška osoblja i nastavnika također se statistički značajno razlikuje uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 7,803$, uz pogrešku $P = 0,20$. Do razlike je došlo prvenstveno zbog toga što je više adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji biraju kategoriju nikad, a više adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji biraju kategoriju povremeno.

Tablica 12. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju roditelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	9	48	93	150 50,0 %	6	30	114	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	21	58	71	150 50,0 %	13	47	90	150 50,0 %
ukupno	30 10,0 %	106 35,3 %	164 54,7 %	300 100,0 %	19 6,3 %	77 25,7 %	204 68,0 %	300 100,0 %

Kod primljene i željene emocionalne socijalne podrške roditelja razlika je statistički značajna. Do razlike dolazi jer adolescenti bez tjelesnog oštećenja biraju više kategoriju nikad i povremeno, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem kategoriju uvijek. Kod primljene emocionalne podrške roditelja testiranje je izvršeno uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 8,694$, uz pogrešku $P = 0,012$. Kod željene emocionalne podrške hi-kvadrat test proveden je također uz razinu rizika manju od 5 %, a iznosio je $\chi^2 = 9,155$, uz pogrešku $P = 0,010$.

Tablica 13. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju prijatelji

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	8	57	85	150 50,0 %	7	46	97	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	19	41	90	150 50,0 %	17	37	96	150 50,0 %
ukupno	27 9,0 %	98 32,7 %	175 58,3 %	300 100,0 %	24 8,0 %	83 27,7 %	193 64,3 %	300 100,0 %

Kod primljene emocionalne podrške prijatelja razlika između adolescenata bez tjelesnog oštećenja i adolescenata s tjelesnim oštećenjem statistički je značajna uz razinu rizika od 5 % i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 7,236$, uz pogrešku $P = 0,026$. Do razlike dolazi jer zdravi biraju češće kategoriju nikad, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem kategoriju povremeno. Razlike su relativno male u kategoriji nikad. Razlika kod željene emocionalne podrške prijatelja između dvije skupine uzoraka nije statistički značajna ($\chi^2 = 5,147$; $df = 2$; $P = 0,076$).

Tablica 14. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne podrške koju učenicima pružaju rođaci, braća i sestre

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	22	75	53	150 50,0 %	25	50	75	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	52	65	33	150 50,0 %	46	56	48	150 50,0 %
ukupno	74 24,7 %	140 46,7 %	86 28,7 %	300 100,0 %	71 23,7 %	106 35,3 %	123 41,0 %	300 100,0 %

Uz razinu rizika od 1 % i dva stupnja slobode, razlika između primljene i željene emocionalne podrške rođaka, braće i sestara statistički je značajna. Kod primjene emocionalne podrške hi-kvadrat test iznosi $x^2 = 17,527$, uz pogrešku $P = 0,001$, dok je kod željene emocionalne podrške $x^2 = 12,477$, uz pogrešku $P = 0,001$.

Tablica 15. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju ostali učenici

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	81	61	8	150 50,0 %	94	51	5	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	105	42	3	150 50,0 %	99	44	7	150 50,0 %
ukupno	186 62,0 %	103 34,3 %	11 3,7 %	300 100,0 %	193 64,3 %	95 31,7 %	12 4,0 %	300 100,0 %

Primljena emocionalna podrška ostalih učenika kod dvije skupine uzoraka statistički je značajna uz razinu rizika od 5 % ($x^2 = 8,874$; $df = 2$; $P = 0,011$). Razlika je primarna zato što je više adolescenata bez tjelesnog oštećenja koji biraju kategoriju 1, a više adolescenata s tjelesnim oštećenjem koji biraju kategoriju 2 i 3.

Željena emocionalna podrška ostalih učenika nije statistički značajna ($x^2 = 0,978$; $df = 2$; $P = 0,613$). To znači da je podjednak broj osoba iz jedne i druge skupine birao kategorije jednakih odgovora.

Tablica 16. Prikaz frekvencije primljene i željene emocionalne socijalne podrške koju učenicima pružaju nastavnici i osoblje

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	57	80	13	150 50,0 %	57	77	16	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	117	30	2	149 49,8 %	105	37	8	150 50,0 %
ukupno	174 58,2 %	110 36,80 %	15 5,0 %	299 100,0 %	162 54,0 %	114 38,0 %	24 8,0 %	300 100,0 %

Primljena i željena emocionalna podrška nastavnika i osoblja između dviju skupina ispitanika statistički se značajno razlikuje, uz razinu rizika koji je puno manji od 1 %. Razlika je nastala jer su adolescenti bez tjelesnog oštećenja češće birali kategoriju 1, dok su adolescenti s tjelesnim oštećenjem češće birali kategoriju 2 i 3. Kod primjene emocionalne podrške hi-kvadrat iznosi $x^2 = 51,480$, a kod željene emocionalne podrške $x^2 = 30,923$.

Tablica 17. Prikaz frekvencije uobičajenog i željenog druženja s roditeljima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	10	97	43	150 50,0 %	8	40	102	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	15	107	28	150 50,0 %	9	172	69	150 50,0 %
ukupno	25 8,3 %	204 68,0 %	71 23,7 %	300 100,0 %	17 5,7 %	112 37,3 %	171 57,0 %	300 100,0 %

Kod uobičajenog druženja s roditeljima ne postoji statistički značajna razlika ($x^2 = 4,659$; $df = 2$; $P = 0,097$).

Želju za druženjem s roditeljima pokazuju i adolescenti bez tjelesnog oštećenja i adolescenti s tjelesnim oštećenjem. Razlika između jednih i drugih je statistički značajna uz rizik manji od 1 % ($x^2 = 15,570$; $df = 2$; $P = 0,042$). Razlika je nastala jer adolescenti bez tjelesnog oštećenja češće biraju kategoriju 2, tj. povremeno druženje

s roditeljima, dok adolescenti s tjelesnim oštećenjem češće biraju kategoriju 3, tj. željeli bi da im roditelji uvijek prave društvo.

Tablica 18. Prikaz frekvencije uobičajenog i željenog druženja s prijateljima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	1	31	118	150 50,0 %	3	19	128	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	3	20	127	150 50,0 %	3	14	133	150 50,0 %
ukupno	4 1,3 %	51 17 %	245 81,7 %	300 100,0 %	6 12,0 %	33 11,0 %	261 87,0 %	300 100,0 %

Frekvencija druženja s prijateljima između osnovne skupine i skupine uzoraka nije statistički značajna ($\chi^2 = 3,703$; $df = 2$; $P = 0,156$). Želja za druženjem s prijateljima kod adolescenata bez tjelesnog oštećenja i adolescenata s tjelesnim oštećenjem također nije podjednaka, tj. razlika nije statistički značajna ($\chi^2 = 0,853$; $df = 2$; $P = 0,652$).

Tablica 19. Prikaz frekvencija uobičajenog i željenog druženja s rođacima, braćom i sestrama

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	10	101	39	150 50,0 %	11	36	103	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	18	88	44	150 50,0 %	14	47	89	150 50,0 %
ukupno	28 9,3 %	189 63,0 %	83 27,7 %	300 100,0 %	25 8,3 %	83 27,7 %	192 64,0 %	300 100,0 %

Frekvencija uobičajenog i željenog druženja s rođacima, braćom i sestrama među dvjema skupinama ispitanika nije statistički značajna. Uz 95 %-tni interval pouzdanosti i dva stupnja slobode, hi-kvadrat test kod primljenog druženja iznosio je $\chi^2 = 3,481$, uz pogrešku $P = 0,175$, dok je kod željenog druženja iznosio $\chi^2 = 2,838$, uz pogrešku $P = 0,241$.

Tablica 20. Prikaz frekvencije primljenog i željenog druženja s drugim učenicima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	23	109	17	149 49,8 %	19	108	23	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	25	102	23	150 50,0 %	22	90	38	150 50,0 %
ukupno	48 16,1 %	211 70,6 %	40 13,4 %	299 100,0 %	41 13,7 %	198 66,0 %	61 20,3 %	300 100,0 %

Uz razinu rizika u 5 % i dva stupnja slobode, razlika u podacima o uobičajenom druženju s drugim učenicima nije statistički značajna. Hi-kvadrat test iznosi $\chi^2 = 1,212$, uz pogrešku $P = 0,545$. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja i adolescenti s tjelesnim oštećenjem pokazuju podjednaku želju za druženjem s ostalim učenicima. Razlika također nije statistički značajna ($\chi^2 = 5,544$; $P = 0,62$).

Tablica 21. Prikaz frekvencije uobičajenog i željenog druženja s osobljem i nastavnicima

skupine	primljena soc. podrška			ukupno	željena soc. podrška			ukupno
	nikad	povrem.	uvijek		nikad	povrem.	uvijek	
adolescenti s tjelesnim oštećenjem	31	107	17	150 50,0 %	25	104	21	150 50,0 %
adol. bez tj. oštećenja	79	65	6	150 50,0 %	67	68	15	150 50,0 %
ukupno	110 36,7 %	172 57,3 %	18 6,0 %	300 100,0 %	92 30,7 %	172 57,3 %	36 12,0 %	300 100,0 %

Uz interval pouzdanosti od 99 % i 2 stupnja slobode, druženje s osobljem i nastavnicima statistički se značajno razlikuje ($\chi^2 = 33,201$), razlika je prisutna stoga što adolescenti bez tjelesnog oštećenja više biraju kategoriju 1, a invalidi kategoriju 2 i 3.

Frekvencija željenog druženja s nastavnicima i osobljem također se, među dvjema skupinama, statistički značajno razlikuje (hi-kvadrat 27,708).

Rasprava

Percipirana potreba i percipirana dostupnost socijalne podrške je kritički intervenirajući čimbenik u odnosu socijalne podrške i zdravlja. Percepcija potrebe i dostupnosti socijalne podrške ima veći utjecaj na zdravlje, nego stvarna potreba i dostupnost (Gibson, 1994.). Neka istraživanja pokazuju da je slaba socijalna podrška posljedica lošeg zdravlja, pa je prema tome i mortalitet posljedica lošeg zdravlja, a ne slabe socijalne podrške (Parker i sur., 1992.). Slaba socijalna podrška i mreža socijalnih kontakata mogu dovesti osobu u socijalnu izolaciju. To može rezultirati tjelesnim simptomima kojima osoba na neprilagođen način traži pomoć, pokušava privući pozornost drugih na sebe ili pokušava kontrolirati druge (Cohen, (1990.).

Rezultati pokazuju da se adolescenti s tjelesnim i adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne razlikuju u frekvenciji primljenih informacija od roditelja, rođaka, braće, sestara i ostalih učenika. Razlika u primanju informacija postoji prema onima koje daju prijatelji, te nastavnici i osoblje, s tim da adolescenti bez tjelesnog oštećenja primaju informacije od prijatelja, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem od nastavnika i osoblja.

U frekvenciji željene informacijske podrške ne postoji razlika između podrške koju u tom smislu pružaju prijatelji, rođaci, braća i sestre, ostali učenici te nastavnici i osoblje.

Razlika postoji jedino u željenoj informacijskoj podršci roditelja, s tim da bi adolescenti bez tjelesnog oštećenja željeli povremeno dobivati informacije od roditelja, a adolescenti s tjelesnim oštećenjem željeli bi to uvijek.

Obitelj se obično smatra skupinom privrženih pojedinaca koji podrškom štite svoje članove od stresnih događaja ili ublažavaju stres kod onih članova koji su ga doživjeli. Međutim, pokazuje se da sama obitelj može biti, i često jest, najvažniji izvor stresa za velik broj ljudi (Fosson, 1988.).

Naši ispitanici traže slobodnu, a ne prisilnu informacijsku podršku, hoće promjene koje će sami iznutra razvijati, a ne one koje će im biti izvana nametnute.

Smanjena želja adolescenata bez tjelesnog oštećenja za primanjem informacija od roditelja posljedica je njihove obrane i borbe protiv roditeljskih nametnutih ograničenja. Oni traže vlastitu, a ne nametnutu budućnost, svoju a ne njihovu sreću, svoj a ne njihov život.

Treba imati na umu da su naši ispitanici adolescenti, dakle u životnom razdoblju najintenzivnijeg traganja za vlastitim integritetom (Erikson, 1959.) i u fazi odvajanja od roditelja (Stierlin, 1975.). Individualizacija zahtijeva, ali i omogućuje razinu

povezanosti, uz samodiferencijacije i samorazgraničavanje, zato adolescenti bez tjelesnog oštećenja žele što manje primati informacije, da bi osigurali brži razvoj vlastitog identiteta i odvajanje od roditelja. Kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem zbog promjene tjelesnog razvoja dolazi do ugrožavanja osobnog integriteta, poticanja defenzivnog ponašanja i zatvaranja u sebe, pa je i primanje informacija više usmjereno na osobe koje im pružaju konkretnu zaštitu i pomoć, tj. na roditelje, osoblje, nastavnike, a manje na prijatelje. Brajša je došao do zaključka da se suradnja i sporazumijevanje mogu razvijati jedino unutar slobodne i neugrožavajuće obiteljske komunikacije, koja održava obiteljsko zajedništvo i individualni integritet članova obitelji (Brajša, 1986.).

Adolescenti s tjelesnim oštećenjem i adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne razlikuju se u frekvenciji primljene financijske podrške roditelja ostalih učenika. Razlika postoji u frekvenciji primljene financijske podrške prijatelja, rođaka, braće, sestara te osoblja i nastavnika. Razlika se sastoji u tome da adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne primaju financijsku pomoć od njih, dok je adolescenti s tjelesnim oštećenjem primaju povremeno ili uvijek. U frekvenciji željene financijske podrške roditelja, prijatelja, rođaka, braće i sestara i ostalih učenika razlika ne postoji, postoji samo razlika u pomoći osoblja i nastavnika, s tim da adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne žele financijsku podršku, dok je invalidi povremeno žele.

Kod adolescenata s tjelesnim oštećenjem česte su depresija, potištenost, tjeskoba, fobičnost, nepovjerenje, stid, samosažaljenje, zabrinutost, neadekvatne kompenzacijske ambicije, osjećaj manje vrijednosti, frustracije, agresije i sklonosti konfliktima. Ti činioci bitno utječu na smanjenje motivacije za ljudsko dostojanstvo, pa je u tom smislu potrebno veliko stručno, pa i ljudsko umijeće, te angažman uže i šire okoline, u pridobivanju takve osobe za suradnju i stjecanje njegovog povjerenja. Zbog toga njihov odnos s roditeljima, rodbinom, prijateljima i bližom okolinom zna često biti prožet notom sažaljenja i pretjerane pažnje. Adolescenti s tjelesnim oštećenjem doživljaj tog odnosa stavljaju u kontekst intimnosti koja ih dovodi do afektivne povezanosti, što je uočljivo u rezultatima financijske potpore, koje se općenito percipira kao osjetljivo područje.

Rezultati indirektno otkrivaju da su, osim podrške na razini financija, prisutne i druge vrste podrške - ljudskosti, slušanja, suosjećanja, pažnje i razumijevanja. Kod adolescenata bez tjelesnog oštećenja primanje financijske potpore, osim roditeljske, predstavlja nelagodu, iako bi je željeli proširiti na osobe s kojima su krvno ili emocionalno povezane.

Adolescenti s tjelesnim oštećenjem ne razlikuju se od adolescenata bez tjelesnog oštećenja u frekvenciji primljene emocionalne podrške rođaka, braće, sestara. Razli-

ke postoje u pomoći roditelja, prijatelja, ostalih učenika, nastavnika i osoblja, prvenstveno u tome što adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne primaju od njih emocionalnu podršku, dok je adolescenti s tjelesnim oštećenjem primaju povremeno ili uvijek. U frekvenciji željene emocionalne socijalne podrške razlika u pomoći rođaka, braće, sestara, ostalih učenika i prijatelja ne postoji, uočljiva je samo razlika u pomoći roditelja, osoblja i nastavnika. Do razlike dolazi jer adolescenti bez tjelesnog oštećenja manje žele od njih emocionalnu podršku, dok je adolescenti s tjelesnim oštećenjem žele češće. Spoznaja o tjelesnom oštećenju izaziva strahove, tjeskobu, nemogućnost prihvaćanja sebe. Ta slika zbilje izazvana je međuovisnošću bioloških, socijalnih i duhovnih faktora i dovodi do egzistencijalne napetosti. Tako tjelesno oštećenje stavlja ispred ostalih napora nove napore da prilagodi sebe i svoju okolinu na invalidnost (Fishman, 1987.). Ima nekih razmišljanja da odbacivanje osobe s invalidnosti znači istovremeno i odbacivanje vlastitog straha da bismo i sami jednog dana mogli postati invalidi. Reprezentacija "selfa" stoji pod snažnim utjecajem slike tijela, koja je usko povezana s uspostavljanjem ravnoteže i ima velik utjecaj na relacije koje pojedinca čine bio-psiho-socijalnim i duhovnim bićem. Šira i uža okolina svojom emocionalnom podrškom mogu dovesti do transformacije stavova vezanih uz egzistencijalne vrijednosti.

Budući da je adolescencija sukob između punine iskonskoga nepatvorenog života i njegova svođenja u stegu krutih zakonitosti koje sputavaju duh, onda je emocionalna podrška koju adolescenti s tjelesnim oštećenjem primaju i žele primiti od uže i od šire okoline potreba kojom se pokušava smanjiti egzistencijalna anksioznost, dok je adolescenti bez tjelesnog oštećenja manje primaju i manje žele, jer su vjerojatno manje u kontaktu sa složenim pitanjima koja nameće osjećajni život. Što se tiče uobičajenog i željenog druženja s roditeljima, prijateljima, rođacima, braćom i sestrama i ostalim učenicima, rezultati ne pokazuju razliku između adolescenata s tjelesnim oštećenjem i adolescenata bez njega. Frekvencija druženja pokazuje razliku u druženju s osobljem i nastavnicima, s tim da se adolescenti bez tjelesnog oštećenja ne druže i ne žele družiti s njima, dok se adolescenti s tjelesnim oštećenjem druže i žele se družiti.

Dobiveni rezultat ukazuje na činjenicu da su adolescenti s tjelesnim oštećenjem uključeni u bio-psiho-socijalnu, duhovnu i profesionalnu rehabilitaciju, te da su više upućeni na traženje svih vrsta pomoći nastavnika i osoblja, što stvara topliji odnos, pa je i razumljivije češće međusobno druženje i želja za njim. Adolescenti bez tjelesnog oštećenja taj odnos stavljaju u okvire dužnosti i obaveza, što ih postavlja u kontekst racionalno organiziranog života, pa se manje druže i imaju manju želju za tim.

Zaključak

Rezultati pokazuju da adolescenti s tjelesnim oštećenjem svoje oštećenje nastoje kompenzirati socijalnom podrškom, oni je primaju i žele više nego zdravi adolescenti, pa će njihovi stavovi i iskustva prema kategoriji tjelesnog oštećenja biti onakvi kako ih okolina dopusti i usmjeri.

Očito je da im funkcija socijalne podrške pomaže da ostvare zavidnu razinu pozitivne sposobnosti u nošenju s kategorijom tjelesnog oštećenja kroz svakodnevne situacije. Percipirana adekvatnost dostupne socijalne podrške od adolescenata s tjelesnim oštećenjem nesvjesno razvija kod njih "samosvjesnost", tj. svijest da ono što rade može dovesti do željenog rezultata. Prema tome, ovi rezultati pokazuju da adekvatna socijalna podrška može utjecati na dobro osjećanje.

Rezultati dobiveni samoprocjenom stupnja socijalne podrške, prema kojem adolescenti s tjelesnim oštećenjem više primaju socijalnu podršku i više je žele nego adolescenti bez tjelesnog oštećenja, također otkrivaju novu nepoznatu činjenicu.

LITERATURA

1. Barrera, M., Jr. (1981): *Social support in the adjustment of pregnant adolescents: assessment issues*. In B. H. Gottlieb (ed.). *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.
2. Brajša, P. (1986): *Teoretski koncept istraživanja kvalitete obiteljskog života u vezi utjecaja na pojavu poremećaja ponašanja djece i omladine*. Zavod grada Zagreba za socijalni rad, Zagreb.
3. *Journal of Research*, 6, 1, 21-32.
4. Caplan, G. (1974): *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
5. Cassel, J. C. (1976): *The contribution of the social environment to host resistance*. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
6. Cohen, G. D. (1990): *Psychopathology and mental health in the mature and elderly adult*. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.) *Handbook of the psychology of ageing* (359-371). San Diego: Academic press.
7. Cohen, S. i Wills, T. A. (1985): *Stress, social support and the buffering hypothesis*. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
8. Despot Lučanin, J. (1991) *Ličnost starije osobe i prilagodba na rat*. U: M. Krizmanić, G. Fučkar, M. Havelka, A. Barath i V. Kolesarić (ur.) *Psihologija i psiholozi u obrani domovine* (69-72). Zagreb: Viša medicinska škola.
9. Drench, M. E. (1994): *Changes in body image secondary to disease and injury* *Rehabilitation Nursing*. 19 (1):31-6.
10. Erikson, E. H. (1959): *Identität und Lebenszyklus*, Suhrkamp. Frankfurt am Main.
11. Fiori, J., Becker, J. & Coppei, D. B. (1983): *Social network interactions: A buffer or a stress?* *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.

12. Fishman, B., Loscalzo, M. (1987): *Cognitive-behavioral intervention in cancer pain management: Principles in application*. In: Payne R., Foley K. M. (eds.) Medical clinics of North America. Philadelphia: W. B. Sanders.
13. Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., Novacek, J. (1987) *Age differences in stress and coping processes*. Psychology and Aging, 2, 171-184.
14. Fosson, A. (1988) Family stress. U: S. Fisher i J. Reason (ur.): *Handbook of life stress, cognition and health* (161-174). Chichester: John Wiley and Sons.
15. Franks, A. (1990): *Bringing bodies back in: A decade review*. Theory, Culture and Society 7, 131-62.
16. Ganster, D. C., Victor, B., (1988): *The impact of social support on mental and physical health*. British Journal of Medical Psychology, 61; 17-36.
17. Gibson, R. C. (1994.): *The age-by-race gap in health and mortality in the older population: a social science research agenda*. The Gerontologist, 34, 4, 454-462.
18. Goffman, E. (1963) Stigma: Notes of Management of Spoiled Identity, Englewood Cliffs,N.J.:Prentice Hall, 1963
19. Gore, S. (1981): *Social support and styles of coping with stress*. In. S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), Social support and health (pp. 263-280). New York: Academic Press. New York: Prodist.
20. Gottlieb, B. H. (ed.) (1981): *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
21. Hobfoll, S. E., Leiberman, J. R. (1987): *Personality and social resources immediate and continued stress resistance among women*. Journal of Personality and Social Psychology 52; 18-26.
22. Hobfoll, S. E., Leman, M., (1988): *Personal relationship, personal attributes and stress resistance: Mothers reactions to their child's Unease*. American Journal of
23. House, J. S. (1981): *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
24. Jemmott, J. B., III & Locke, S. E. (1984): *Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know?* Psychological Bulletin, 95, 78-108.
25. Lazarus, R. S. (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw - Hill.
26. Matthews, K. A., Avis, N. E., (1982): *Psychologists in schools of public health current status, future prospects and implication for other health settings*. American Psychologist, 37; 949-542.
27. Parker, M. G., Thorslund, M., Nordstrom, M. (1992): *Predictors of mortality for the oldest old. A 4-year follow-up of community-based elderly in Sweden*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 14, 227-237.
28. Rook, K. S. (1984): *The negative side of social interaction. Impact on psychological well-being*. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1097-1108.
29. Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (eds.) (1985): *Social support: Theory, research and applications*. The Hague. The Netherlands Martinus Nijhof.
30. Stierlin H. (1975.): *Eltern und Kinder im Prozess der Ablosung*. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
31. Straton I. (1992.): *The Young Ones. Working Class culture, consumption and the category of youth*. Perth: Black s wan.
32. Turner R. J., Noh, S. (1988): *Physical disability and depression: a longitudinal analysis*. J. Hlth soc. Behav. 29, 23.
33. Turner, B. S. (1992): *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.

Silvana Karačić

Social support to adolescents with physical injury

ABSTRACT

Social support as a means of interaction with other people involves the perception of the received help. This is important because of person's feeling that in a crisis or stressful situation one can count on the advice, information, instrumental help or understanding of other people. This feeling that we can expect help from others can affect the formation of positive self-image.

The purpose of the research was to establish existing difference in the social support between the adolescents with physical disabilities who are in boarding accommodation covered by vocational rehabilitation and the adolescents without physical disabilities placed in a boarding school in Zagreb.

The study included 150 adolescents with physical disabilities and 150 healthy adolescents in boarding schools in Zagreb modified Lučanin - Despot social support questionnaire were used in measurement.

The results also show that adolescents with physical handicap try to compensate their physical damage by means of social support; they accept it and look for it more than the healthy adolescents. Therefore, their attitudes and experience related to their physical disabilities will be such as the society permits and directs.

Jasminka Pavelić*, Katja Rozman

Sijamski blizanci – od slučaja do slučaja

SAŽETAK

Sijamski se blizanci rađaju spojeni različitim dijelovima tijela. U nekim je slučajevima kirurško razdvajanje moralno dopustivo, a u nekim slučajevima nije. Zato svaki slučaj treba promatrati zasebno i donositi odluke za upravo taj slučaj. Ponekad je odluka jednostavna, ali u nekim slučajevima nije. Uvijek se donosi nakon konzultacija s roditeljima i medicinskim osobljem uključenim u rješavanje problema, vodeći računa o poštovanju ljudskog života. Donošenje odluka kompliciraju i etički problemi koji uključuju privatnost bolesnika, razmjestaj organa koji su zajednički za oba blizanca i, u nekim slučajevima, nužnost žrtvovanja jednog blizanca da bi se spasio život drugom. U radu je prikazano nekoliko slučajevima koji vrlo dobro osvjetljavaju moralne i etičke nedoumice vezane uz razdvajanje sijamskih blizanaca.

Ključne riječi: sijamski blizanci, kirurško razdvajanje, medicinska etika, pravo

Uvod

U većini začeca jedan spermij oploduje jednu jajnu stanicu, što, nakon uredne trudnoće, rezultira rođenjem jednog novorođenčeta, muškog ili ženskog spola. Nešto rjeđe događaju se slučajevi da tijekom začeca dva spermija oplode svaki po jednu jajnu stanicu; tada se rađaju dvojajčani blizanci, istog ili različitog spola (2 % slučajeva novorođenih). Jednojajčani (identični) blizanci još su rjeđa pojava (0,2 % novorođenih); rađaju se nakon što jedan spermij oplodi jednu jajnu stanicu, a nastala se zigota, iz još nepoznatih razloga, veoma rano tijekom embrionalnog razvoja (13. do 15. dana) podijeli na dva dijela. Ako dioba zigote nije potpuna, rađaju se sijamski

* Adresa za korespondenciju: Jasminka Pavelić, Institut "Ruder Bošković", Bijenička 54, HR - 10 000 Zagreb, e-mail: jpavelic@irb.hr

blizanci koji dijele amnionsku šupljinu, placentu, i, najvažnije, neke dijelove tijela ili organe – rađaju se srasli pojedinim dijelovima tijela. Ovo je rijetka pojava. Nepotpuno razdvajanje zigote događa se jednom na 100.000 začeca, tj. jednom u 200 jednojajčanih trudnoća. Učestalost je nešto veća u Indiji i Africi.¹

No, otprilike 40 do 60 % sijamskih blizanaca rađa se prerano (zato i umire), a 35 % živorođenih preživljava samo jedan dan. Duže preživljenje sijamskih blizanaca iznosi 1 na 200.000 živorođenih. Živorođeni sijamski blizanci znatno su češće ženskog nego muškog spola (3:1).

Tipovi sijamskih blizanaca

Postoji cijeli niz različitih tipova srastanja sijamskih blizanaca. Klasificiraju se temeljem najizraženijeg dijela tijela kojim su srašteni i sufiksa *-pagus* (grčki – srašten).² Najčešće su spojeni prsima (tzv. *thoracopagus*; 35 % slučajeva). Ovakvi blizanci imaju zajedničko srce, pa ih je nemoguće odvojiti tako da oboje ostanu živi. Obično žive 7 godina.

U 30 % slučajeva blizanci su spojeni trbušnim dijelom u području pupka (*omphalopagus*). Imaju zajedničku jetru i dio probavnog sustava, ali ne i srce. Razdvajanje je obično uspješno, jer jetra ima sposobnost regeneracije. Blizanci spojeni prsnom košti (*xiphopagus*) javljaju se u 3 % slučajeva. Nemaju zajedničkih organa, pa je razdvajanje relativno lako. Blizanci spojeni donjim dijelom zdjelice i kralješnice, u ravnoj liniji (*ischiopagus*), javljaju se učestalošću od oko 6 %. Razdvajanje je relativno uspješno. Blizanci mogu biti spojeni i cijelim tijelom, osim glavom (*parapagus*); obično imaju 2 noge i 2 - 4 ruke; ako imaju zasebna srca, mogu dugo živjeti zajedno – odvajanje je nemoguće. U blizanaca spojenih glavom (*craniopagus*) razdvajanje je vrlo riskantno, jer obično imaju zajedničke dijelove mozga. Poseban oblik sijamskih blizanaca su parazitski blizanci - jedan je blizanac jako slabo razvijen i potpuno ovisi o drugom. *Fetus in fetu* oblik blizanaca su slučajevi kada se jedan blizanac nalazi u tijelu drugog. Osim spomenutih, postoji još cijeli niz različitih oblika srastanja, ali je njihovo nabranje za potrebe ovog teksta nepotrebno.

Historijat

U davnini, sijamski su blizanci smatrani kobnim predznakom budućnosti, odnosno Božjom kaznom za slabosti čovjeka. Sve do sredine 19. stoljeća čak su ih i liječnici nazivali monstrumima.³

Prvi zapis o sijamskim blizancima potječe iz starog Egipta, no prvi dobro dokumentiran opis sijamskih blizanca potječe iz Engleske. To je zapis o tzv. Biddenden djevicama, tj. Mary i Elizi, rođenim 1100. godine. Spojene bedrima i ramenima živjele

su do 34. godine života. Nakon što je Mary iznenada oboljela i preminula, Eliza je odbila razdvajanje rečenicom: "Kao što smo došle zajedno, tako ćemo zajedno i otići". Umrla je 6 sati nakon sestre. Nakon njihove smrti, crkva je naslijedila jedan manji imetak, pa je u znak zahvalnosti uveden običaj, koji se i danas njeguje, spravljanja malih kolačića s likom sestara, a koji se daruju siromašnima na uskrсну nedjelju.^{3,4} Prvo uspješno kirurško razdvajanje načinjeno je u 15. stoljeću. Dvije sestre spojene glavom živjele su tako do desete godine. Nakon što je jedna umrla, odvojena je od druge sestre, no, iako je operacija bila uspješna, i druga je sestra kasnije umrla. U 17. stoljeću razdvojene su dvije sestre spojene pupčanim krvotokom. Operacija je bila uspješna i obje su sestre preživjele.²

Najpoznatiji muški sijamski blizanci su Chang i Eng Bunker (rođeni u Tajlandu 1811. godine, tadašnji Siam). Naziv sijamski blizanci potječe upravo od njih, nakon što su kao tinejdžeri napustili Tajland i stekli, baveći se cirkuskim pozivom, internacionalnu slavu. Bili su spojeni donjim dijelom prsa uskom prokrvljenom trakom koja je povezovala njihove jetre. Oženili su se i izrodili 19-tero djece. Umrli su u 63. godini života.⁵

Najstarije, sada već pokojne, sijamske blizanke doživjele su 61 godinu i zvale su se Millie i Christine McCoy. Umrle su 1912. godine u SAD-u.

Najstariji živi muški i ženski nerazdvojeni sijamski blizanci su Ronnie i Donnie Galyon (*omphalopagus*, rođeni 1952. u SAD-u), odnosno Lori i Reba Schappel (*craniopagus*, rođene 1961. u SAD-u).

Posebno je zanimljiv podatak o najstarijoj, nakon kirurškog zahvata preživjeloj sijamskoj blizanki. To je Josephine Hinojosa, koja je umrla u 99-oj godini života.

Prema podacima iz 2008. godine, u svijetu je zabilježeno 1.382 para sijamskih blizanaca. Danas, međutim, još uvijek nerazdvojenih, ima 20-ak parova.

Kirurško odvajanje

Kirurško odvajanje sijamskih blizanaca opasan je i delikatan zahvat, stoga je odluka o razdvajanju veoma ozbiljno pitanje. Smrtnost nakon razdvajanja varira, ovisno o tipu i načinu njihove povezanosti. Primjerice, blizanci spojeni završetkom kralješnice imaju 68 % šansu uspješnog odvajanja, dok je u slučajevima blizanaca koji imaju zajedničko srce uspješno odvajanje nemoguće.²

Uspješnost kirurškog razdvajanja raste iz godine u godinu. Prema današnjim procjenama, oba su blizanca preživjela razdvajanje u 67 % slučajeva, jedan je preživio u 21 % slučajeva, a oba su preminula u 12 % slučajeva, no u većini slučajeva jedan će od razdvojenih blizanaca imati neki oblik invalidnosti, fizički ili mentalni.⁶

U nekim slučajevima sijamskih blizanaca moralno je dopustivo odvojiti ih kirurškim zahvatom, ali ne u svim slučajevima. Svaki slučaj treba razmatrati zasebno i, naravno, donijeti individualnu odluku o razdvajanju ili ne. Cjelokupno razmatranje slučaja, odluka o razdvajanju ili ne, i eventualni ishod, mora biti vođen najdubljim poštovanjem za ljudski život. Odluke, međutim, kompliciraju etički problemi koji uključuju privatnost bolesnika, odluku kojem blizancu dodijeliti pojedini organ i, naravno, u slučajevima gdje je to nužno, odluku o tome da se jedan blizanac žrtvuje da bi drugi preživio.

Etička i moralna razmatranja

Rođenje hendikepiranog djeteta ogroman je teret za sve roditelje. Tek s godinama, srdžba, žaljenje i krivnja mogu poprimiti podnošljive oblike. No rođenje sijamskih blizanaca u svim aspektima nadilazi "muke" rođenja samo jednog hendikepiranog novorođenčeta. Za roditelje je to najčešće porazan događaj, kada na scenu stupaju principi medicinske, sociološke, etičke, pravne i moralne prirode. U središtu ove veoma "skliske" scene u brojnim se slučajevima pojavljuje jedno osnovno etičko pitanje. Je li opravdano žrtvovati život jednog blizanca da bi se sačuvalo život drugog? Veoma su rijetki slučajevi kada je odgovor na dilemu jasan (kao npr. u slučajevima parazitskih blizanaca ili *fetus in fetu*). Najčešće već izmučeni roditelji trebaju napraviti strašan izbor – trebaju li umrijeti oba djeteta ili samo jedno? Odgovor na posljednje pitanje donosi još strašniju odluku - koje?⁷

Osim spomenutog, rođenje sijamskih blizanaca otvara i niz drugih etičkih i moralnih razmatranja, poput sljedećih: 1) Jesu li sijamski blizanci jedna ili dvije osobe? 2) Je li zahtjev njihovih roditelja za razdvajanjem dovoljan da se razdvajanju i pristupi? 3) Što se smatra najvišim prihvatljivim medicinskim rizikom za razdvajanje blizanaca? 4) Smije li slabiji blizanac, ili onaj koji ugrožava život drugog, biti žrtvovan da bi se spasio život drugog? 5) Kako odrediti razumne mogućnosti uspjeha razdvajanja? 6) Kakva će biti kvaliteta života nakon odvajanja – za jednog ili oba blizanca? 7) Treba li pristupiti razdvajanju ako se unaprijed zna da će samo jedan blizanac preživjeti? 8) Razdvajanje je vrlo zahtjevno – tko ga treba provesti? Treba li poslati blizance u centre izvrsnosti? 9) Ako su šanse za razdvajanje dobre, a roditelji odbijaju razdvajanje, treba li primijeniti pravnu prisilu?⁸

Evo odgovora (komentara) na neka od ovih pitanja.

Potpuni sijamski blizanci, koji imaju svaki svoje vitalne organe, smatraju se dvjema osobama i dobri su kandidati za razdvajanje. *Polupotpuni* sijamski blizanci imaju zasebne glave i srca, ali dijele neke druge dijelove tijela, kao što su npr. bubrezi, jetra, ili jedan par nogu. I oni se smatraju odvojenim osobama. I njihovo je razdvajanje moguće. *Nepotpuni* sijamski blizanci su oni kojima dvije glave rastu iz istog tijela.

Oni se također smatraju dvjema osobama, no razdvajanje je nemoguće i kao takvi moraju provesti cijeli život. *Parazitski blizanci* smatraju se jednom osobom. Ovo su slučajevi kada je jedan blizanac potpuno razvijen i živ, a drugi nepotpuno razvijen, često bez mozga. Može imati oblik i samo dodatnog ekstremiteta. Život mu potpuno ovisi o razvijenom blizancu.

Prihvaćena medicinska stajališta su sljedeća. U slučaju kada oba blizanca imaju potpuni set vitalnih organa (mozak, srce, pluća itd.), žrtvovanje jednog (da bi drugi preživio) nije medicinski dopušteno. U slučaju parazitskih blizanaca, kada jedan ugrožava život drugog, parazitski blizanac smije biti odstranjen.

Odgovori na većinu ostalih pitanja međusobno su isprepleteni, pa se moralni i etički aspekti razdvajanja trebaju razmatrati od slučaja do slučaja, svaki zasebno.

Razdvajanje – odrasle osobe same donose odluku

Ladan i Laleh Bijani, Iranke stare 29 godina, bile su spojene bočnim dijelom glave (*cranopagus*). Imale su zajedničku venu mozga. Obje su završile pravo. Ladan je željela biti odvjetnica u rodnom gradu, a Laleh novinarka u Bagdadu. Inzistirale su na razdvajanju, vjerojatno radi profesionalnih želja (ali možda i zato da se konačno vide licem u lice, a ne samo u ogledalu). Zahvat je konačno učinjen, ali su preminule tijekom 48-satne operacije, u Singapuru, 8. srpnja 2003. godine. U operaciji je sudjelovalo 128 liječnika. Tijekom operacije otkriveno je: a) da je lubanja znatno deblja nego što se očekivalo, b) da su oba mozga čvrsto povezana. Umrle su zbog gubitka krvi iz brojnih krvnih žila zajedničkih njihovim mozgovima (a ne samo vene).^{9,10}

Slične operacije učinjene su dosada na 30 - 40 parova sijamskih blizanaca, ali uvijek na tek rođenima ili maloj djeci, a nikada na odraslima. I u djece je smrtnost 50 %, a mnogi preživjeli imaju oštećenja mozga.¹¹

Ladan i Laleh prvobitno su zatražile operativni zahvat u Njemačkoj, no zahtjev je odbijen s obrazloženjem da je suviše riskantan.¹¹ Je li to bila prava odluka? Odgovor se može dobiti kada se definira što je to "suviše riskantno". Naime, operacije su uvijek riskantne, no u ovom slučaju njemački su liječnici "...uložili mnogo truda da odgovore blizanke od operacije...", "...naglašavali (su) da svaka sestra ima samo 50 % šanse za preživljenje...", "...preklinjali (su) ih da se ne operiraju...". Ladan i Laleh ipak su insistirale na razdvajanju.

Ovdje se, dakle, radilo o klasičnom *prima facie* slučaju za neizvođenje operacije, jer su razlozi liječnika da ih preklinju da se ne podvrgnu operaciji jednaki razlozima za odbijanje operacije.⁹

S obzirom na to da je operativni zahvat bio procijenjen kao veoma riskantan, koja su ipak moguća opravdanja za izvršenje operacije?

Tri su mogućnosti:

- a) produžetak života jedne ili obje blizanke;
- b) poboljšanje kvalitete života (jedne ili obje blizanke);
- c) poštovanje želje o autonomije blizanki.

Prvo se opravdanje ne može primijeniti na ovaj slučaj. Naime, u slučaju Ladan i Laleh nije trebalo žrtvovati jednu da bi se spasila druga, niti su si međusobno ugrožavale život. Drugo opravdanje (poboljšanje kvalitete života) ovdje se može primijeniti i, kako je rekao glavni liječnik....."Trebali smo odvagnuti moguće poboljšanje kvalitete života nasuprot riziku ... Morali smo biti uvjereni da je sadašnja kvaliteta života tako loša da je ova teška operacija opravdana i da je treba izvršiti... I, tako, promatranjem njihovih života tijekom nekoliko mjeseci, opažanja reakcija ljudi koji su ih okruživali, stranaca, djece, odraslih, smatrali smo da je kvaliteta njihova života takva da zahtijeva kirurško odvajanje."¹²

Očito je da nema ništa lošeg u prihvaćanju izvjesnog rizika da se poboljša kvaliteta života. Međutim, u slučaju Ladan i Laleh radilo se o velikom stupnju rizika, pa je novo pitanje o očekivanom poboljšanju života dovoljno da opravda prihvaćanje tako velikog rizika kao što je operacija. Može se očekivati da bi zdravi ljudi na pomisao da su trajno, fizički vezani za neku osobu, da spavaju zajedno, ujutro ustaju zajedno, zajedno odlaze u kupaonicu i toalet, zajedno sjede na stolcu, voze bicikl, auto i sl., pomislili "to je sudbina gora od smrti". Ali, o toj kvaliteti života i odnosu rizika razdvajanja i poboljšanja kvalitete života, mogu suditi samo oni koji su "u toj koži". Pa iako su Ladan i Laleh insistirale na razdvajanju, brojni su primjeri sijamskih blizanaca u prošlosti i sadašnjosti koji su odbili razdvajanje zbog mogućeg rizika smrtnog ishoda za jednog ili oba blizanca. Najpoznatiji su primjer već preminuli blizanci Chang i Eng Bunker, i još uvijek živuće Lori i Reba Schappel. One su jedini par nerazdvojenih, glavama spojenih, blizanaca. Ne žele biti razdvojene.

Konačno, navedeno nas vodi k trećem mogućem opravdanju - poštivanju autonomije. Ovdje se, međutim, nameće jedno teorijsko razmatranje – opravdava li poštovanje autonomije samo za sebe operaciju, ili je autonomija principijelno važna, jer su blizanci jedini koji stvarno mogu ocijeniti kvalitetu svojih života. Razlikovanje ovog može postati važno i u praktičnom smislu, kada, primjerice, jedan ili oba blizanca žele nešto za što liječnici smatraju da je suprotno njihovim interesima. Npr., zamislimo slučaj da jedan blizanac altruistički želi žrtvovati sebe da bi poboljšao kvalitetu života drugog blizanca. Trebaju li liječnici poštovati njegov zahtjev naprosto da bi poštovali njegovu autonomiju, iako je to suprotno njegovu interesu?

Nakon tragičnog ishoda operacije u novinama se pojavila izjava njihove adoptivne majke: "...Laleh se jako bojala operacije, plakala je i preklinjala sestru da odustanu od zahvata. Ali, Ladan je bila odlučna. Željela je zahvat."

Ovo ukazuje na dvije nove poteškoće. Prvo, jesu li blizanke prošle odgovarajuće medicinsko savjetovanje? Vrlo je vjerojatno da jesu. Sljedeće je pitanje kako im je pri tom (i je li uopće) osigurano privatno, individualno savjetovanje? Drugim riječima, kako možemo biti sigurni da jedna blizanka nije utjecala na odluke druge? I konačno, što ako jedan blizanac želi operaciju, a drugi ne?

Vežano uz slučaj Ladan i Laleh, nameće se još jedno pitanje. Kada načiniti razdvajanje, ako je ono medicinski opravdano? Opći je stav da razdvajanje treba načiniti što je moguće prije nakon rođenja. Jer, razdvajanje kada su blizanci još mali pomaže njihovom psihološkom oporavku. A ako je ishod operacije siguran, treba voditi računa o tome jesu li (ili nisu) blizanci jednako jaki, kolike su šanse da prežive operaciju, te kakva će im biti kvaliteta života nakon operacije, ali i ona u odnosu na nerazdvojen život.

Razdvajanje – odluku donosi sud

U slučajevima malodobnih sijamskih blizanaca odluku o razdvajanju donose roditelji. Ali, brojni su razlozi koji mogu potaknuti roditelje da donesu i pogrešnu odluku. U takvim slučajevima, u nekim zemljama, intervenira zakonodavstvo, pa konačnu odluku donosi sud. Ilustrativan primjer ovakvog postupka je slučaj Jodie i Mary. Glavno etičko pitanje bilo je: "Je li ispravno žrtvovati jedno dijete da bi se spasilo drugo?"^{7,8,13-16}

Jodie i Mary, rođene 2000. godine, bile su spojene abdomenom – zdjelicom. Mary je imala nedovoljno razvijen mozak – "izuzetno primitivan", nefunkcionalna pluća i srce (nije imala vlastitu cirkulaciju), te je potpuno ovisi o Jodie. Jodie je jača, i normalne inteligencije. Krvožilni sustav Jodie osigurava preživljavanje sestre. Procijenjeno je da bi bez razdvajanja obje živjele još 3 do 6 mjeseci. Zapravo, Mary bi usmrtila Jodie. Ako se načini razdvajanje procijenjeno je da bi Jodie mogla živjeti normalan život. Mary bi morala biti žrtvovana.¹⁷

Liječnici su zagovarali razdvajanje.

Roditelji katolici, podrijetlom s otoka Gozo (malteški otok), protive se razdvajanju iz religioznih razloga. Preselili su se u Englesku tri mjeseca prije rođenja blizanki. Nakon rođenja, liječnici su zagovarali razdvajanje, a slučaj završio na sudu. Sud je dosudio razdvajanje.

Roditelji su na sudu rekli: "Jednostavno se nismo mogli složiti s eventualnim razdvajanjem koje bi ubilo jedno dijete. Imamo povjerenje u Boga, i prilično smo sretni da će Bog odlučiti što će se dogoditi."¹⁷ Liječnici su i dalje bili za razdvajanje, ali

nisu htjeli ništa poduzeti dok se stvar ne riješi pravno – na sudu. Trebalo je dosta vremena da sud donese odluku, no napokon su dopustili operaciju. Odluka Suda temeljila se na samoobrani (Jodie protiv Mary), tj. pravu jače da bude odvojena od slabije koja bi ih ionako obje usmrtila. Sud je smatrao da je kirurško odvajanje moralno dopustivo jer Jodie, jača blizanka, ima pravo biti odvojena od Mary, inače bi obje umrle unutar nekoliko mjeseci. Operacija je završila uspješno, ali protiv želje roditelja. Jodie živi i vratila se s roditeljima na Maltu, a Mary je preminula.¹⁸

Usprkos odluci Suda, javnost je ipak imala neke zamjerke. Tako je, primjerice, urednik časopisa *Bulletin of Medical Ethics* rekao. "Ovaj je slučaj zamršeno pitanje. Objekti odluke (roditelja i suda) su i ispravne i pogrešne. Zato mi se čini da bi u takvim situacijama trebalo više pažnje posvetiti odluci roditelja nego liječnika, jer konačno, roditelji su ti koji će morati živjeti s posljedicama odluke."¹⁷

Bilo je i drugačijih napisa. U časopisu *Ethics and Nursing* naglašena je potreba procesiranja moralnih dilema holističkim pristupom koji uključuje ne samo razmišljanja koja se temelje na znanstvenim činjenicama i normama, već i razmatranjem pojedinačnih slučajeva i uzimanja u obzir dobrobiti djeteta.¹⁹

Rizik razdvajanja – odluku donose roditelji i liječnici

U svim slučajevima kada je to medicinski moguće, odluku o razdvajanju malodobnih sijamskih blizanaca donose zajednički, roditelji i liječnici. Jedan od brojnih primjera je slučaj Danike i Danielle, rođenih 2006. godine u Južnoafričkoj Republici. Sestre su bile spojene glavom, iznad uha, okrenuta jedna od druge.

Da se radi o sijamskim blizancima roditelji su saznali na kraju drugog mjeseca trudnoće (9. tjedan). Bili su upoznati sa svim posljedicama i eventualnim mogućnostima koje rođenje takvih blizanaca donosi. Konačnu odluku o pobačaju (ili ne) morali su donijeti prije kraja prvog trimestra trudnoće. Pa, iako su liječnici zagovarali pobačaj, roditelji su odlučili suprotno. Tijekom 5-og mjeseca trudnoće ustanovljen je oblik povezanosti, ali i olakotna činjenica da blizanke imaju svaka svoj mozak i pripadajuće glavne krvne žile, što je značilo da imaju bolju šansu za preživljenje nakon eventualnog razdvajanja.

I tako su, odvojene 4 mjeseca nakon rođenja, danas zdrave, normalne djevojčice.

U ovom slučaju nije bilo moralnih i etičkih dilema u vezi s razdvajanjem. Ponajprije zbog činjenice da blizanke nisu ugrožavale život jedna drugoj, odnosno stoga što je postojala dobra medicinska podloga u prilog razdvajanja.

Ovaj slučaj, međutim, dovodi do jednog drugog etičkog pitanja koje se odnosi na trudnu majku, odnosno roditelje. Naime, teški kongenitalni poremećaji, pa tako i sijamski blizanci, mogu se današnjim medicinskim tehnikama dijagnosticirati najra-

nije u 10. tjednu trudnoće. Tada je pobačaj medicinski opravdan. No, ovisno o regulativi pojedinih država, pobačaj se smije izvršiti najkasnije do kraja prvog tromjesečja trudnoće (13. – 14. tjedan). Navedeno postavlja pitanje: Što ako otkrivanje zametka sijamskih blizanaca zakaže, pa trudnoća uđe u drugo tromjesečje? Je li i tada moralno i etički dozvoliti roditeljima, bez obzira na zakonodavstvo, izbor – nastaviti trudnoću ili ne?

Zaključak

Rođenje živih sijamskih blizanaca rijedak je događaj koji budi veliko zanimanje javnosti, ali istovremeno pokreće složena etička, medicinska, sociološka, kulturološka, pravna pitanja i pitanja religije za sve osobe uključene u njihovo zbrinjavanje. S obzirom na napredak tehnologije u medicini, danas se u većini slučajeva provodi kirurško razdvajanje blizanaca, naravno, u slučajevima gdje je to medicinski moguće. Iako se život sijamskih blizanaca za "obične" ljude čini nepodnošljivim, poznati su brojni parovi koji su odbili medicinsko razdvajanje zbog neizvjesnog životnog rizika za jednog ili oba, a koji su doživjeli starost kao relativno dobro prilagođene individue. Posebna se etička pitanja nameću u slučajevima kada jedan blizanac ugrožava život drugome, a postoji medicinska mogućnost njihovog razdvajanja, ali s posve jasnim ishodom – samo će jedan preživjeti. Tada je osnovno etičko pitanje treba li izvršiti medicinski zahvat i osuditi na smrt oba blizanca, ili izvršiti zahvat i spasiti jednog, a žrtvovati drugog. Iz dosadašnjih iskustava zbrinjavanja različitih slučajeva parova sijamskih blizanaca očito je da na ovo pitanje ne postoji jednoznačni odgovor (ili preporuka). Svaki slučaj treba promatrati zasebno, vodeći računa o željama roditelja i mogućnostima i preporukama liječničke struke. U slučaju nesuglasja, ovisno o zakonodavstvu pojedine zemlje, konačnu odluku donosi sud.

LITERATURA

1. Lance D. Edmonds, Peter M. Layde, "Conjoined twins in the United States, 1970-1977", *Teratology*, 25 (3/1982), str. 301-308.
2. Mark R. Hoyle, "Surgical separation of conjoined twins", *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 170 (6/1990), str. 549-561.
3. John Raffensperger, "A philosophical approach to conjoined twins", *Pediatric Surgery*, 12 (4/1997), str. 249-255.
4. Jan Bondeson, "The Biddenden Maids: a curious chapter in the history of conjoined twins", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85 (4/1992), str. 217-221.

5. Lockhardt AB, "Report of the autopsy of the Siamese twins together with other interesting information covering their life: a sketch of the life of Chang and Eng", *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 72 (2/1941), str. 116-125.
6. Lewis Spitz, Edward Kiely, "Success rate for surgery of conjoined twins", *The Lancet*, 356 (9243/2000), str.1765.
7. Diane Drake DC, "One must die so the other may live", *Nursing Forum*, 16 (3-4/1977), str. 228-249.
8. Pepper CK, "Ethical and moral considerations in the separation of conjoined twins", *Birth Defects Original Articles Series*, 3 (1/1967), str. 128-134.
9. Robin McKie, "Separate at last, the twins who died for a dream", *Observer*, 13th July, 2003.
10. John Aglionby, "Twins two-day operation underwy", *Guardian*, 7th July, 2003.
11. Laurie Barclay, "Conjoined twins surgery raised ethical questions: an expert interview with Ian Kerridge, Mphil, FRACP, FRCPA", <http://www.medscape.com/viewarticle/458471>
12. "Con joined adult twins begin op", *BBC News Online*, 6th July, 2003.
13. Michael Y. Barilan YM, "One or two: an examination of the recent case of the conjoined twins from Malta", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 28 (1/2003), str. 27-44.
14. Alex John London, Lori. Knowles, "The Maltese conjoined twins – two views of their separation", *The Hastings Center Report*, 31 (Jan-Feb/2001), str. 48-52.
15. Piere Mallia, "The case of the Maltese Siamese twins – when moral arguments balance out should parental rights come into play", *Medical Health Care and Philosophy*, 5 (2/2002), str. 205-209.
16. Samuel M. Stahl, "Separating conjoined twins: an ethical dilemma", <http://www.beth-elsa.org/bes1201.htm>
17. McAllister JFO, "Kill Mary to save Jodie?", *Time*, 156 (12/2000). <http://www.time.com/time/magazine/articles/0.3266.54436.00.html>
18. The Associated Press, "Twins surgery begins", *Newsday*, A6, 2000.
19. Suzane F. Pierce SE, "Neonatal intensive care: decision making in the face of prognostic uncertainty", *The Nursing Clinics of Nort America*, 33 (2/1998), str. 287-297.
20. "All we want is for our babies to come home", *The Star (South Africa)*, January 15, 2007.

Jasminka Pavelić, Katja Rozman

Conjoined twins - from case to the case

ABSTRACT

Conjoined twins are identical twins whose bodies are joined *in utero*. In some cases it is morally permissible to separate them in a surgical procedure but not in all cases. Each individual case must be looked at and decided upon. The issue of surgical separation can be a simple decision in one case to a very difficult in another, based on the physical problems the twins have. It is important to share the decision making process with parents and health care professionals. However, the overall goal, directions and ultimate outcome of care must show respect for the dignity of human life. The decision is complicated by ethical problems involving patient privacy, the allocation of shared organs and in some instances the necessity for one twin to die in order to save the other. The paper describes cases which illustrate some moral and ethical dilemmas regarding separation of conjoined twins.

Key words: conjoined twins, surgical separation, medical ethics, law.

Karel Turza*

Bioetika i kultura. Može li bioetika pridonijeti stvaranju interkulturalnosti?

SAŽETAK

Bioetika je nastala u multikulturalnom miljeu kasne/refleksivne modernosti, u SAD-u. Od pojave *Bioetike – mosta k budućnosti*, Van Rensselaera Pottera, bioetika se u svojoj glavnoj razvojnoj putanji kretala od multidisciplinarnog k interdisciplinarnom projektu. Postavlja se pitanje postoji li signifikantna veza između njenog ranog multidisciplinarnog karaktera i multikulturalnosti miljea njenog rodnog mjesta? Naš odgovor je - vjerojatno da, u najmanju ruku stoga što oba "multi" korespondiraju sa samom prirodom/logikom čitavog povijesnog procesa, čija je suštinska karakteristika uvijek bila diferencijacija, to jest transformacija (kako bi to formulirao Herbert Spencer) iz *homogenosti* u – *neodređenu*, odnosno *određenu* – *heterogenost*. Također je vrlo vjerojatno da postoji uzročno-posljedični odnos između spomenutih dvaju "multi"; heterogenost bioetike bila je, u krajnjoj liniji, posljedica heterogenosti sociokulturalnog miljea u kom je nastala. No, postoji (i) značajna razlika između ovih dvaju "multi". Pored *multikulturalnih* (manje *određenih*, odnosno *neodređenih heterogenih*), postoji i koncepcija prema kojoj postoje i *interkulturalni* (*određeno heterogeni*) miljei. Prema nekim autorima, samo su posljednji autentično ljudski/humani sustavi ljudske međuzavisnosti. U postojećem, međutim, *multikulturalnih* miljea ima, no *interkulturalni* sustavi još su uvijek tek idealno-tipske konstrukcije (ili utopije). S druge pak strane, bioetika se tijekom posljednjih četrdesetak godina razvila (iz *multi*) u *interdisciplinarni* projekt, naročito u posljednjem desetljeću, unutar koncepta *integrativne bioetike*.

Pitanje koje slijedi jest: ima li bioetika, u svojoj *integrativnoj* verziji, kapacitet da praktično pridonese (da sada sama postane uzrok) transformacijama *multikulturalnih* u *interkulturalne* sustave ljudske međuzavisnosti? I, dalje, ako ima, kako ih možemo upotrijebiti da bismo postigli taj cilj? Konačno, koji bi trebao biti prvi korak? Vjerojatno formuliranje jednog *Manifesta integrativne bioetike*? Pa, učinimo to!

Ključne riječi: moral, etika, bioetika, multidisciplinarna bioetika, interdisciplinarna (integrativna) bioetika, multikulturalna društva, interkulturalni sustavi ljudske međuzavisnosti.

* Adresa za korespondenciju: Karel Turza, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Katedra humanističkih nauka, Dr. Subotića 8, RS - 11 000 Beograd, Srbija, e-mail: turza@med.bg.ac.rs

* * *
*

Sadržaj ovog rada izlažemo u formi glosara, iz jednostavnog razloga: to je način promišljanja i definiranja, odnosno formuliranja/prikazivanja/izlaganja koji će u najvećoj mjeri osigurati preciznost, jasnoću i konciznost. Naravno, iznošenje mnoštva informacija u malo riječi uvijek uključuje rizik da, zbog manjka suptilnijih medijacija i širih argumentacija, ostanemo nedorečeni. No, držimo da postoje još bar dva valjana razloga za takav postupak; najprije, ovaj je rad neka vrsta prolegomene (i *plaidoyer*) za jedan *bioetički manifest* (a manifest je žanr koji je, uglavnom, uvijek na gubitku, kada je odveć opširan) i, s druge strane, malo je danas čitalaca – ne samo među laicima, nego i među ekspertima – koji će se, s punom pažnjom, predati zovu jedne ekstenzivne naracije (*le grand récit*) i njoj svojstvenog diskursa.¹

*

Bioetika: Multi – odnosno – interdisciplinarni projekt u čijim se okvirima istražuju: 1) vrijednosti i norme (vid., **Vrijednosti**; vid., **Norme**) koje se tiču *dobra* i *zla* (vid., **Dobro**; vid., **Zlo**), odnosno ispravnog i pogrešnog u kontekstu *života uopće*, to jest njegovih najrazličitijih manifestacija i 2) individualni i grupni stavovi (vid., **Stavovi**) o rečenim vrijednostima i normama (vid., **Integrativna bioetika**).

Diferencijacija: Odnosi se, u ovom kontekstu, na temeljni, ontološki aspekt čitavog povijesnog procesa (vid., **Historija**), to jest na *heterogenizaciju* (vid., **Heterogenizacija**) svih sfera *sustava ljudske međuzavisnosti*, od tradicionalnih *zajednica* do suvremenih modernih (odnosno postmodernih) *društava*.² Budući da se tijekom posljednjih nekoliko desetljeća događa akceleracija (ubrzavanje) povijesnog procesa, ubrzan je i proces diferencijacije/heterogenizacije.

Glavno obilježje suvremenih *sustava ljudske međuzavisnosti* – kako tvrde neki autori, napose takozvani antiglobalisti – jest kulturna uniformizacija koju proizvodi globalizacijski proces. Stvari, međutim, stoje drukčije. Globalizacija (vid., **Globalizacija**) jest proces u kom se intenziviraju međuzavisnosti društava/kultura, skupina i pojedinaca, koji, na ovaj ili onaj način, vrši utjecaj na *sve* (*ergo*, na čitav svijet). Ali, to je, zapravo, širok okvir *modernosti* – intelektualnog i praktičnog projekta čiji su glavni uvjeti i pretpostavke: *privatno vlasništvo*, *tržišno privređivanje*, *individualizam* i *racionalnost* (vid. o

¹ Odrednice ovog glosara date su po abecednom redu.

² *Sustav ljudske međuzavisnosti* sintagma je preuzeta od Norberta Elias (Elias, 1994) i odnosi se na *sve* oblike zajedničkog života ljudi/čovjeka. Razlika pak između *zajednice* i *društva*, ovdje je utemeljena na poznatim, klasičnim Tönniesovim (Tönnies, 2001) određenjima: *Gemeinschaft* i *Gesellschaft*. Kada se radi o *modernim* i *postmodernim* sustavima ljudske međuzavisnosti, oslanjamo se, u izvjesnoj mjeri, na zamisli, s jedne strane, Anthonyja Giddensa (Giddens, 2001) i, s druge, Zygmunta Baumana (Bauman, 2001). Apsolutno se, međutim, oslanjamo na našu zamisao koncepta *modernosti* (vid., **Modernost**).

tome u: Turza, 1998) i još, u *kasnoj modernosti (refleksivnoj modernosti, postmodernosti...*, kakogod): parlamentarna demokracija, vladavina prava/pravna država, ljudska prava itd., drugim riječima, sustav "pravila igre" *formalne racionalnosti* (vs. *supstancijalna racionalnost*³), unutar kojeg su moguće nebrojene kombinacije sociokulturnih formi, žanrova i sadržaja (otprilike kao u šahu: unutar preciznih pravila i "sustava" ove igre, moguće su gotovo bezbrojne kombinacije). Inače, najbliže ovdje izloženom shvaćanju *diferencijacije* jest koncept *la différance* Jacquesa Derride (vid., **Heterogenizacija**).

Dobro: Zahtijeva, i to neprestano, naš – nerijetko velik – angažman i trud. *Dobro* ispravno znači, dakle, *činiti* – no i promišljati, odnosno govoriti – *dobro*. Postizanje *dobra* nije moguće bez nas, to jest bez našeg mišljenja/djelovanja da se potisne, ukloni *zlo*. Kako je to, najzad, o *zlu* – (kažu) primijetio Edmund Burke: *zlo uvijek prevladava kada dobri ljudi ne čine ništa*⁴ (vid., **Zlo**).

Etika: Filozofska disciplina koja obuhvaća brojna područja. Ipak, dakako, najvažnije je ono koje se tiče njenog predmeta: *moral*. Odgovor na pitanje *što je etika* bitno je, *ergo*, određen definicijom morala (vid., **Moral**).

Formalna racionalnost: Tiče se racionalnosti kasne modernosti [u ovom kontekstu, ponavljamo, ovo određenje nema veze s Weberovim (Weber, 1976) razlikovanjem *formalne* i *supstancijalne racionalnosti*]; odnosi se na poštovanje pravila igre postojeće strukturiranosti društvenog svijeta od strane društvenih djelatnika: u političkom smislu, to je respektiranje formalno proceduralne demokracije; u ekonomskom smislu, to je interakcija djelovanja i strukture (Giddens, 1991) u kojoj se respektiraju signali tržišta; u pravnom smislu radi se o djelovanju koje se drži pravne forme koja je apstraktni regulativ svijeta ljudske međuzavisnosti i u kojoj je subjekt apstraktna osoba (građanin) s – kako bi Hegel rekao, posjedom koji je svojina, ugovorom itd., odnosno, u najkraćem, pravna forma je negacija proizvoljnosti, slučajnih htijenja, samovolje/arbitrarnosti u ljudskoj međuzavisnosti (vid., **Supstancijalna racionalnost**).

Globalizacija: Proces – započet prije otprilike pola stoljeća – kojim se uspostavlja sve veća međuzavisnost pojedinaca, skupina, regija i država na svjetskom planu (sâm, pak, termin – kojim se taj proces označava – nije, međutim, stariji od dvadesetak godina). Ne tiče se samo širih aspekata društvenog djelovanja, to jest, ekonomije, politike, kulture itd., već i svakodnevnog života pojedinaca i skupina. Jedna od dimenzija globalizacijskog procesa jest da grupne, no i individualne akcije, utječu (mogu utjecati), u

³ Razlika između *formalne* i *supstancijalne* racionalnosti ovdje se ne poklapa s poznatom, istim terminima označenom dihotomijom koju je formulirao Max Weber (vid., **Formalna racionalnost**; vid., **Supstancijalna racionalnost**).

⁴ O *dobru* i *zlu* (odnosno o *ispravnom* i *neispravnom/pogrešnom*) da još ovdje kažemo, a na tragu Kanta i Hegela, te Kanrge, da su to *korelativni*, to jest suodnosni pojmovi, što, u najkraćem, znači da se – kako veli Kangrga (Kangrga, 2004) – naprosto ne mogu (ne daju) ni postaviti, ni misliti jedno bez drugog.

većoj mjeri nego u svim ranijim epohama, na mišljenje i djelovanje i (geografski) veoma udaljenih pojedinaca i skupina, odnosno društava/država. Faktor koji je za to, vjerojatno, najodgovorniji, jest intenzivan razvoj informacijskih tehnologija i svjetske komunikacijske mreže (više o tome vid., recimo, u: Giddens, 2001).

Heterogenizacija: Rezultat diferencijacije i proces koji se događa simultano s njom. Odnosi se na temeljno obilježje povijesti (*Geschichte*; vid., **Historija**). Prema Herbertu Spenceru, postoje dvije vrste *heterogenizacije*, to jest *heterogenosti*: *određena i neodređena*. Prva pripada funkcionalnim sustavima ljudske međuzavisnosti, dok druga implicira veću ili manju disfunkcionalnost, uključujući i kaos (e. g., grad razrušen snažnim zemljotresom jest heterogeniji nego što je bio prije katastrofe, ali je *neodređeno* heterogen).

U kontekstu ovog glosara, *neodređena heterogenizacija* implicira postojanje različitih kulturnih varijeteta u jednom sustavu ljudske međuzavisnosti, među kojima, međutim, ne postoji uzajamno uvažavanje i tolerancija, odnosno, u antagonističkom su odnosu (uključuje i ratne sukobe). Djelomična *određena heterogenizacija* odnosi se na *multikulturalnost*, a potpuna *određena heterogenizacija* (idealni tip) obilježje je *interkulturalnosti*.

Integrativna bioetika: Odnosi se na *interdisciplinarni* (ne, dakle, samo *multidisciplinarni*; vid., **Interkulturalnost**; vid., **Multukulturalnost**) projekt zasnovan na ideji *interdisciplinarnog* (ne, dakle, samo *multidisciplinarnog*) pristupa životu kao takvom i svim oblicima nastajanja, očitovanja i nestajanja života. To (*interdisciplinarnost*) implicira duboko kreativno prožimanje brojnih intelektualnih i praktičnih napora, čiji je cilj prepoznavanje, identificiranje i definiranje, te stalno ispitivanje pitanja povezanih s vrijednostima i normama koje se tiču dobra (vid., **Dobro**) i zla (vid., **Zlo**), odnosno ispravnog i pogrešnog u životu sâmom. *Integrativna bioetika* računa s posvemašnjom, pa, dakle, i moralnom heterogenizacijom (vid., **Heterogenizacija**) svijeta života, te s ambivalencijom, kontingencijom i rizicima (prirodnim i proizvedenim) kao glavnim njegovim atributima. No, *integrativna bioetika* zna da nema "fatalne" ontologije, dakle, slijepe *objektivne* sile povijesti, odnosno njenih manifestnih oblika/strukture, budući da je čovjek, *ultima linea*, njihov tvorac, nosilac, transformator i – demonter. One, dakle, postoje tek kroz "dualizam strukture i djelovanja" (Giddens). Otuda, iz tog saznanja, između ostalog, ambicija, na prvi pogled, možda, arogantna, *integrativne bioetike* da sudjeluje, i to značajno, u kreiranju (i) interkulturalnosti – na globalnom nivou. Bioetika je nastala u jednom *multikulturalnom* miljeu (SAD), kao *multidisciplinarni* projekt i brzo je premežila svijet, da bi – i to baš u ovdašnjim (najprije u Hrvatskoj, a zatim i ostalim prostorima jugoistočne Europe, te u Njemačkoj) intelektualnim krugovima – sada kao *interdisciplinarni* projekt, nadmašila i svoju duhovnu (*multidisciplinarnu*) osnovu i anticipi-

rala jednu novu, *interkulturalnu* stvarnost. Kako *integrativno* bioetički djelovati, a da se ta, za sada, (samo) misaona anticipacija pretvori u praktično poštovanje života, teško je odgovoriti. *Misli globalno, djeluj lokalno* – poznata je i dobra prva uputa. Druga uputa jest: njegovanje *kritičke* bioetičke svijesti; *ergo*, nepristajanje na *normalizaciju* (vid., **Normalizacija**) neumnog mišljenja i praksi u svim područjima života (ne, dakle, samo u sferi država/političko).

Što se autora ovih redova tiče, svoj doprinos *interkulturalnosti*, a to će reći, toleranciji, uzajamnom uvažavanju različitosti, poštovanju sveukupnosti života, on daje, ponajprije i ponajviše, kroz nastavu na medicinskom fakultetu na kome predaje bioetiku (i predmete koji je prate). Ako i samo nekolicina studenata usvoji osnove (*integrativno*) bioetičkog rezoniranja, prosuđivanja i djelovanja, smatrat će svoj doprinos velikim.

Iz dosadašnjeg iskustva u podučavanju, točnije rečeno, iz komunikacije sa studentima Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Beogradu, zaključujemo (vid. o tome u: Radenović, 2008) da bi nam u toj (zašto ne reći?) misiji, od velike pomoći bilo postojanje jednog *Manifesta integrativne bioetike*; pa, stvorimo ga!

Interkulturalnost: Podrazumijeva potpunu otvorenost/toleranciju skupina i pojedinaca prema drugim kulturama, to jest drukčijim vrijednosnim sustavima i normativnim porecima. Razlika između *multikulturalnosti* (vid., **Multikulturalnost**) i *interkulturalnosti* jest u tome što službena (državna) politika može, ali ne mora nužno i uvijek proizvoditi autentično uzajamno poštovanje i toleranciju među različitim skupinama i pojedincima, dok *interkulturalnost* jest otvorenost prema kulturnim različitostima, bez obzira na to je li oficijelno ohrabrivana ili ne.

[E. g. – *Od jedne Afroamerikanke, inače, naše studentice, dobio sam kompliment da je nastavu što je držim iskusila kao **interkulturalnu** komunikaciju (i to u Srbiji, za koju bi se teško moglo reći da je i multikulturalni milje). Prije nego što je došla u Beograd na studij, ova je studentica živjela u Philadelphiji, a rođena je i duže živjela, prije toga, u jednom gradiću u Alabami. Philadelphiju je doživljavala kao multikulturalni ambijent, kao uostalom i čitav sjeveroistočni pojas SAD-a. To će reći da nije doživljavala nikakve neprijatnosti zbog svoje rase, što je u Alabami, inače, bilo samo izuzetno. Rekla nam je, međutim, da multikulturalnost sjeveroistoka nikad nije osjećala kao iskren stav tamošnjih bijelih ljudi. Čak je smatrala da se lakše snalazila na jugu, u Alabami – gdje joj je gotovo svatko tko je druge rase jasno stavljao do znanja što misli o Afroamerikancima (bilo da ih ne trpi, bilo da ih prihvaća) – nego u Philadelphiji, gdje ju je stalno pratio osjećaj da bijele osobe s kojima razgovara uvijek imaju "politički korektne" **maske**; "Nikako" – rekla je još – "nisam uspijevala odgonetnuti tko je prema meni zaista dobronamjerman, a tko samo glumi dobronamjernost." Postojeća multikulturalnost, za nju, dakle, nije bila i interkulturalnost.]*

Historija: Odnosi se, ovdje, na ljudsku povijest, i to ne samo na mnijenje (*doxa*), dakle, na takozvanu naivnu svijest o minulom vremenu, odnosno na povijesnu znanost (ili/i historiografiju) o prošlom i suvremenom (kronološko bilježenje i interpretacija prošlih/suvremenih događanja – kako je to u nekim njemačkim filozofskim zamislima nazvano: *Historie*), nego i, a zapravo, prije svega, na ontološki proces koji je "na djelu" tijekom posljednjih, recimo, 500.000 godina (od kada se, otprilike, *homo sapiens* pojavio u svom aktualnom anatomskom obličju – kako je to, opet, u nekim njemačkim filozofskim koncepcijama nazvano: *Geschichte*⁵). Osnovno obilježje tog procesa jest *kretanje od homogena ka heterogenu*, to jest diferencijacija (vid., **Diferencijacija**), odnosno posvemašnja heterogenizacija (vid., **Heterogenizacija**) svijeta života. Proces se odvija, dakle, i na području sociokulturnih tvorevina, što naravno uključuje i prostor kulture, *ergo*, (i) morala (vid., **Moral**) i danas ima – globalni karakter.

Kultura: Odnosi se na način života članova jednog sustava ljudske međuzavisnosti (*zajednice* ili *društva*; *Gemeinschaft* i *Gesellschaft*, prema Tönniesu), odnosno skupina unutar jednog društva. Kultura obuhvaća i apstraktne aspekte, kao što su vjerovanja, ideje, vrijednosti... i konkretnije, "opipljive" elemente, kao što su objekti, materijalni simboli, tehnologije...

Medicinska etika: Najkraće rečeno, disciplina koja se bavi istraživanjem: 1) vrijednosti i normi koje se tiču dobra i zla, odnosno ispravnog i pogrešnog unutar medicinske prakse i medicinskih istraživanja i 2) individualnih i grupnih stavova o tim vrijednostima i normama.

Modernost: Širok idejni i praktični projekt čiji su glavni uvjeti i atributi – tržišna privreda, privatno vlasništvo, racionalnost i individualizam – opća i dugotrajna forma unutar koje se vrši permanentna heterogenizacija/diferencijacija djelovanja i, posljedično tome, permanentna transformacija njegovih povijesnih varijeteta. Rodno mjesto modernosti su renesansni gradovi Apeninskog poluotoka (vid., Turza, 1996; Turza, 1998).

⁵ Ovo razlikovanje zasnovano je, između ostalog, na specifičnom (ovom kontekstu prilagođenom i, priznajemo, pojednostavljenom) tumačenju Heideggerovog (u njegovom kapitalnom djelu: *Sein und Zeit*; Heidegger) razlikovanja *Historie* i *Geschichte*. (Detaljnija analiza Heideggerova koncepta iziskivala bi pažnju i prostor koji bi uveliko nadišli okvire ovog rada, te ih, sada, ostavljamo sa strane.) Treba još dodati sljedeće: spomenuta podjela kao da sugerira oštar rez između *objektivnog* povijesnog tijeka i njegovih različitih duhovnih prisvajanja/tumačenja, od naivnog, zdravorazumskog, preko ideološkog i/ili *Ketmana* (Czesław Miłosz), do strogo znanstvenog; no stvari stoje drugačije. Već sama ta (veoma različita, katkad) tumačenja i prisvajanja prošlog (i suvremenog), proizvode ili, makar, utječu na ontologiju povijesnog događanja (otprilike, kako se to događa u sustavima ljudske međuzavisnosti prema *teoriji strukturalne* – Anthonyja Giddensa). Podjela, dakle, ima analitički, a ne opisni karakter i smisao.

Moral: Može se odrediti na brojne/različite načine, što je i učinjeno, u zapadnoj civilizaciji, već više od dva i pol tisućljeća (uzmimo, kao početnu "točku", Sokrata). Za potrebe ovog rada/glosara, nudimo sljedeću definiciju:

Moral je skup:

- a.** onih vrijednosti i normi koje se tiču dobra i zla, odnosno ispravnog i neispravnog/pogrešnog, te
- β.** grupnih i individualnih stavova o tome.⁶

Ad a) U moral, dakle, spadaju samo one vrijednosti i norme koje se tiču *dobra* i *zla* (odnosno *ispravnog* i *neispravnog/pogrešnog*). Jedan, dakle, aspekt svakog moralnog poretka čini skup ili sustav *tih* vrijednosti i normi i on ima *objektivan* socio/kulturno-ontološki status, to jest – da se izrazimo u duhu Giddensove teorije strukturacije – ima karakter *objektivne* socio-kulturne strukture. Riječ je, dakle, o tvorevini koja je ljudima, uvjetno rečeno, *zadana*, jer kada u nju stupaju – bilo rođenjem ili tako što postanu novi članovi date *zajednice* (e. g., plemena na Novoj Gvineji) ili *društva* (e. g., Pakistanac koji je imigrirao u Veliku Britaniju, ili Alžirac koji se doselio u Francusku i tu ostao živjeti i raditi, ili Hrvat koji je postao građanin Kanade, ili Srbin koji je postao državljanin Njemačke...) – ona ih "dočeka" kao nešto što im je objektivno (za)dano. [Baš kao što ih "dočeka" i čitav niz drugih struktura sa sličnim ili čvršćim socio/kulturno-ontološkim statusom, od jezika, običaja, religije..., do (kada se radi o društvima *sensu stricto*) pravnog poretka, zatim, organizacija i institucija političkog sustava, sustava zdravstvene zaštite, monetarnog sustava itd.] A, u stvari, ona (vrijednosna i normativna *struktura* morala te zajednice, odnosno društva) svakodnevno "dočekuje" (tako što značajno determinira njihovo mišljenje i djelovanje) i njihove postojeće, da tako kažemo, "starosjedilačke" pripadnike, budući da – kako je to Émile Durkheim primijetio – sve društvene činjenice (*les faits social*), pa dakle i one moralne (*les faits moreaux*), po pravilu, imaju koercitivan (prinudan) karakter na sve pripadnike jednog sociokulturnog miljea. To, nadalje, znači da se tu radi o jednom *nadindividualnom* (i *nadgrupnom*) entitetu, jer on opstaje i kada ga pojedinac (ili skupina) ne uvažava, odnosno odbacuje. Konkretnije rečeno, osoba XY (ili čitava skupina – etnička, rasna, vjerska..., ili navijačka...) može se u izvjesnom periodu ponašati u suprotnosti s datim širim moralnim poretkom, a da to, budući da ga većina (u zajednici, odnosno društvu) podržava, ne ugrožava njegovo postojanje.

⁶ Različitih definicija morala moglo bi se navesti baš mnogo. Ako bismo se ograničili i samo na balkansko podneblje, njihovo bi navođenje zahtijevalo velik prostor, te ovdje, stoga, spominjemo (po abecednom redu) samo imena (nekih) autora čije radove o tom pitanju preporučujemo zainteresiranim čitateljima: Ante Čović, Milan Kangrga, Radimir Lukić, Vuko Pavićević, Svetozar Stojanović...

Ad β) Općenito uzevši, *stavovi su trajni sustavi pozitivnog ili negativnog ocjenjivanja, zatim, osjećanja i, najzad, tendencije da se djeluje za ili protiv – u odnosu na različite objekte* (ljude, stvari, ideje...).

To, najprije, znači da stavovi imaju dispozicijski karakter i osnova su relativno dosljednog ponašanja (*trajni sustavi*). Zatim, da se sastoje iz tri komponente ili funkcije: **a) spoznajne (kognitivne)**, **b) afektivne/emocionalne** i **c) voljne (konativne)**. To će, pak, reći da o onome o čemu imamo stav uvijek imamo (nekakvo) *znanje*; potom, da prema tome imamo izvjestan (pozitivan ili negativan) *osjećaj*, te da smo spremni da u odnosu na to *djelujemo* (opet, pozitivno ili negativno, to jest *za ili protiv*). Konkretnije rečeno, naš stav prema, primjerice, rodnoj (ne)jednakosti sastoji se od našeg znanja, naših osjećaja i spremnosti da s tim u vezi djelujemo. Ako su, prema našem (sa)znanju, muškarci superiorniji u odnosu na žene, sva je prilika da će kod nas prevladavati negativan učinak prema priči i/ili ponašanju kojim se muškarci i žene stavljaju u ravnopravan položaj i, napokon, sâmi ćemo se u tom odnosu ponašati tako da relativno dosljedno potvrđujemo tu nejednakost.

Stavovi koji su u vezi s moralom, koji se, *ergo*, odnose na dobro i zlo (odnosno ispravno i neispravno/pogrešno), istog su karaktera, imaju istu (trihotomnu) strukturu. Dakle, našem stavu da je nešto dobro, odnosno zlo u osnovi je (nekakvo) *znanje* o tome, nadalje, s tim u vezi imamo i izvjestan *osjećaj* (na primjer, ugone, zadovoljstva, sreće, odnosno nezadovoljstva, ili krivice, ili kajanja itd.) i, najzad, tu je i ona aktivna, *konativna (voljna)* komponenta, to jest spremnost da postupamo za ili protiv toga. Razvijena moralna svijest podrazumijeva razvijenost svih triju komponentata. Kada neka od njih "zakaže", dolazi do većeg ili manjeg poremećaja moralnog prosuđivanja i djelovanja. Poznato je, na primjer, da psihopati *znaju* što je dobro, a što zlo, odnosno ispravno i neispravno/pogrešno, da im je i *voljna* funkcija uglavnom stabilna, ali im je emocionalni element reduciran na minimum ili je potpuno odsutan. A odsustvo emocija – što će reći, odsustvo suosjećanja, empatije, to jest njihova ravnodušnost prema drugom ljudskom biću – nerijetko ih pretvara u hladnokrvne, surove zločince. Kako upućuju psiholozi, psihopate od činjenja nedjela odvraćaju samo (sa)znanje o tome da im za zlodjelo neposredno prijete negativna sankcija (kazna).

Kakav je, najkraće rečeno, odnos između spomenuta dva aspekta morala (*strukture*, "objektivno-ontološkog" elementa, dakle, vrijednosti i normi koje se tiču dobra i zla... i, s druge strane, individualnih i grupnih *stavova* o tim vrijednostima i normama – "subjektivno-ontološki" element)? Ne postoji, dakle, moralna *struktura* kao takva, kao po sebi i za sebe objektivna entitet; ona postoji samo i samo ako je podržana našim (individualnim i grupnim) moralnim *stavovima* – drugim riječima, na-

šim znanjem, osjećajima i voljom prema onome što je dobro/ispravno, odnosno zlo/pogrešno.

Najzad, treba naglasiti da – kako to dobro primjećuje Zygmunt Bauman – ne postoje više konzistentni morali jednog društva ili kulture (e. g., francuski, njemački, srpski... moral); ono s čim danas, više ili manje, svi živimo jesu brojni varijeteti individualnih i grupnih morala. Živimo sa i u *moralnim pachtichima*, čija su glavna obilježja: ambivalencija, kontingencija, rizik...

Multikulturalnost: Odnosi se na politiku kojom se u pojedinim, prije svega, modernim društvima/državama nastoji regulirati kulturni diverzitet, koji u njima postoji, kao rezultat prisustva dviju ili više etničkih, vjerskih, rasnih itd. skupina/entiteta; riječ je, dakle, o javnom (oficijelnom) insistiranju i praktičnom djelovanju na međusobnom uvažavanju i toleranciji razlika.

Multikulturalnost postoji u mnogim suvremenim demokratskim zemljama (prije svega, kažemo, kao oficijelna politika); s druge strane, međutim, *interkulturalnost* je još uvijek tek ideal (ako ne i utopija), koji jest ponegdje ostvaren, postoji, ali tek kao arhipelag individualnih i grupnih praksi koje još uvijek zavise, prije svega, od dobre volje tih pojedinaca i skupina. Dakako, multikulturalnost jest neophodan, no ni u kom slučaju nije i dovoljan uvjet ostvarivanja tog ideala. Najzad, *multikulturalnost* se ostvaruje u kontekstu *društava* (modernih, visoko modernih, postmodernih...); prostor šire i autentične afirmacije *interkulturalnosti* jest sustav ljudske međuzavisnosti koji bismo mogli nazvati: *metadruštvo*.

Normalizacija: Ovdje ovaj pojam određujemo kao intenciju, i široku, političku i javnomnijensku, i grupnu, ali i individualnu u datom sustavu ljudske međuzavisnosti da se minimiziraju i, čak, opravdavaju zlodjela, individualna i grupna, te da se počinitelji zlodjela oslobađaju odgovornosti ili da se, katkad, veličaju kao heroji. Termin se, inače, prvi put javio u dugotrajnim polemikama koje su vođene (prije svega, među povjesničarima, ali i ostalim društvenim teoretičarima u Njemačkoj posle Drugog svjetskog rata – *Historikerstreit*) oko odgovornosti Nijemaca za počinjene ratne zločine. *Normalizacija* je i (još uvijek postojeće) obilježje rezoniranja (javnog, grupnog i individualnog) na onim prostorima bivše Jugoslavije (u novonastalim državama) čije je stanovništvo sudjelovalo u ratovima devedesetih godina prošlog stoljeća.

Norme: Pravila ponašanja koja reflektiraju i otjelovljuju neke vrijednosti (vid., **Vrijednosti**).

Stavovi: Trajni sustavi pozitivnog ili negativnog ocjenjivanja, zatim, pozitivnih, odnosno negativnih osjećaja i, najzad, spremnosti (tendencija) da se djeluje za ili protiv

– u odnosu na nekoga ili nešto (pojedince, skupine, stvari, ideje...) (vid., **Moral**; vid., **Predrasude**).

Predrasude: Vrsta stavova (vid., **Moral i Stavovi**) u kojima emocije dobrano nadvladavaju kognitivnu (spoznajnu) komponentu; konativna (voljna) komponenta kod predrasuda zavisi od konteksta. Prevlast emocija ove stavove čini otpornim na promjene.

Supstancijalna racionalnost: Za razliku od formalne racionalnosti, radi se o racionalnosti JEDNOGA (jedne ideologije, partije, autokrate...), koji je "vlasnik" Istine; forma, odnosno procedura, odnosno pravila igre uopće nisu važna (osim kao rituali i/ili običajnost) i mijenjaju se prema prilici, samovoljno, arbitrarno, mijenja ih JEDAN. *Supstancijalna racionalnost* zna što je suštinsko dobro, uvijek i za sve. Obilježje je premodernih oblika ljudske međuzavisnosti i društava rane modernosti (vid., recimo: Turza, 1996; Turza 1998).

Vrijednosti: Apstraktne ideje (koje usvajaju i podržavaju skupine i individue) o onome što je poželjno, ispravno, vrijedno, dobro ili loše...

Zlo: Ima (za razliku od *dobra*; vid., **Dobro**) ontološki status i značaj. *Zlo*, u najkraćem, naprosto – *jest*. Ono se o sebi brine bez ičijeg mišljenja, govora, djelovanja, odnosno pomoći. Reproducira/perpetuira se bez promišljanja, planiranja, projekta, nadzora ili naročite brige i praktičnog djelovanja. Ako, pak, tih stvari, ipak, uz sebe ima (zlo mišljenje, govor, djelovanje), ono – buja. [Izgradite kuću i – ostavite je; ako ne vodite računa o kući, godinu, dvije, tri... ili duže, ona će se zasigurno pretvoriti u – ruinu. Naizgled banalan primjer. Ali, postupite li tako prema sebi, odnosno prema ljudima koji su vam, na ovaj ili onaj način, bliski, vaša će se ljudskost i vaši odnosi prema sebi, odnosno drugom/drugima, također, pretvoriti u ruinu. Zlo će, tada, bez vas, (od)raditi svoj posao. Kako veli Milan Kangrga (Kangrga, 2004): *paradoksalno zvuči, ali zlo jest razlog postojanja morala i etike; jer, u svijetu vladavine dobra, i moral i etika bili bi sasvim izlišni!*

LITERATURA

1. Bauman, Zygmunt (1993), *Postmodern Ethics*, Blackwell, Oxford, UK;
2. Beck, Ulrich (1992), *Risik Society – Towards a New Society*, Sage, London, UK;
3. Cifrić, Ivan (2007), *Bioetička ekumena*, Pergamena, Zagreb, Hrvatska;
4. Česlav, Miloš (1985), *Zarobljeni um*, BIGZ, Beograd, Srbija;

5. Čović, Ante (2004), *Etika i bioetika*, Pergamena, Zagreb, Hrvatska;
6. Giddens, Anthony, *Modernity and Self-Identity*, Stanford University Press, California, USA;
7. Giddens, Anthony (2001), *Sociology*, Polity Press, Cambridge, UK;
8. *Izazovi bioetike*, ur. Ante Čović, (2000), Pergamena, Zagreb, Hrvatska;
9. Jurić, Hrvoje (2007), "Uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera", u: Velimir Valjan (ur.), *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*, Bioetičko društvo u BiH, Sarajevo, Bosna i Hercegovina;
10. Kangrga, Milan (2004), *Etika – osnovni problemi i pravci*, Golden marketing i Tehnička knjiga, Zagreb, Hrvatska;
11. Radenović, Sandra (2008), *Oblici rasizma u Srbiji nakon petooktobarskih promena (2001-2006)*, Akademska misao, Beograd, Srbija;
12. Tönnies, Ferdinand, ed. Jose Harris (2001), *Community and Civil Society*, Cambridge University Press, UK;
13. Turza, Karel (1998), *Modernost na biciklu*, Akademia nova, Beograd, Srbija;
14. Turza, Karel (2002), "Metadruštvo", Treći program Radio Beograda, No. 113-114, Beograd, Srbija;
15. Turza, Karel (2011), *Medicina i društvo – Uvod u medicinsku etiku* (peto izdanje), Libri medicorum, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija;
16. Turza, Karel, Radenović, Sandra (2011), *Pojmovnici za izborne predmete: Uvod u nauku, Stanovništvo, ekologija i medicina, Komunikacija u medicini i Istorija medicine* (četvrto izdanje), Libri medicorum, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija.
17. Veber, Maks (1976), *Privreda i društvo*, tom II, Prosveta, Beograd.

Karel Turza

Bioethics and culture. Can bioethics contribute to formation of interculturality?

ABSTRACT

Diachronically, bioethics came into being in a late/reflective modern *multi-cultural* milieu, in the USA. Ever since Van Rensselaer Potter wrote his book *Bioethics – Bridge to the Future*, bioethics has been, in its main trajectory, developing as a *multi-disciplinary* project – turning, gradually, into an *inter-disciplinary* project. Is there a connection between its early *multi-disciplinary* character and *multi-cultural* character of its birth-place? The answer is – probably yes. At least due to the fact that both "*multis*" correspond with the very nature/logic of ontology of the entire historical process, the essential trait of which has always been differentiation, namely, transformation (as Herbert Spencer would put it) from *homogeneity* to – at first, *indefinite* and later on, *definite – heterogeneity*. It is also rather probable that there is a cause-effect relation between the two "*multis*"; heterogeneity of bioethics was, ultimately, an effect

of heterogeneity of socio-cultural milieu in which it was generated. Yet, there is a significant difference between the two "*multis*".

Besides *multi-cultural* (less definite heterogeneous), there is a conception according to which there are *inter-cultural* (definite heterogeneous) milieus. Some authors argue that only the latter are genuine, authentically human systems of human interdependency. In reality, however, *multi-cultural* milieus do exist, whereas *inter-cultural* systems are still an ideal type (or utopia). On the other hand, bioethics has developed over the past (almost) four decades, from *multi-* to a real *inter-disciplinary* project, especially recently, within the conception of *integrative bioethics*.

The question is: does bioethics, in its *integrative* version, have capacities to practically contribute (to become a cause in turn) to transformations of *multi-* into *inter-cultural* systems of human interdependency? And, if it has such capacities, how can we use them in achieving that end? Finally, what should be the first step? Probably formulating *The Manifesto of integrative bioethics*? So, let us do it.

Key words: *morality, ethics, bioethics, multidisciplinary bioethics, interdisciplinary (integrative) bioethics, multicultural societies, intercultural systems of human interdependency.*

Srećko Gajović*

Regeneracija mozga: od neuroznanstvene nade do bioetičkog problema

SAŽETAK

Razumijevanje građe mozga zasnivalo se na tradicionalnom stavu da u mozgu nakon rođenja ne nastaju nove živčane stanice, te da je njihov gubitak tijekom života trajan i nenadomjestiv. Nakon spoznaje da u odraslom mozgu nastaju nove živčane stanice, koje se uključuju u djelovanje mozga, otvaraju se novi terapijski pristupi u kojima bi se oštećenje mozga moglo popraviti ugradnjom novih stanica, prvenstveno pripravcima živčanih matičnih stanica. Osim inovativne medicinske primjene, postojanje živčanih matičnih stanica utječe na naše shvaćanje djelovanja mozga, a time i na razumijevanje nas samih. Tradicionalnom stavu o stabilnoj građi mozga koja je posljedica njegove iznimne složenosti, suprotstavljen je novi stav u kojem je građa mozga prilagodljiva novim stanicama, čime bi one mogle ne samo pridonijeti liječenju bolesti mozga, već i utjecati na njegovo sveukupno djelovanje.

Ključne riječi: bolesti mozga, živčane matične stanice, neurogeneza, poboljšanje mozga.

Tradicionalni pogled na građu mozga – živčane stanice se ne obnavljaju

Proučavanja građe i djelovanja mozga dugo su se vremena osnivala na pretpostavci da je broj osnovnih građevnih jedinica mozga – živčanih stanica ili neurona, određen trenutkom rođenja, te da se tijekom života njihov broj samo smanjuje. Ova pretpostavka imala je značajne praktične posljedice, prvenstveno u medicini. Široko je prihvaćeno da bolest ili ozljedu mozga prati nepovratni gubitak živčanih stanica, te da ne postoji mogućnost njihove zamjene novim živčanim stanicama. Nakon gu-

* Adresa za korespondenciju: Srećko Gajović, Hrvatski institut za istraživanje mozga, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Šalata 12, HR - 10 000 Zagreb, e-mail: srecko.gajovic@hiim.hr

bitka živčanih stanica oporavak se temelji na sposobnostima preostalih stanica da se reorganiziraju i preuzmu izgublenu funkciju - svojstvu nazvanom plastičnost mozga. Praktično iskustvo u skladu je s ovim shvaćanjima, jer se pokazalo da ozljede živčanog sustava dovode do nepopravljivih oštećenja, dok neurodegenerativne bolesti tijekom kojih dolazi do postepenog gubitka živčanih stanica postepeno dovode do smanjivanja fizičkih i psihičkih funkcija oboljelog, sve do invalidnosti i smrti.

Gubitak živčanih stanica koji nastaje tijekom bolesti mozga prihvaćen je stoga kao nepovratan, kao što su i mogućnosti liječenja ovakvih bolesti mozga vrlo ograničene. Idealno bi bilo spriječiti odumiranje živčanih stanica, no to je u pravilu nemoguće, jer bolest nastaje nakon što se gubitak stanica već dogodio. Primjer za to vidimo u činjenici da se, nakon moždanog udara, samo ako se bolesnik zaprimi u bolnicu u roku od 6 sati, može pokušati terapija lijekom koji bi mogao dovesti do ponovne prohodnosti krvnih žila u mozgu, što bi smanjilo područje odumrlih stanica. Prvi simptomi neurodegenerativnih bolesti pojavljuju se kada je broj izgubljenih živčanih stanica već prevelik za uzročno liječenje. Štoviše, niti uzročno liječenje ovih bolesti uglavnom ne postoji, pa se odumiranje neurona nastavlja i nakon postavljene dijagnoze, praćeno pogoršanjem bolesti. Terapija je stoga većinom ograničena na poticanje plastičnosti mozga kako bi, koliko je god to moguće, zdrave živčane stanice zamijenile djelovanje izgubljenih, te dovele do oporavka oštećenih funkcija. Ovo uključuje važne postupke rehabilitacije dugotrajnim vježbanjem, čiji su dometi značajni, no na žalost ograničeni.

S obzirom na njihovu težinu, dugotrajnost, ograničene mogućnosti liječenja, te porast njihovog udjela među bolesnicima, bolesti mozga trenutno su jedan od vodećih zdravstvenih problema današnjeg društva. Smatra se da uzrokuju trećinu ukupnih troškova društva nastalih zbog bolesti. Sve to nametnulo je neuroznanost kao jedan od prioriteta biomedicinskih istraživanja¹.

Nenadomjestivost živčanih stanica imala je i šire implikacije osim onih u medicini. Mogućnosti ljudskog mozga mogle su biti promatrane kao konačan skup stanica organiziranih u određene neuroanatomske strukture. Plastičnost mozga ukazivala je da, iako ne možemo dodavati nove građevne elemente, kao što su nove živčane stanice, postoji mogućnost prilagodbe veza između stanica. Njena važnost dokazana je postepenim ograničenim oporavkom nakon oštećenja mozga, primjerice nakon moždanog udara. Plastičnost je također važno svojstvo koje nam tijekom djetinjstva omogućava svladati niz važnih znanja i vještina. Jednu od najsloženijih vještina predstavlja učenje jezika, tako da se ta sposobnost smatra važnom osobinom svoj-

¹ Andlin-Sobocki, P., Jonsson, B., Wittchen, H. U., Olesen, J. Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology* 2005; 12 (Suppl 1): 1–27.

stvenom isključivo čovjeku. Stoga tijekom djetinjstva, bez obzira na činjenicu da je broj živčanih stanica već određen, plastičnost mozga omogućuje značajan daljnji razvitak mozga i stjecanje niza složenih osobina kojima se služimo tijekom života. Ova snaga plastičnosti ukazuje da bismo mogli imati velika očekivanja u njene mogućnosti, ne samo tijekom oporavka od bolesti, već i u svakodnevnom životu, te da bi aktivnost i vježba mozga i tu mogle imati blagotvoran učinak. Filozofsku paralelu možemo vidjeti u viđenju da je mozak (ili određena osoba) *tabula rasa*, te da odgojem, vježbom i složenim aktivnostima upisujemo pomoću plastičnosti mozga nove osobine i dodajemo nove mogućnosti. S obzirom na veličinu mozga, također je sugerirano da se u svakodnevnom životu koristimo samo malim dijelom mozga, te bismo određenim postupcima, kao što su vježbe ili meditacija, mogli poboljšati naše intelektualne mogućnosti pobuđivanjem drugih, "neaktivnih" dijelova mozga. Zanimljivo je da ova pretpostavljena univerzalna plastičnost mozga, kojom bi mozak stjecao značajne dodatne sposobnosti, nije mogla biti potvrđena u stvarnosti. Pokazalo se da su naše intelektualne sposobnosti i talenti prilično određeni građom mozga zasnovanom na nasljednim osobinama, te da su, iako su vježba i utjecaj okoline nužni i pozitivno djeluju, njihovi dometi ograničeni. Ne samo da se našim nasljeđem odredila građa mozga i raspored živčanih stanica nastalih prije rođenja, već genetski kôd prilično jasno određuje kasniju plastičnost mozga, kroz kontroliranu uspostavu veza između živčanih stanica i daljnji nastanak neuronskih krugova poslije rođenja. Kada bi mozak bio iznimno plastičan, tada bi naše sposobnosti da rješavamo matematičke zadatke, igramo šah, ili sviramo muzički instrument, ovisile samo o našoj volji i upornosti, no na žalost, premda su volja i upornost vrlo važne u životu, njima se neke osobine ne mogu bez ograničenja poboljšavati. Stoga se iznimno složene intelektualne funkcije značajno temelje na talentu, odnosno na nasljednoj, genetskoj sklonosti, koja kontrolira ne samo broj živčanih stanica, građu mozga, već i procese plastičnosti i stjecanja niza osobina tijekom djetinjstva. Najjasniji primjer za to bili su pokusi s testovima inteligencije koji su pokazali da je inteligencija uvelike određena genetskim nasljeđem. To ne isključuje značajan utjecaj, okoline, vježbe, volje i upornosti, koji onda i na istom temelju nasljeđa mogu dovesti do bitno različitih mogućnosti².

Zbog ograničenih dometa plastičnosti mozga, rehabilitacija poslije oštećenja živčanog sustava važna je i korisna, ali ne i svemoguća. Također su pokazana mala urođena oštećenja intelektualnih sposobnosti, kao na primjer nemogućnost upotrebe određenih gramatičkih oblika, koja nikakvom vježbom nisu mogla biti ispravljena, tzv. specifična lingvistička oštećenja. Ovakve osobe često su imale normalne druge

² Bouchard, T. J., Genetic influence on human psychological traits - A survey". *Current Directions in Psychological Science* 2004; 13: 148–151.

sposobnosti, te završavale i visoke škole, no svoju su inteligenciju koristile kako bi izbjegavale određeni gramatički oblik, a ne kako bi ga uspjele ispravno primjenjivati. Ovaj primjer pokazuje upravo kako, premda plastičnost mozga ima velike mogućnosti, ponekad i mala lokalizirana pogreška u građi mozga može biti funkcionalno nenadomjestiva³.

Nemogućnost stvaranja novih živčanih stanica, te ograničene mogućnosti plastičnosti mozga, posebno se očituju u našoj nemoći da se suprotstavimo neurodegenerativnim bolestima. U ovim bolestima dolazi do postupnog odumiranja živčanih stanica. Prvi simptomi nastaju kada je broj izgubljenih stanica već vrlo velik, štoviše, osnovni patološki proces koji dovodi do gubitka neurona u pravilu je često nepoznat, tako da se gubitak neurona nastavlja, a bolest postaje sve teža i teža. Primjer za to je amiotrofična lateralna skleroza u kojoj odumiru motorički neuroni kojima se pokreću mišići, te osoba nakon početnih motoričkih ispada postepeno postaje oduzeta i konačno umire zbog nemogućnosti disanja u roku od nekoliko godina od postavljanja dijagnoze. Ako pretpostavimo da se ne može dodavati nove stanice, niti neograničeno koristiti plastičnost mozga, preostale mogućnosti terapijske intervencije iznimno su sužene i stoga je osnovni pravac borbe protiv neurodegenerativnih bolesti pronaći njihovu ranu dijagnostiku, te potom spriječiti gubitak živčanih stanica koji bi doveo do simptoma bolesti.

Ako pretpostavimo da je gubitak građevnih jedinica mozga nepovratan i trajan, a obnova funkcije putem plastičnosti ograničena, moguće je pokušati problem oštećenja mozga razriješiti tako da se iskoristi tehnološki napredak i da tehnološki nadomjesci preuzmu izgubljene funkcije. Kako bi se nadoknadilo već izgubljeno, bilo zbog ozljede bilo zbog bolesti, jedna od mogućnosti koje se nude je u povezivanju stroja, kompjutora, s mozgom. Zbog toga se dio istraživanja okrenuo pokušaju ostvarivanja prenosnice između elektroničkog uređaja i živčanog sustava. Zanimljivo je da se prvi napredak ostvaruje praćenjem električne aktivnosti mozga. Matematička obrada snimljenih signala omogućila je da se ispitanik može istrenirati i određenim mislima postići zadani uzorak električne aktivnosti koji onda predstavlja neku uputu stroju, na primjer, pokrenuti invalidska kolica u desno ili lijevo. Ovim postupkom "snagom misli" mogu se ostvariti osnovne naredbe potrebne nepokretnoj osobi kao što su otvaranje vrata ili paljenje svjetla⁴.

³ Newbury, D. F., Fisher, S. E., Monaco, A. P. Recent advances in the genetics of language impairment. *Genome Med.* 2010; 2: 6.

⁴ Cincotti, F., Mattia, D., Aloise, F., Bufalari, S., Schalk, G., Oriolo, G., Cherubini, A., Marciani, M. G., Babiloni F. Non-invasive brain-computer interface system: towards its application as assistive technology. *Brain Res Bull.* 2008; 75:796-803.

U skladu s ovom zamisli koja kreće od konačnih mogućnosti ljudskog mozga, nameće se tehnologija kao jedan od putova u poboljšanju nas samih. Ako se pretpostavi da je osnovna namjena tehnologije poboljšanje kvalitete života, onda bi se ta svrha mogla ostvariti i poboljšavanjem naših mogućnosti.

Projekcije za budućnost čovječanstva zamišljaju nastanak bića u kojima će čovjek biti udružen sa strojem, tzv. kiborga, ili strojeva koji će svojim mogućnostima nadmašiti ljudske (npr. superkompjutori). No, bez obzira hoće li se ovakva zamišljanja budućnosti ostvariti, tehnologija je već ušla u naš svakodnevni život i njena primjena poboljšava naše mogućnosti. Umjetni zglobovi primjenjuju se kao nadomjestak slomljenih, a elektronički uređaji upravljaju ritmom ljudskog srca. Na sličan način naše mogućnosti pokretanja poboljšavaju vozila, slušanja i govora telekomunikacijski uređaji, a određene intelektualne funkcije, poput računanja, obavljaju kompjutori. Stoga možemo smatrati da već danas strojevi nadopunjavaju djelovanje našeg mozga.

Nove živčane stanice nastaju u mozgu čovjeka

Tradicionalan pogled na građu mozga, u kojem se živčane stanice ne obnavljaju, odnedavno je napušten, te je priznata činjenica da u mozgu mogu nastajati nove živčane stanice⁵.

Premda su prvi dokazi o nastanku novih živčanih stanica u mozgu sisavaca, u pokusima na mišu i štakoru, bili objavljeni već prije više od desetak godina, ova činjenica naišla je na vrlo jak otpor tradicionalnih shvaćanja znanstvene zajednice. Tek odnedavno se pred velikom količinom znanstvenih rezultata ovaj otpor slomio i nastanak novih živčanih stanica u mozgu čovjeka prihvaćen je kao znanstvena činjenica.

Zanimljivo je napomenuti da je nastajanje novih živčanih stanica čovjek prihvaćao oduvijek, ali samo na jednom mjestu u ljudskom tijelu. U sluznici nosne šupljine postoji poseban dio namijenjen osjetu mirisa. Osjetne stanice koje primaju osjet mirisa zapravo su živčane stanice. One pružaju svoje nastavke, dendrite, po površini sluznice, i tako dolaze u dodir s mirisnim tvarima, dok njihov odlazni nastavak, akson, kroz kosti lubanje prolazi sve do mozga. Ove stanice imaju dvije osobine koje ih izdvajaju od drugih živčanih stanica. Prva je da su to jedine živčane stanice čovjeka u neposrednom dodiru s okolnim svijetom, u ovom primjeru sa zrakom u nosnici, a druga je da se tijekom cijelog života dijele i obnavljaju. Ova druga činjenica odmah potvrđuje da se nove živčane stanice mogu uklopiti u već postojeće neuronske krugove, te da nastanak novih neurona ne narušava građu mozga. Nastajanje

⁵ Eriksson, P. S., Perfilieva, E., Björk-Eriksson, T., Alborn, A. M., Nordborg, C., Peterson, D. A., Gage, F. H. Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nat Med.* 1998; 4:1313-1317.

novih živčanih stanica bilo je poznato i u nižih kralješnjaka, pogotovo u vodozemaca. Za daždevnjake je poznato da imaju veliku mogućnost regeneracije; u slučaju gubitka noge, izrasta im nova, a mogu nadoknaditi i gubitak oka, kao izuzetno složene strukture. Mogućnost obnavljanja dijelova tijela postepeno je izgubljena tijekom evolucije, a, smatrano je, i kao način nastanka novih živčanih stanica. U oba slučaja pretpostavlja se da zbog porasta složenosti organizma tijekom evolucije, nužno bivaju dokinute određene mogućnosti prilagodbe tjelesne građe, kao što su obnova dijelova tijela i dijeljenje živčanih stanica. Time se zapravo složene strukture stabiliziraju, njihovo djelovanje je osigurano tijekom života, pa ne mogu nastati eventualne pogreške koje bi se mogle očekivati tijekom "preslagivanja" ovih struktura zbog regeneracije ili nastanka novih neurona. Stabilizacija struktura ukidanjem mogućnosti koje su bile prisutne tijekom embrionalnog razvoja važan je mehanizam za smanjivanje mogućnosti nastanka tumora u odrasle jedinke. Tumorskim stanicama svojstveno je da sliče embrionalnim, brzo se dijele, sele se po organizmu, ostaju nezrele bez konačne funkcije i oblikuju nakupine bez čvrstog ustroja, tumore. Možemo, stoga, pretpostaviti da stabilizacija građe i dokidanje mogućnosti regeneracije ima antitumorsko djelovanje. Ovaj argument, kojim govori o tome da se s povećanjem složenosti nužno odreći mogućnosti obnavljanja, još uvijek je vrlo jak u procjeni uloge koje imaju nove živčane stanice u ljudskom mozgu. Tradicionalni otpor koji je negirao nastanak novih živčanih stanica u odraslom mozgu preselio se samo jednu barijeru dalje, te s istim argumentom složenosti poriče da u ljudskom mozgu, koji je iznimno složen, stvaranje novih živčanih stanica ima neku značajnu ulogu. Upravo na ovaj argument trenutno ne znamo odgovor i, premda je nastajanje novih živčanih stanica potvrđeno u čovjeka, uloga ove prirodne pojave nije jasna. Deduktivna zaključivanja, međutim, koja su tradicionalnim viđenjima i argumentom složenosti negirala nastajanje novih živčanih stanica u ljudskom mozgu, upravo su u ovom području istraživanja bila uzrok blokiranja znanstvenih istraživanja koja su to pitanje željela razjasniti, stoga se opravdana sumnja u ulogu novih živčanih stanica u mozgu čovjeka može riješiti samo daljnjim znanstvenim istraživanjima. Danas možemo iz ove situacije izvući važnu pouku, ne samo u neuroznanosti, već i u širem shvaćanju znanosti i znanstvenog pristupa. Posve je jasno da je intelektualno promišljanje i povezivanje činjenica koje znamo o svijetu koji nas okružuje vrlo važno, te da su logički sustavi naše misli temelj razumijevanja čovjeka i njegove okoline. Primjer teškoća na koje je eksperimentalno potvrđena činjenica da postoje nove živčane stanice naišla u svome prihvaćanju, potvrđuje da svaki logični sustav mora naći svoj oslonac u realnosti, a ne joj se opirati, te je, štoviše, i negirati. Razmatrali položaj zemlje u svemiru ili ustrojstvo ljudskog mozga, važno je prihvatiti da je u produbljivanju naše spoznaje svijeta izuzetno važno daljnje spoznavanje znanstvenih činjenica, koje onda uklapamo u nove složenije sustave naše misli.

Nove živčane stanice nastaju tijekom cijelog našeg života, pretežno u dva područja mozga: subventrikularnoj zoni, koja oblaže moždane komore, te u hipokampusu, u tzv. subgranularnoj zoni dentatnog girusa. U ovim područjima smještene su živčane matične stanice iz kojih se oblikuju, diferenciraju živčane stanice. Premda se pretpostavlja da i u drugim dijelovima mozga može doći do nastanka novih živčanih stanica, ova pretpostavka nije sa sigurnošću potvrđena. Mnoge novonastale živčane stanice odumiru nakon svog nastanka, no velik dio ih se uklopi u okolno tkivo i postaju dje-latne živčane stanice. Stanice koje nastaju u subventrikularnoj zoni putuju s tog mjesta tzv. rostralnim migratornim putem u relativno udaljeni dio mozga, olfaktorne bulbu-se, gdje postaju interneuroni. Za razliku od njih, stanice nastale u hipokampusu uključuju se u svoju neposrednu okolinu u blizini mjesta gdje su nastale. Premda uloga novonastalih živčanih stanica nije jasna, postoji niz pretpostavki čemu bi one mogle služiti tijekom života⁶. S obzirom na to da je hipokampus područje mozga zaduženo za pamćenje i učenje, nove živčane stanice mogle bi se uključivati u novonastale neuronske krugove povezane s učenjem. Time bi novi sadržaji u mozgu bili reprezentirani ne samo novim vezama između već postojećih živčanih stanica, već bi se dodavanjem novih stanica mogle stvarati odgovarajuće nove strukture. Osobito je istraživana dinamika nastajanja novih živčanih stanica, te je pokazano da je ona povezana sa stresom i hormonalnom reakcijom na stres, zbog čega je pretpostavljeno da nove živčane stanice poboljšavaju sposobnost mozga da se suprotstavi stresu. Na nove neurone utječe i spavanje, pa je pokazano da je njegovo sprječavanje zaustavilo nastanak novih neurona, sve dok jedinka nije ponovno počela spavati. Fizička aktivnost i vježbanje također pojačavaju nastanak novih neurona, što je, naravno, vrlo privlačna teorija koja potiče redovitu fizičku aktivnost u svakodnevnom životu. U slučaju ozljede mozga, kao što je to moždani udar, epileptički napad ili meningitis, broj novih živčanih stanica povećava se. Nakon eksperimentalnog moždanog udara u miševa, nove živčane stanice koje nastaju u subventrikularnoj zoni mozga skreću s rostralnog migratornog puta i odlaze prema oštećenom području. Upravo ovo svojstvo novih živčanih stanica ukazuje da bi mogle imati važnu ulogu u oporavku oštećenja mozga nakon ozljede ili bolesti.

Mogućnosti primjene živčanih matičnih stanica u budućnosti

Nova spoznaja da u mozgu nastaju nove živčane stanice, koje su sposobne uključiti se u postojeće ili čak uspostavljati nove neuronske krugove, temeljito je promijenila shvaćanje o mogućnostima liječenja bolesti mozga nastalih zbog gubitka živčanih

⁶ Deng, W., Aimone, J. B., Gage, F. H. New neurons and new memories: how does adult hippocampal neurogenesis affect learning and memory? *Nat Rev Neurosci.* 2010; 11: 339-350.

stanica. Prvi put možemo zamišljati da bi se gubitak živčanih stanica mogao nadomjestiti novima i time izliječiti bolesti mozga. To bi se moglo postići aktivacijom živčanih matičnih stanica već prisutnih u mozgu, koje bi onda putovale do mjesta gdje su potrebne i obnavljale mozak. Na žalost, klinička iskustva pokazala su da su sposobnosti obnove oštećenja mozga vrlo male i da je vrlo upitno sudjeluju li u tome, pogotovo u čovjeka, nove živčane stanice. Posebnim postupcima moglo bi se potaknuti živčane matične stanice, ali njihov mali broj i relativna udaljenost od mjesta oštećenja mogu značajno ograničavati njihove mogućnosti.

Alternativni pristup bio bi da se oboljelom dade pripravak živčanih matičnih stanica direktno u oštećeno područje. Idealno bi bilo upotrijebiti vlastite živčane matične stanice, no s obzirom na to da je njihov broj mali, te da bi se morale izolirati iz mozga same oboljele osobe, bilo bi to vrlo složeno i predstavljalo bi dodatni rizik za takvog bolesnika, stoga se pokušava primijeniti stanice iz nekog drugog izvora. Osnovni izvori iz kojih se može očekivati dobivanje živčanih matičnih stanica su embrionalne matične stanice, fetalni mozak, krv iz pupkovine, te odrasla koštana srž. Ovi postupci su za sada još u pokusnoj fazi, no određeni stanični pripravci prolaze kroz početna klinička ispitivanja za odabrane namjene⁷.

Veliki bioetički problem u ovom području predstavlja neprovjerena terapija pripravcima matičnih stanica koja se odvija u zemljama s neodgovarajućom zakonskom regulativom. Ovi neetični i nelegalni postupci s oboljelima predstavljaju zapravo neželjeni odgovor na teške zdravstvene probleme koji muče bolesnike i njihove obitelji. Na žalost, ovakva nekritična primjena neprovjerenih pripravaka, onima koji su to voljni platiti, može imati negativne posljedice na javni stav o istraživanjima i primjeni matičnih stanica, te odgoditi ispravnu i opravdanu primjenu matičnih stanica u budućnosti.

Nova spoznaja da u mozgu mogu nastajati nove živčane stanice, te mogućnost da bi se u budućnosti mogle primijeniti u terapijske svrhe, neminovno utječe i na naše stavove o ustrojstvu i djelovanju ljudskog mozga. Osim što bismo od ovakve terapije mogli očekivati poboljšanje motoričkih i osjetnih funkcija živčanog sustava, tj. pokretnosti i osjeta bolesnika, također bi bilo vrlo važno kod njih obnoviti i izgubljene intelektualne sposobnosti.

Tijekom Alzheimerove bolesti osnovni simptomi gubitka živčanih stanica su zaboravljanje i gubitak snalaženja u svakodnevnim situacijama. Ako bi se pretpostavila terapija ove bolesti živčanim matičnim stanicama, od novih stanica koje bi se ugradile u mozak oboljeloga, očekivalo bi se poboljšanje upravo intelektualnih sposob-

⁷ Mitrečić, D., Gajović, S., Pochet, R. Toward the treatments with neural stem cells: experiences from amyotrophic lateral sclerosis. *Anat Rec.* 2009; 292: 1962-1967.

nosti⁸. Ova je mogućnost u prethodnom konceptu stabilne građe mozga koji se prilagođava plastičnošću veza između neurona zapravo bila nemoguća. Nadomjesci koji su se mogli zamišljati upotrebom novih tehnologija, te pomoć oboljelima povezivanjem sa strojem (npr. kompjutorom), mogli bi poboljšati motoričke i osjetne funkcije, ali ne bi mogli djelovati na intelektualne. Najviše što bi mogli zamisliti je izmještanje intelektualnih funkcija u stroj koji ih obavlja umjesto čovjeka, npr. pamti i podsjeća nas na zaboravljeno. Nasuprot tome, ugradnjom novih živčanih stanica umjesto onih izgubljenih, sam mozak postaje "bolji" i poboljšanje je rezultat realne obnove izgubljenih intelektualnih sposobnosti oboljeloga.

Naša današnja znanja još uvijek nam ne mogu odgovoriti hoće li nove živčane stanice imati ovakvo djelovanje i izazvati poboljšanje stanja bolesnika. Na pokusima na životinjama potvrđeno je da, kada se živčane matične stanice daju pokusnoj životinji, stanice preživljavaju, u mozgu od njih nastaju nove živčane stanice, koje uspostavljaju kontakte s okolnim stanicama. Još je uvijek, međutim, nejasno, djeluju li nove neuronske veze blagotvorno, ili su bez učinka, pa čak i štetne. U pokušaju terapije Parkinsonove bolesti fetalnim živčanim stanicama, koji je bio proveden krajem devedesetih u Švedskoj, koristan učinak bio je dvojbena, a ozbiljna nuspojava jaki bolovi. Upravo odgovor na pitanje bi li nove živčane stanice spontano uspostavile ispravne veze, te ako ne, bismo li ih mogli usmjeriti da to učine, predmet je intenzivnih znanstvenih istraživanja u ovom području⁹.

Moguće blagotvorno djelovanje novih živčanih stanica, pogotovo onih koje bi primijenili u obliku staničnih pripravaka, otvorilo bi cijeli niz mogućnosti, ne samo u terapiji bolesti mozga, gdje bi nadomještale izgubljene stanice, već možda i u drugim primjenama. One danas predstavljaju puku spekulaciju, no zanimljivu, pa ih je i važno pokušati razmotriti.

Ako pretpostavimo da bi primjena živčanih matičnih stanica mogla dovesti do poboljšanja intelektualnih sposobnosti bolesnika s Alzheimerovom bolesti, otvara se pitanje kakvo bi djelovanje mogla imati primjena ovih stanica u zdravih osoba. Bitno je naglasiti da u zdravih osoba nije došlo do gubitka stanica, te da mozak nije zahvaćen nekom bolešću, stoga je vrlo upitno bi li primjena ovih stanica imala neki učinak u zdravih osoba. Štoviše, mišji mutanti s više živčanih stanica imali su lošije rezultate testova ponašanja u odnosu na zdrave kontrole. Svejedno, pozitivni rezul-

⁸ Blurton-Jones, M., Kitazawa, M., Martinez-Coria, H., Castello, N. A., Müller, F. J., Loring, J. F., Yamasaki, T. R., Poon, W. W., Green, K. N., LaFerla, F. M. Neural stem cells improve cognition via BDNF in a transgenic model of Alzheimer disease. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009; 106: 13594-13599.

⁹ Mitrečić, D., Nicaise, C., Gajović, S., Pochet, R. Distribution, differentiation and survival of intravenously administered neural stem cells in a rat model of amyotrophic lateral sclerosis. *Cell Transplant*. 2010; doi: 10.3727/096368910X498269

tati u bolesnika s neurodegenerativnim bolestima ukazivali bi na mogućnost poboljšanja kognitivnih sposobnosti i u zdravih. Budući da je kod djece mozak prilagodljiviji u odnosu na odrasle, možda bi u njih primjena novih živčanih stanica imala još jače djelovanje. Pomičući dobnu granicu prema mlađima, primjena živčanih matičnih stanica u još nerođenih fetusa u trenutku kada se mozak još razvija mogla bi dovesti do značajne promjene sveukupne građe mozga. Ove futurističke spekulacije određuju matične stanice kao jedan od alata koje bi čovječanstvo moglo upotrijebiti u pretpostavljenom poboljšanju ljudske vrste i stvaranju novog čovjeka.

Primjenom živčanih matičnih stanica moglo bi se postići i poboljšanje intelektualnih sposobnosti u starijih osoba, kod kojih dolazi do smanjenja intelektualnih sposobnosti povezanih sa starenjem, tzv. staračke demencije. Time bi tretman matičnim stanicama bio neka vrsta plastične operacije mozga, koja nas ne bi pomladila u izgledu, već u razmišljanju, što je već dobilo odgovarajući naziv – kozmetička neurologija¹⁰. Iz ovoga proizlazi spekulacija da bi primjena ne samo živčanih, već i drugih vrsta matičnih stanica bila "eliksir mladosti", jer bi se stare, dotrajale stanice, kako mozga, tako i cijeloga tijela, mogle postupno zamjenjivati novim stanicama, nastalim od matičnih stanica. Ova spekulacija nalazi svoj ekstremni oblik u paradigmi Frankenstein, odnosno oživljavanja mrtvih. Osoba koja je zbog nekog razloga doživjela moždanu smrt, ima velik broj neurona koji su preživjeli, izgubljene bi nadomjestile živčane matične stanice, te bi potom uz neki poticaj umrla osoba bila vraćena u svjesno stanje i time oživjela.

Ove posljednje spekulacije imaju malo osnova u našem sadašnjem znanju i tehnološkim mogućnostima. One samo pokazuju koliko velik odmak u našim razmišljanjima može učiniti samo mala promjena razumijevanja građe mozga, gdje su nedavna znanstvena istraživanja pokazala stvaranje novih živčanih stanica u mozgu. Ova moć znanosti koja daje uvid u djelovanje mozga važan je primjer kako znanost mijenja naše poglede, razumijevanje svijeta i nas samih. Kao što naša promišljanja stvarnosti koja nas okružuje nisu završena i konačna, tako i znanost traga za novim spoznajama koje će i dalje mijenjati i samo shvaćanje stvarnosti. Bez pretenzija o svemoći znanstvene metode i bez namjere da se ustvrdi da će znanost razriješiti sve probleme ili dokučiti sve odgovore, ipak smatram da je ovo jasan primjer da doba znanosti nipošto još nije prošlo, već je u svom najboljem i najproduktivnijem razdoblju, pogotovo u znanosti u mozgu, razdoblju u kojem na osnovi ogromnog do sada sakupljenog znanja napredujemo u razrješavanju najveće i najzanimljivije zagonetke – čovjeka.

¹⁰ Chatterjee, A. Cosmetic neurology: the controversy over enhancing movement, mentation, and mood. *Neurology*. 2004; 63: 968-974.

Srećko Gajović

Regeneration of the brain: from neuroscientific hope to bioethical problem

ABSTRACT

The understanding of brain organization was based on the traditional view that after birth no production of new neurons occurs. Neuron loss occurring during life course is permanent and irreparable. After discovery of neurogenesis in the adult brain, where new neurons integrate in the brain tissue, the new approaches to brain therapy were envisaged. Brain damage could be recovered by new neurons, derived by therapeutic introduction of neural stem cells. Beside this innovative medical approach, our awareness of neural stem cell abilities modify the understanding of brain function, and subsequently of ourselves. Traditional view that brain structures are stable due to their high complexity is counteracted with a new view in which brain adapts to integrate new neurons. The consequences of this could result not only in brain repair, but as well neural stem cells could influence overall brain activities.

Key words: brain diseases, neural stem cells, neurogenesis, brain enhancement

Heda Festini*

Bioetika i filozofija biologije

SAŽETAK

Biologija je temeljna disciplina pluridimenzionalnosti bioetike. Filozofija biologije je, pak važna (glavna) smjernica integrativnosti bioetike. Osnovni pokazatelji filozofije biologije su: autonomnost/neautonomnost biologije (pluridimenzionalizam); metode istraživanja (pravac integrativnosti); kreacionizam/antikreacionizam (mutacije/proteinska sinteza, automatizmi: uzročnost - promicanje evolucijske medicine); imunološki sustav (teorija integriteta, prijenosi signala i odgovori organizma, samoobnavljanje DNK, promjena destruktivne molekule virusa u organizmu u obrambeno-aktivnu) itd.

Treba biti uočljivo koja su od tih važnih pitanja od bitnog interesa u biologiji, kao temeljnoj smjernici bioetike, te ukazati na put od biologije k etici.

Ključne riječi: biologija, filozofija biologije, antikreacionizam, imunološki sustav

Ako treba imati na umu pluridimenzionalnost bioetike i ako se želi u tom pogledu biti što dosljedniji, onda svakako treba imati u vidu stanovit pregled znanosti uopće. Ako i ne želimo imati sliku povezanosti znanosti na način **Čikaške enciklopedije** (1938.), kada su matematika i fizika trebale biti tijesna poveznica sviju znanosti¹,

¹ Najprije su trebali jedinstvo znanosti predstavljati njezini rezultati, kasnije se ono trebalo postići aksiomatizacijom preko logike i semiotike, a zatim jedinstvenom metodologijom. Fizikalizam je svakako bio najkoherentniji zahtjev, a vremenski i najkonzistentniji prijedlog prevođenja raznih znanstvenih u fizikalne propozicije (Neurath 1931, Carnap 1935). Kasnije dolazi do slabljenja takvog zahtjeva, u prvom redu R. Carnap predlaže prevođenje znanstvenih izraza na opažajne predikate, što je išlo u prilog postepenom sakupljanju mnogih malih rezultata (R. Carnap, "Testability and Meaning", u **Readings in the Philosophy of Science**, 1935). U biologiji su vrlo rano fizikalizam poduprli ruski znanstvenici i filozofi, 1967. u časopisu *Мир* prenosi se članak J. Watsona u prijevodu "Молекулярная биология ген", odnosno, B. L. Astaurov piše o teorijskoj biologiji u **Вопросы философии** 7, 1975., a u američkoj filozofiji biologije, također 1975., formuliralo se vrlo strogi fizikalizam. Naime, u napisu Thomson i Hellmanova tvrde da fizičke činjenice fiksiraju činjenice (G. Hellman, F. W. Thompson, "Physicalism: Ontology, Determination and Reduction", *Journal of Philosophy*, 72, 1975., p. 561).

* Adresa za korespondenciju: Heda Festini, Tizianova 35, HR – 51 000 Rijeka, Hrvatska, e-mail: heda.festini@ri.htnet.hr

ipak možemo pomišljati na jednu liniju poredanosti znanosti koja polazi od zahtjeva za najvišom strogošću, kao što je u matematike, i seže do najmanjeg ispunjenja zahtjeva strogosti, do najlakše karike – povijesti². Dakako da se odmah pitamo - *A što je između?* Recimo, da nam je sasvim jasan poredak prirodnih znanosti koje odmah mogu slijediti nakon matematike, a da zatim moramo govoriti o nečemu sasvim drugačijem, kao što se odrješito mislilo, osobito u njemačkoj filozofiji 19. st.³, kada se oštro istaklo sasvim drugačiju skupinu, duhovne znanosti ili, kako bismo danas rekli – humanističke znanosti. Možemo čak i prihvatiti dvojni podjelu, no treba precizirati da ta druga skupina počinje od psihologije, dok je filozofija zapravo zaleđe sviju znanosti. No, logično je da se priupitamo, čime bi se trebao završiti popis prirodnih znanosti – fizikom, kemijom ili biologijom?

Bioetika krije u sebi težnju premošćivanja jaza između onih pristupa koji se, s jedne strane, usmjeruju na sam život i, s druge strane, onih koji ciljaju na vrh ljudskosti, na moral. Zbog izlazne teze bioetike o pluridimenzionalnosti i integrativnosti, filozofija biologije itekako se uzgobljuje s bioetikom. Ako je bioetika pluridimenzionalna i integrativna koncepcija, onda je jedna od njezinih izvorišnih disciplina – biologija, a njezinu se ulogu može shvatiti, ako se ima prezentnom filozofija biologije. Stoga filozofija biologije najmjerodavnije pokazuje bioetici njezinu temeljnu pluridimenzionalnu i integrativnu usmjerenost, što će reći, nije uopće moguće valjano razumjeti, a po tome ni raspravljati o bioetici, ako se barem donekle ne uzima u obzir najnovije naputke filozofije biologije.

Posljednjih desetljeća najistaknutiji filozofski časopis u SAD-u – *Philosophy of Science*, u svakom broju objavljuje dva do tri napisa iz filozofije biologije, što pokazuje veliko zanimanje mjerodavne filozofije, i to filozofije znanosti, baš za tu disciplinu, a filozofija znanosti, etika i filozofija politike, najznačajnije su za probitak čovječanstva u ekonomsko-društveno-političkom smislu, osobito ako imamo u vidu Deweyjevo gle-

² W. Dray, *Laws and Explanation in History*, Oxford Univ. Press, 1957. Cijela knjiga posvećena je kritičkoj analizi kauzalnog objašnjenja u povijesti, osobito primjeni Hempelova modela pokrivajućeg zakona (*covering law*), a zamjenjuje ga funkcionalnim, odnosno, kondicionalnim. Pri tome je koristio Gardinerovo dispozicionalno objašnjenje (142-146) i ono Welshovo (135). Prema njegovu shvaćanju, za povijest je važno u akciji naći dobar razlog (154), a ne tražiti kauzalni zakon, jer je zapravo uvjet nekog zbivanja nazvan uzrokom samo onda ako je doista nužan, tj. bez njega ne bi bilo objašnjenja (97). Drayevu istraživanje uzročne povezanosti ukazalo je na tri načina njegova pojavljivanja: a) povezanost se uspostavlja referencijom na manipulativno iskustvo, b) referencijom na logičku povezanost u terminima neke opće teorije, c) referencijom na neke druge uvjete u određenoj situaciji koji se pokazuju kao ključni, i to je standardni povijesni slučaj (105-106). Događa se da povjesničar uopćava jednu vrstu uvjeta, jer je pomislio da je u velikom broju slučajeva to bio uzrok, a da u slučaju koji ispituje može poslužiti kao mogućí uzrok (108). U tom smislu on spominje istraživanje koje ide u smjeru odgovora na pitanje 'kako je moguće' ili 'kako je nužno', što on pripisuje "korjenitom polaženju od pokrivajućeg zakona" (21). Stoga, odrješito kao i Oakshot (113), drži da je uzrok nespojiv s povijesnim pripovijedanjem. Termin 'uvjet' kojim se on služi smatra se ekvipolentnim s terminom 'funkcija', kojim se izričito nastojalo istisnuti termin 'uzrok' (vidjeti N. Abbagnano, *Dizionario di filosofia*, UTET, Torino, 1968., p. 414). Podrobnije o Drayevoj koncepciji vidjeti u H. Festini, "Uzrok i povijest", *Dometi*, 9/1975, Rijeka, str. 33-41.

³ To je općepoznato da potječe od Windelbanda iz 1894.

dište o zadacima metode inteligencije⁴. Na žalost, filozofija politike nije bila na mjerodavnoj visini! To pokazuju nedavna općedruštvena zbivanja u svijetu – da je filozofija politike na vrijeme signalizirala neoliberalističku ekonomsku, financijsku i političku propast, možda bi se ona preduhitрила. Čini mi se da je dužnost filozofije biologije da na sličan način uoči prijetnju od raznih vrsta ugrožavanja života zbog neadekvatnog, nebrizljivog i nekompetentnog odnosa prema njegovim sastavnicama.

Biologija se bavi glavnom sastavnicom života i iznutra je razotkriva, a filozofija biologije je najkompetentnija da je pokazuje s njezine vanjske strane.

U makar kako velikoj šarolikosti dimenzija bioetike, ako je biologija, kako se vidi, svakako temeljna disciplina i ako je zadaća filozofije biologije sadržana u navedenom, onda bi ona mogla biti i prvom integrativnom silnicom bioetike. Prema tome, filozofija biologije ispunjava dva glavna zahtjeva bioetike.

U kratkom osvrtu možemo reći da nas filozofija biologije danas može upozoriti na sljedeće:

- 1) je li biologija samostalna znanost, ako se imaju u vidu njezini oslonci na fiziku i kemiju i kakve reperkusije to može imati;
- 2) o kakvim se zakonima radi u biologiji i koju bi interpretaciju trebalo promicati u cilju njezinog boljeg razvoja;
- 3) isto se to može reći i u vezi s metodama;
- 4) pitanje evolucionizma;
- 5) novi rezultati u imunologiji.

Ad. 1) Svakako je za biologiju važno pitanje može li se ona zapravo smatrati **samostalnom** znanostu, kao što se inače drže takvima znanosti, osobito one prirodne, ili se treba prikloniti definitivnom zaključku da je ona moguća kao znanost, ako se njezina tumačenja i razjašnjavanja svode na fizikalne ili kemijske zakone. Zato je u filozofiji biologije aktualna tema o redukcionizmu i antiredukcionizmu u biologiji, kao što to pokazuje jedan od najznačajnijih autora A. Rosenberg (2001)⁵. I u nas je

⁴ H. Festini, "The Contemporary Relevance of Dewey's Social Liberalism", *Synthesis philosophica*, vol. 25, fasc. 1, Zagreb 2010., p. 60.

⁵ A. Rosenberg, "Reductionism in a Historical Science", *Philosophy of Science*, Vol. 68., No. 2, (Jun, 2001), p. 135-163. Prije svega, Rosenberg izričito tvrdi da je biologija povijest (147), a biološko objašnjenje povijesno (148), sam redukcionizam je povijesno objašnjenje (154). On pripisuje E. Nagelu definiciju redukcionizma – to je deduktivno izvođenje zakona izvedene teorije iz zakona teorije iz koje se izvodi (136, 137-138). On izabire drugo od Drayevih tumačenja jedne od raznih varijanti uzročnog objašnjenja, tj. "kako-mogućeg objašnjenja" i "kako-nužnog objašnjenja", što bi se trebalo dogoditi uz razmatranja, kao što su zakoni ili činjenice (151). Rosenberg tvrdi da se ta razmatranja koja se odnose na povijesno objašnjenje proširuju sve do prirodne povijesti (151). Biologija se čini bitno povijesnom disciplinom, zato što funkcionalne vrste imaju etiologiju koja odražava prirodnu selekciju koja djeluje pod lokalnim uvjetima, a prirodna selekcija stalno mijenja lokalne uvjete (147). Po njemu je opće načelo selekcije jedini pravi zakon biologije, od paleontologije do fiziologije (molekularne biologije). Biološko objašnjenje je povijesno objašnjenje, u kojem su implicitni zakoni načela selekcije. To će biti istinito čak i u molekularnoj biologiji (148). Zato redukcionist tvrdi da su *explanantia* funkcionalne biologije

u tom pogledu temeljito informativno istraživanje splitskog filozofa T. Kokića (2010), koji pregnantno iznosi dosada tri uočena stava: 1) biologija nije samostalna znanost; 2) da bi to postigla treba se svesti na fiziku i 3) ona je, unatoč svojim ograničenjima na koja se upiru prva dva stava, prava znanost sa svojim znanstvenim pojmovnikom i metodologijom⁶. Isto je tako indikativan Kokićev zaključak da biologija ima neka svoja posebna obilježja, pa se on priklanja trećem stavu (225-226).

U svakom slučaju, bioetički pluridimenzionalizam može se pokazati kao važna smjernica u daljnjem traženju što adekvatnijih odgovora.

Ad. 2) i 3) Tome bi svakako još više trebalo pridonijeti praćenje tretiranja prirode **zakona** koji se upotrebljavaju u biologiji, kao i **metode**, a to je pitanje još više aktualno u filozofiji biologije i ekstremno različito po svojem tretmanu, jer se proteže od negiranja postojanja zakona (Rosenberg)⁷, do koncepcije o zakonu kao nevarijantnosti (Woodward, 2001)⁸, odnosno do strogo determinističkog ili indeterminističkog pristupa (Craver, Weber, 2001, 2005)⁹.

Ad. 4) Puno je vremena prošlo od Darwinove dobrodošlice (1869.) Špiri Brusini u vezi s osnivanjem njegova "Hrvatskog naravoslovnog društva" (1859.), a još nam se daljom čini borba za priznavanje Darwinove teorije evolucije od preko pola stoljeća do usvajanja. Darwinova knjiga o **Postanku vrsta** teoriju selekcije kao prirodni odabir s mutacijama koje donose i transcendenciju obznanila je kao prvo pravo tumačenje života. Njegovo **Podrijetlo čovjeka** (1871.), kao i uvjerenje C. De Bergeraca iz 18. st., prva su antikreacionistička tvrđenja kojima je doslovno shvaćanje Svetog pisma osporeno. U tom su smislu i danas aktualne polemike koje idu u pravcu promicanja evolucijske medicine. Na tom tragu je otpočetak Dawkins (2006)¹⁰, a posebno teorija gnomske filostratigrafije Tomislava Domazeta-Loše¹¹(1.010).

Glavno se težište stavlja na tumačenje mutacija, koje po Kokićevu shvaćanju možemo tumačiti kao blagodatne, štetne ili neutralne za organizme. U skladu s time razvile su se

(mikromolekularne) uvijek *explananda* molekularne biologije (160). Suprotstavljajući se antiredukcionizmu (P. Kitcher, K. Sterelny, 161), on predlaže usvajanje redukcionističkog istraživačkog programa, a to znači da biologija treba težiti za odgovorom na pitanje zašto - nužno tražeći objašnjenje u interakciji makromolekula (162). Očito da je Rosenberg krivo shvatio Drayjevo tumačenje povijesnih znanosti, pa je, prema tome, krivo sveo i objašnjenje u biologiji na jedan kauzalni tip. U tom smislu naročito je upozoravajući prijedlog nove funkcionalne analize Predraga Šustara.

⁶ T. Kokić, "Samostalnost znanosti o živome", Filozofska istraživanja, God. 30, Sv. 1-2, (117-118), Zagreb, str. 226.

⁷ Op. cit. p.139.

⁸ J. Woodward, "Invariance", Philosophy of Science, 68(2001), p. 1-20.

⁹ C. F. Craver, "Role Functions, Mechanisms and Hierarchy", Philosophy of Science, 68(2001), pp. 53-74); M. Weber, "Indeterminism in Neurobiology", Philosophy of Science, 72(2005), pp. 663-674.

¹⁰ R. Dawkins, **The God Delusion**, Bantam Press, London etc. 2006, p. 120.

¹¹ T. Domazet Lošo i D. Tautz, "A phylogenetically based transcriptome age index mirrors ontogenetic divergence patterns", Nature 468(2010), p. 815-818.

trovsne teorije o mutacijama: o nenasumičnosti, nasumičnosti i adaptivnosti. Upućujući na traženje izbora među njima on iznosi da je besmisleno govoriti o nasumičnosti u evoluciji koja se obično tiče pojedinačnih mutacija. Treba poći otuda da se preko kompleksnih mutacija, tj. novog entiteta može uspostaviti izravni odnos između mutacija i blagodat za organizam, a da je pri tome svaka pojedinačna mutacija relevantna za evoluciju.¹²

Načelo prirodne selekcije sadržano je, zapravo, u traženju zaštite proteinske sinteze, a Lubert Stryer (1988) o tome iznosi hipotezu o adaptoru¹³, što omogućuje oprečne interpretacije. Jednu ćemo upravo upoznati.

Slijedeći R. Cumminsa (1975), Predrag Šustar, s riječkog Filozofskog fakulteta, predlaže za biologiju novu funkcionalnu analizu kao putativne znanstvene mehanizme objašnjenja prirodne selekcije. Ti mehanizmi mogu se shvatiti kao uzročni lanac zbivanja, sustavni mehanizmi ili procesualni mehanizmi u obliku jedinstvenog uzročnog lanca ili uklopljenog u odgovarajuću uzročnu isprepletenost (*nexus*) za koji se i autor zalaže, postavljajući zahtjev ušančenosti, opkopa (*entrenchment*) kao identifikacijskog kriterija, pokazujući spomenuto na raznim primjerima raka¹⁴. Svakako je uputno pitanje je li baš sretan termin 'mehanizam', budući da je on dosta značenjski opterećen slikom čovjek-mašina¹⁵ ili je bolje koristiti termin 'automatizam', no to je posebni problem koji se vrlo značajno nameće.

Ad. 5) Shodno svemu spomenutom, osnovna briga u biologiji treba biti bavljenje imunološkim sustavom, a to je doista područje od najvećeg interesa svih srodnih istraživanja. Ivan Đikić, primjerice, u svojem poznatom biološkom istraživanju, utvrđuje mehanizme prijenosa signala i imunološki odgovor organizma¹⁶, kao i Miroslav Radman, koji se bavi procesima samoobnavljanja¹⁷. U sklopu teorije integriteta zanimljiva je i koncepcija opet jednog našeg istraživača, Riječanina s boravkom u Norveškoj, Zlatka Dembića, koji polazi otuda da imunološki sustav nije samo obrana organizma od štetnih mikroorganizama, nego i aktivni način odabira i zaštite potencijalnih komenzala i simbionata. U filogenezi funkcije pravog izbora zovu se

¹² T. Kokić, "What is the real unit in mutations processes?", referat na Simpoziju analitičke filozofije u Rijeci, 2007., str. 1-10.

¹³ L. Stryer, *Biochemistry*, New York: W. H. Freeman and Comp., 1988, p. 745.

¹⁴ R. Cummins (1975), "Functional Analysis", *Journal of Philosophy*, 78. 741-765; P. Šustar, "Neo-Functional Analysis: Phylogenetical Restrictions on Causal Role Functions", *Philosophy of Science* 74(2007), 601-615, također vidjeti "Ingredients for Human Cancer: The Mechanism of Natural Selection", referat na "Stevens Institute of Technology", New Jersey, 2009., p. 27. www.kent.ac.uk/.../jw/2009/macits/medix/Sustar.ppt

¹⁵ O tome je pisao La Mettrie, proširivši Descartesovo mehanicističko načelo sa životinja i na ljude, J. O de La Mettrie, *Čovjek mašina* (1748), vidjeti *L'Universale Filosofia*, vol. II, Garzanti Libri s. p., Milano, 2003, p. 710.

¹⁶ I. Đikić, "Razvoj hrvatske onkologije od 1990-2009", *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, Vol. 6, br. 21, 7. 1. 2010., str. 15.

¹⁷ M. Radman, *ib.*, str. 12.

komenzali i simbionati¹⁸. Osim spomenutog, na Medicinskom fakultetu u Rijeci znanstvenici su istraživali jedan patogeni virus (HCMV), najvažniji uzročnik kongenitalnih anomalija središnjeg živčanog sustava i zamijenili virusni gen molekule koji je aktivan s genomom koji mu se suprotstavlja¹⁹. Mogli bismo se upitati, s obzirom na navedeno pod 5), bi li bilo obećavajuće daljnje istraživanje NASA-ine bakterije koja ukazuje na to da organizmi mogu živjeti i na bazi arsena. Zapravo bi sasvim prirodno trebalo proizaći iz prethodnoga koja su od navedenih važnih pitanja od bitnog interesa u biologiji kao temeljnoj smjernici bioetike.

Ad. 1), 2) i 3) svakako potvrđuju ukupnu povezanost biologije s osnovnim prirodnim znanostima i proširuju njezinu ulogu poluge u bioetičkoj pluridimenzionalnosti. Isto se tako pojačava integrativno obilježje bioetike osebujnošću metoda biologije. Primjerima 4) i 5) postaje jasan evolucionistički smjer, što potvrđuje i krajnji vrh – najviši razvoj, a što se poklapa sa smjeranjem bioetike ka etici kao najvišoj disciplini.

Heda Festini

Bioethics and philosophy of biology

ABSTRACT

Biology is the fundamental discipline of the pluridimensional field of bioethics. Philosophy of biology is an important (or rather the main) branch of research that supports the integrativity of bioethics. The basic indications of philosophy of biology are: autonomy or dependency of biology (cf. pluridimensionality); biological laws; investigation methods of biology (the line of integrativity); creationism/anti-creationism (mutations/protein synthesis, automatism: causation - the promotion of evolutionary medicine); immunological system (the theory of integrity, signal transmission and response of the organism, self-regeneration of DNA, deactivation of the attacking molecule of a virus, as well as its transformation into a defence molecule)etc.

It has to become visible which of these important questions are of the essential interest in biology as the fundamental discipline of bioethics, and we need to show the path from biology to ethics.

Key-words: biology, philosophy of biology, anticreationism, imunological system

¹⁸ Z. Dembić, **Citokini i bolest iz imunološke perspektive**, v. s. 3.5. (2008), Med. fakultet u Rijeci, str. 150. Komenzali su živa bića koja u životinja potpomažu jedne druge (npr. stanovita ptičica koja povremeno živi na krokodilu). U čovjeka su to mikroskopska bića, kao npr. jedna podvrsta bakterija u crijevu koja proizvodnjom vitamina K sprječava iskrvarenje. Simbionati uvijek žive skupa i ne mogu živjeti nezavisno. Preci bakterija i naših stanica prvo su bili stanični sembionati, ulazeći jedni u druge, a da nijedan od njih nije bio razgrađen, nego je prva funkcionirala kao tvornica energije, a ova nova je razvila druge funkcije. Takva prastanica se dulje razvijala i naziva se enkariotskom. Dakle, takav proces izbora korisnijeg elementa trajan je proces u evoluciji života. Prema tome, imunološki sustav može razlikovati korisne od štetnih i onih koji ne vrše ni jedno niti drugo (usmeno saopćenje autora).

¹⁹ Istraživanja je vršio S. Jonjić, www.medri.hr, <http://www.ukf.hr>, 1. 2. 2011. Vidjeti također S. Jonjić i dr., "Recombinant mouse cyto-megalovirus expressing a ligand for the NKG2D receptor is attenuated and has improved vaccine properties", *The Journal of Clinical Investigation*, vol. 120, 12 (Decem.1, 2010), ps. 4532-4545.

George Alexias*, Georgia Dilaki*, Charalambos Tsekeris**

The "Beautiful" pain: cosmetic surgery and the embodiment of pain

ABSTRACT

This article focuses on women undergoing plastic surgery operations, highlighting their particular attitude toward pain, which is caused by the desperate pursuit of beauty. Extracting data from semi-structured interviews, it is shown how pain is defied, eliminated or even denied by individuals undergoing cosmetic surgery. Since cosmetic procedures are carried out for aesthetic reasons, people disconnect this process from any negative emotion and ignore pain and trauma yielded from surgical operation. Hence, a special kind of pain embodiment is reflexively emerged. Pain is not a one-dimensional biological stimulus; it is rather associated with how each social group perceives, interprets and reacts to the biological stimulus, producing a particular mode of embodiment.

Key words: cosmetic surgery, embodiment, pain, sociology of the body, qualitative methodology

Introduction

Besides being a natural or biological phenomenon, pain has also a strong social and cultural basis: "As well as being a medicalized phenomenon, pain is, of course, an everyday experience linking the subjective sense of self to the perceived 'objective' reality of the world and other people" (Bendelow and Williams, 1995: 162). Although its "given" biological dimension triggers a form of physical or physiological reaction, we do not react to the same stimulus in the same way: "Pain is never the sole creation of our anatomy and physiology. It emerges only at the intersection of

* Panteion University of Social and Political Sciences, Department of Psychology, Greece.

** Correspondence address: Charalambos Tsekeris, PhD, Panteion University of Social and Political Sciences, Department of Psychology, Syngrou Ave. 136, Athens 17671, Greece, e-mail: tsekeris@gmail.com.

bodies, minds and cultures" (Morris, 1991: 1). Various social sub-groups develop different strengths and resistance against the same pain stimulus (Zola, 1966). The analytical challenge here is to understand the reasons and ways in which different stances against pain are developed (Frank, 2001; Smith, 2008).¹

In recent decades, we experience a culture of commodification and commercialization of the body, with increasing emphasis on the external appearance and the public display of the self. The body is increasingly identified with the self so that the management of public appearance becomes more and more important. In this cultural context, the various body modification practices, which are purposefully performed to improve external appearance, such as the aesthetic plastic surgery, are of particular importance.

The aesthetic or cosmetic surgery enhances body parts, based on aesthetic criteria, and often constitutes a psychological response to modes of frustration one might feel in front of one's body image. But since aesthetic surgery is primarily a surgical operation, it is inevitably linked with intense postoperative pain. The point here is that this pain, as a result of people's attempt to improve their external appearance, is deliberate. In other words, people deliberately undergo these operations and subsequently experience pain. This choice is voluntary because the surgery is not aimed to cure a health problem or to offer a better quality of life.² That is, the experienced pain is not "therapeutic" and does not result from the attempt to restore or to maintain health; instead, it emerges as an inevitable "evil" in the attempt to form our body according to accepted standards of beauty.

Therefore, it is expedient to better understand how people who undergo these surgical cosmetic procedures actually experience pain. However, as Bendelow and Williams (1995: 147) rightly point out, for a sociological analysis of pain, we should necessarily begin from the sociology of the body. Within this analytical framework, we use the embodiment approach aiming to understand the exact reasons and ways through which people undergoing plastic surgery operations give meaning to and accept pain.

The embodiment

The phenomenology of the human body systematically attempts to highlight its empirical or experiential dimension as an active element in the formation of social relationships. Merleau-Ponty's (1962, 1968) main contribution to phenomenology in-

¹ Many useful anthropological insights and perspectives on pain can also be discerned in Good et al., 1992; Brihaye et al., 1987.

² Of course, this does not necessarily imply that the aesthetic surgery also leads to "better quality of life".

volves the emphasis given by perception on the role of the "living body", through which we experience and perceive the world. Body has both an object's aspect and a subject's one that sees, listens, touches and experiences the world with its physical presence (Crossley, 1995: 43-63). It is not only a biological objective item, but also a living subjective reality.

According to Merleau-Ponty (1962, 1968), the conscience of the world is actively mediated by the body; we do not passively represent the world, but we demiurgically experience it through our bodies. Consequently, phenomenology features the body as an active and dynamic element in shaping the social behavior and not as a static and unchanging biological entity.

Hence, the phenomenological approach imaginatively highlights the concept of embodiment as a central analytical category for the sociological analysis of modern societies. The rapid development of medical knowledge and technology, in combination with the emergence of a new perception upon which the body is identified with the self and acquires an important role into the formation of each individual, gave a unique impulse to the development of the Sociology of the Body (Featherstone and Turner, 1995; Shilling, 2005a, 2005b; Turner 1997a, 1997b). In this regard, people do not merely have bodies, but they are bodies themselves, since they are dynamically and actively involved in the development and shaping of their bodies into time and space.

Within this sociological context, body is anticipated as an object, "as a project plan to be implemented" by each individual subject (Shilling, 1993). In modern Western societies, body is radically transformed into raw material, which we consider that we can shape over, in order to get closer to the ideal figure that we have formed in our mind (Featherstone, 2010). The identification of the self with the body and its simultaneous commercialization and objectification in the Western societies, illustrates the embodiment of people who undergo aesthetic procedures as an extremely interesting object of study (Balsamo, 1997; Davis, 1995; Gimlin, 2006, 2007; Covino, 2001).

The pain

Traditionally, pain was considered as a purely *biological phenomenon* in medicine, linked with the reaction mechanisms of the body and independent of any cultural influence or dimension. The experience (aesthesia) of pain was totally ignored by scientific medicine as a kind of *subjectivism* that complicates rather than facilitates the diagnosis and the management of health problems:

In summary, the elevation of sensation over emotion in traditional medical and psychological approaches results in the lack of attention to subjectivity, which in turn leads to a limited approach towards sufferers and a neglect of broader cultural and sociological components of pain. In other words, a far more sophisticated model of pain is needed; one which locates individuals within their social and cultural contexts and which allows for the inclusion of feelings and emotions. (Bendelow and Williams, 1995: 146)

Thus, pain has two dimensions: it is both a natural and a social phenomenon. The crucial thing here is that culture actively mediates between the physical stimulus of pain and its manifestation with the particular historical figure it takes. The embodiment of pain is what ultimately substantiates the (final) form of the manifestation of the pain stimulus. However, this form significantly varies according to the subject. That is, there are important qualitative differences observed in women, who are considered more durable (Bendelow, 1993), in boxers (Wacquant, 1995) or football players (Roderick, 2006), in patients with chronic diseases (Baszanger, 1992; Bury, 1991), in dancers (Turner and Wainwright, 2003; Wainwright et. al., 2005) or other groups, such as professional athletes and laborers who have learned from an early age to accept pain stoically as a part of their daily lives (Kotarba, 1983).

Therefore, understanding pain requires a systematic study on how a group of people experiences it, or on the way in which it is embodied by each group, as well as on the messages a group carries; messages that construct a particular attitude towards body and pain: "...People in pain ... need the legitimacy of their pain and suffering accepted by others, both medically and socially. This search for legitimation is ... involving a process of narrative reconstruction in the face of the biographically disruptive nature of pain and suffering" (Bendelow and Williams, 1995: 162). The point here is that this attribution of meaning to pain, as well as its legitimization and justification escapes from the analysis offered by scientific medicine.

The "Beautiful" Pain

The pain under consideration in this article is the one induced not for medical reasons but for aesthetic ones, by individuals' choice. In particular, we will deal with the embodiment of pain in women (Johansson, et. al., 1999; Bendelow, 1993) who undergo aesthetic procedures. Women of course constitute the vast majority of those who undergo such operations, although in recent years, men undergo similar procedures as well (see Atkinson, 2008).

Holliday and Taylor (2006: 185-189) argue that, although feminists elaborating on cosmetic surgery have reported a variety of incentives for women who have under-

gone aesthetic procedures, there is a general agreement on some key issues. That is, the fact that the misogynistic culture produces aesthetic surgery as an issue that concerns women (since the whole construction of being a patient or a surgeon is gendered), as well as the fact that aesthetic surgery produces normalized bodies and is a normalizing technology.

A third key element in the feminist literature on aesthetic surgery is the issue of pain, both physical and psychological. Holliday and Taylor (2006) refer to Morgan, according to whom we need a feminist analysis to understand why women choose to participate in the "fetishistic" approach of their bodies, as if they purchase a "restored youth" and "permanent beauty", despite the considerable risk of postoperative complications and the discomfort entailed by the whole process of the aesthetic surgery (Morgan, 1991: 26).³

Naomi Wolf referred extensively to the concept of surgical pain, toward which it is required from women to be stoic (Wolf, 1990: 254-257). For Wolf (1990), pain constitutes a "reality" when there are other people around to believe the sufferer. When there is no one to believe the woman except herself, her pain is characterized as madness, hysteria, or her own feminine failure. Women have learnt to be submitted to pain, listening to institutional forms – doctors, priests, psychiatrists – who reassure them that what they feel is not pain. Indeed, Wolf reports some cases of women who could say that their pain was not real.

According to her argument, women's pain is contradicted through its trivialization. The trivialization and the childish approach of pain eventually flood the language of plastic surgeons when they talk to women. That is, the pain caused in the pursuit of beauty is considered minimal, since it is supposed that women choose it freely (Wolf, 1990: 257-260). Nevertheless, Wolf believes that women's choices in the Era of Surgeries are not free and, therefore, we have no excuse to refuse to see their pain as real.

Sheila Jeffreys (2005) sees all body modification practices as "culturally harmful" and dangerous for the physical and mental health of women. Furthermore, she argues that, depending on the degree of severity, they ought to be subjected either to penalization or rebuke. Particularly, Jeffreys characterizes aesthetic surgery as the most known form of severe self-mutilation with one's own concurrence being more and more brutal (Jeffreys, 2005: 154).

According to Jeffreys, the message boards and forum discussions, which the industries of aesthetic surgery have established in recent years, vividly show how women's

³ See also Gagné and McGaughey (2002) for a clear and succinct overview of the various feminist perspectives on agency, culture, and cosmetic surgery.

forms of interaction that were developed to deal with oppression – that is, the discussion of common experiences, encouragement and support – have become an object of exploitation in order to increase the profits of the industries. Women discuss their pain and despair but, instead of criticizing the procedure in which they are involved, they support each other in undergoing aesthetic plastic procedures (Jeffreys, 2005: 156).

For Ann Cahill (2003), when the woman chooses to use her beauty or to rely on it in order to boost her self-esteem, she significantly risks downgrading herself to nothing more than an object of a man's desire, thus eliminating the possibility of her own free will. The positive dimension of female beauty requires a frank and critical belief that someone gets involved in this procedure for one's own purposes and not only to meet social (and predominantly male) expectations (Cahill, 2003: 59). The process of beautification should be understood and experienced as if it exists for the beautified woman's pleasure and satisfaction.

Only when beautification confronts this situation, it can avoid the "cloak" of social coercion. A good test for determining whether the process of beautification exists to satisfy the woman herself is, according to Cahill (2003), the tolerance to pain, anxiety and discomfort. If there is no limit to those (a woman stands the whole painful recovery required after many aesthetic surgery procedures), we should then be suspicious whether she does it exclusively by her own free will.

The literature on the surgical transformation of the female body grows so rapidly as the surgical operations themselves. One of the main criticisms of the aesthetic surgery points to the multiple dangers linked to surgical operations. Even the anesthesia may pose significant risks to the health of an individual. Aesthetic surgery is undeniably painful and dangerous, and every operation poses its own potential complications (Gimlin, 2000: 79-80). For example, pain, anesthesia, bruising and discolorations, often following a liposuction, usually last up to 6 months after surgery. Similarly, facelifts can cause damage to the nerves, leaving the person's face permanently numb.

More serious complications include infections, dehydration, fat embolisms, blood clots and in some cases death. The most common side effects in breast augmentation include reduced sensitivity of the nipples, swelling, congestion or sclerosis of the breasts that poses difficulty in raising the arms easily without moving the implants. Even more serious is the problem of encapsulation, where the body reacts to foreign materials forming a capsule of fibrous tissue around the implants, which sometimes forces the plastic surgeon to cut off the sclerotic material from the chest wall.

Abigail Brooks (2004) also analyzes descriptions of the print media about the body that undergoes aesthetic surgical operations, focusing on the ways in which they promote normalizing perceptions on aesthetic surgery. These descriptions of the body, along with descriptions of the results of aesthetic surgery, foster new bodily perceptions which are friendly towards aesthetic surgery. Thus, they are able to encourage readers and viewers not to pay attention to the physical pain, the swelling, the bruising and the bleeding, as well as not to realize them as potential warning signs or indications of concern (Brooks, 2004: 225).

In this way, aesthetic surgery causes a growing distrust against physical signs. The pain, blood, bruising, swelling and infections are ignored, even though they cause feelings of anger and rebuttal from clients of the cosmetic procedures (Brooks, 2004: 230). Brooks (2004) also refers to the fact that the normalization of aesthetic surgery has, as a result, the promotion of the "frozen", motionless body. The aesthetically modified bodies may fail to regulate the environmental temperature variations, as in the case of breast augmentation, where the silicone implants often cause numbness or reduced pleasure.

Moreover, some aesthetic procedures, such as botox, often limit the natural mobility of the muscles. To this reduced expressive capability is significantly added up the elimination of the physical proof of the past self-expression activity. The aesthetically modified face and body contain no trace of the uniquely lived history and the complexity of subjective experience, in comparison to an unmodified one (Brooks, 2004: 228-229).

This condition is also theorized by Mike Featherstone, who perceptively notes that the new ideal of the "unmarked" face, with the use of botox injections, has resulted in faces without memory traces of the lived experiences, promoting a "game of masks", where the "mask of aging" is simply replaced by a new one (Featherstone, 2010: 204). In addition, Grayson Cooke emphatically stresses the high risk of "muscle recruitment", namely the emergence of new, secondary lines and wrinkles in the most unexpected areas of the face, while the face tries to "compensate" for the inertia of the paralyzed muscles, recreating the effect of frowning (Cooke, 2008: 33-34).

Sonnie Berry (2007) has also mentioned that there is still the risk that the result does not meet the expectations of the person who underwent the aesthetic surgery. The dissatisfied are willing to undergo repeated plastic operations, to "start from scratch". The repetitive reparative operations – or "remodeling" – are often performed due to a previous failed surgery, which resulted in non-fixed or worse characteristics, or even unforeseen medical complications.

Hence, the individuals may be submitted to multiple repetitive procedures, trying to correct the same part of their body. Things become incomprehensible when an individual submitted to a cosmetic procedure has a problem with its repetition, but still redoes the repetitive procedure, a process resulting into an increase of medical dangers and a reduction of the probabilities of a satisfactory aesthetic result – mainly due to the accumulation of damaged tissues and the loss of cartilage.

Finally, Meredith Jones (2008) refers to the anaesthesia during surgical modifications of the female body, which she parallels with the story of some fairytales, like those of "Sleeping Beauty" and "Snow White and the Seven Dwarfs". The promise of transformation during sleep, according to Jones, has its roots in myth. The anaesthetic is the poisonous instrument that helps women "die" and wake up transformed in a magical way, having "escaped" from their problems (as in fairy tales).

According to Jones (2008), the surgically modified female body experiences a "fake funeral". While aesthetic surgery is presented as a reaction to the fear of aging and mortality, it is exactly the opposite. It involves the killing of a living human body part (skin, muscle, etc) and its replacement with a lifeless part (e.g. implant). Similarities also exist between the processes of preparing the body for embalming and for an aesthetic procedure. Both processes damage the skin of the body to maintain its outer surface (Jones, 2008: 93-96, 99-100).

The main conclusion of the analysis is that, in the context of aesthetic surgery, it has produced a medical discourse that energetically encourages women to ignore or to minimize the pain in a stoic apotheosis of appearance. The prior socialization of women, within the patriarchal society, produces the docile, normalized and sexually attractive body, as well as the necessary form of embodiment. The woman gets identified with the body as a sexual object and thus pain is just an inevitable "evil", which she "should" simply tolerate. The analytical challenge here is to methodologically elaborate on the form this embodiment of pain takes.

Research

The research was conducted between March and December of 2008, in the region of Athens, Greece. The basic method used for doing this research was the qualitative in-depth interview. The semi-structured interviews were administered to 18 women who had undergone the aesthetic interventions, and they were conducted in various places, face-to-face, with the use of a voice recorder. They had the form of an open discussion, with questions modified or reformulated, even with new ones added during the interviews.

The age of the individuals who were submitted to aesthetic interventions varies between 25 to 65 years. They were submitted into various types of aesthetic interventions, either surgical or non-surgical. The majority of the surgical procedures were liposuctions (7) on various parts of body (legs, arms, abdomen) and breast interventions (6) (breast augmentation, breast reduction and restoring - mastopexy). In addition, there were rhinoplasties (3), otoplasties (3), facelifts (3), blepharoplasties (2), abdominoplasties (2) and one liposculpture, after a loss of massive bodily weight. The majority of the non-surgical interventions concerned various injectable materials, such as botox, hyaluronic acid, mesotherapy, as well as dermabrasion, peeling and laser hair removal.

The women who participated in the interviews had not been submitted exclusively to a single intervention, but in some cases, to more than one intervention. From the 18 women involved in the research, 11 had undergone a mixture of procedures, either combining these procedures under the same sedation or undergoing them at separate times. Six of them had combined surgical procedures with non-surgical interventions. From the 18 women of the research, 8 had needed correctional interventions, due to either unsatisfactory results or ex-post complications.

The questionnaire consists of 70 questions. Each interview lasted on average from 1 hour to 2 hours. During the interviews, participants were encouraged to freely express their thoughts about the questions asked. The participants were registered under a pseudonym in the form of name initials. Participants were informed that the conversations would be recorded for research purposes only, and signed a consent form declaring their agreement. After the conduct of the interviews and the whole process of transferring the recorded material into a written form, it followed a qualitative analysis of their contents consisting into an *overt content* and a *latent content* – that is, the deeper meanings emerged from the answers given.

Content Analysis was used to analyse the qualitative data of the interviews. This study followed the standards for the conduct of good qualitative research as described by Elliot et al. (1999). Triangulation, as an attempt to increase the reliability and validity of qualitative results, was attempted by using the three researchers involved in this study to analyse the data separately, with the aim to ensure that the identified themes were in accordance with the interview material. In order to further enhance the credibility of the data, the text was read multiple times and critically discussed by the three researchers.

In addition, participant theme validation was pursued as participants were offered transcripts and drafts of the thematic analysis throughout the preparation of the report. It is important that qualitative researchers should be self-critically aware of

their own involvement in the analytical processes, constructing contexts for their analysis based on previous literature or existing knowledge, in the pursuit of their own research questions (Krippendorff, 2004).

The researchers/authors of the present article have much experience in critically investigating issues of embodiment, within the theoretical framework of the sociology of the body, and are reflexively aware of their own position in the research process.

The embodiment of pain

During the interviews, we asked those submitted in aesthetic procedures to describe how they experienced pain. Their responses were categorized according to the reported intensity of pain they felt. The main categories in which we were eventually led by the analysis of their answers were three: some women (7) ignore pain, while for most of them (9) pain is minimal to nonexistent, since they "freely" chose to undergo aesthetic surgery. Finally, for a few women only (2), pain is a reality.

Defying pain

Women who defied pain acknowledged its (objective) existence, but they did not give importance to it in order to achieve the desired body image. The 63 years old K., a retired midwife, exemplifies a person who defied pain to undergo the blepharoplasty she desired:

Now, I am a bit tough with pain... I was always tough with myself... my character is a bit tough... and I give no importance to such things. A little pain... minor things, I didn't pay attention to them... that is, they were unnoticeable, yes, little things...

The 36 years old private sector employee N. also mentioned that she is tough with herself:

It wasn't very intense. It had to do with how much pain you can bear. That is, I can bear pain. For me, what I felt was moderate and predictable. No, no, no. Others can't bear this pain. Others might say "I am in terrible pain" for what I call just an annoyance. It has to do with the strengths of each organism.

It is characteristic that pain was defied not only by women whose postoperative course was smooth, but also by many women who had complications or needed re-

constructive surgery after the completion of their aesthetic surgery. The 59 years old salon owner C., who risked losing her life during her abdominoplasty and needed blood transfusion, while she had also been receiving cortisone injections in the abdomen for two years before the reconstructive abdominoplasty, underwent an otoplasty and a mini lifting six years later; not only did she degrade pain and suffering, but also dropped some hints for women who reported pain:

I thought... many people die during surgical operations! I could have died, too. With all that bleeding...it's still a surgery [...] Physically, the pain wasn't so intense [...] My ears had been aching slightly for some hours... Yes, it is hard in this part, when it takes place. I believe that women saying they are in pain are exaggerating.

The same attitude against pain has the 38 years old employee in Greek Public Services, F. who also underwent an abdominoplasty and a reconstructive abdominoplasty one and a half year later:

I can't say that pain was...extreme... There was pain...but it was bearable... I felt as much pain as a surgery induces...

The 34 years old gymnast E. not only exemplifies the defiance of pain, but also feels responsible for her plastic surgeon's discomfort due to the complications and bleeding she had during her breast augmentation and liposuction on her legs (in the course of the same anesthetic period, followed by a reconstructive liposuction three months later). Her words:

[...] Once waking up after everything had gone well, I don't mind the pain or anything else... I put on a corset and that was an unpleasant experience for me, since I am generally claustrophobic and I don't want anything to press me... that was a discomfort, because I was constantly feeling something squeezing me and I didn't like it... I felt really oppressed. I can handle with pain, I have no such problems [...] I was bleeding because I used to work out and my muscles... anyway, my doctor said that I lost too much blood and I was bleeding from my thighs ... afterwards, the only thing you can feel in pain is the legs, the liposuction, because you don't feel it on the breast. At least, I didn't feel the pain at all...

The 37 years old private sector employee O., who underwent a liposuction on the legs and the abdomen, as well as a reconstructive liposuction 3 months later, exem-

plifies a person who defied pain because she had to hide it; and this is because she was in the same hospital room with a young person who suffered from cancer, waking up to her feelings of shame and guilt for this pain:

In the same room there was a young woman, one year older than me, who had cancer in the pancreas. And... you know... this comparison... that is... I was there happy in a manner of speaking, I was swaddled, but I would be discharged from the hospital and I would be a new person, that is, psychologically better... and she was in this situation! And I thought "look at this now"... I felt it was a bit unfair... in the sense that God gives you health and, instead of being happy with this, you enter into a process of operations etc... I was in pain then... And I say how awkward this is. ... I couldn't get up... I said "ouch", she said "ouch"... and after that, I was ashamed to say "ouch" again. Fortunately... they didn't ask me what my problem was... but... I was too ashamed to say... what could I say? That I undergone a liposuction, while the other girl...was dying? I was ashamed to say that, indeed. Confronting the problem this other girl had, she could say... "You asked for it, you got it"... [...] I was in pain and couldn't turn over and... I thought I can't say "ouch" now.

In the same way, the 34 years old shop owner A. described the liposuction on her legs and waist, and argued that she defied pain, although it was obvious for her that "objectively" there was pain:

All the pain and suffering lasted... 5 days. Afterwards, there was nothing else. Of course, the difference was huge from one day to another... On the first day, I couldn't even stand up; I needed help to pull myself up. Well, it took me fifteen minutes to leave the hospital and get in the car. [...] On the fifth day, I returned to work...

Elimination of Pain

There are participants in our study who eliminated pain completely. For instance, the 42 years old public sector employee R. who underwent liposculpture and believes that, if she had undergone that surgery for health reasons, she would have felt more pain:

That was insignificant. Namely, I got over it too fast, because I expected to see the results... In my opinion, if I had to enter such a process for another reason, with so many stitches and such a narcosis and this whole package, I believe that I would have been in greater discomfort... if I had to do it exclusively for health reasons and if the recovery took more time, wouldn't I? Yes, I got over it more easily, because it was my decision; that was what I wanted to do.

The 45 years old gymnast P., who has undergone breast augmentation and non-surgical aesthetic procedures (botox and mesotherapy) on a regular basis, said:

Very little ... Barely ... There is no... there is no pain, nothing. First of all, there are some creams, anesthetic, you can place them on your face half an hour earlier, I don't know if you are aware of them, and... you feel no pain...

The 25 years old beauty salon owner S., who underwent liposuction, breast augmentation and had to undergo a reconstructive procedure on her right breast twice, due to complications and the formation of a capsule, attributes the reduced pain she felt to her toughness:

No... nothing special... Ok, some insignificant pain, due to the stitches etc... yes, but in general, no genuine pain [...] The liposuction wasn't painful. The only problem I had was that I had to wear a corset for one month. That was the only annoying thing. No pain or anything else. Well... ok, I am very resistant to pain.

The 38 years old hairdresser H., who underwent rhinoplasty and reconstructive rhinoplasty one year later, experienced pain as a discomfort, reducing its intensity:

Discomfort yes, pain no. No pain in its real sense ... Swelling yes, but no pain in the sense of suffering. No! This had more to do with my nerves, you know...

Denial of Pain

Besides these subjects, there were women who totally denied pain. One of them is the 65 years old T., a businesswoman and former dancer, who underwent a total facelift when she was 42, that is, 23 years ago (when the methods and techniques of aesthetic surgery were of course not as developed as nowadays). And not only did she deny the pain, but she also presented herself as a hero, dropping hints for

women who reported that they felt pain; she was even introduced by doctors of all medical specialties as an example in the hospital she was admitted:

There was no pain! That wasn't a negative experience... I didn't feel bad... I went there and I just did it; I did it at an age when others don't do it. [...] I was so happy, I was jumping from joy... it was a phenomenon, let's say, that I hadn't complained about anything, I didn't even tell them this bothers me or that hurts... I met surgeons, general physicians, psychiatrists, celebrities, all of them, and they said "look at this girl, she did all these and at this age and she is so funny". [...] That is, when a woman decides to do something like that she should be determined... I didn't feel any discomfort at all...

Similar was the answer of the 28 year old private sector employee L., who underwent liposuction on her abdomen and legs and attributed the absence of pain to her determination and to the fact that it was her choice, also dropping hints to women who report the existence of pain:

I will do that... and I don't care if it's painful, I just don't care... it's not my concern. It wouldn't concern me normally. [...] Pain...nothing... For me, it was painless [...] No, everything was just like...I thought it would be. And I can say that it was even better, because I didn't feel pain... I didn't... that is... when they say that it hurts, I just wonder. Maybe I was really determined. I was so determined ... I said ... I don't care, no matter what... [...] Maybe it was something... something that didn't induce pain and I was forced... it was something... I chose to get through this procedure. There was nothing that made me feel discomfort or pain, as they call it, no... everything was fine.

Next, the 59 years old theatre technician B., who also underwent a facelift, showing us her face, she said:

Look, there are no scars, are there? There is no pain... I didn't feel pain at all... I didn't take aspirins... I did nothing... at all. It doesn't hurt at all... [...] No. Only a discomfort...so... for those 10 days that you are swollen. I went shopping on the third day after the operation. I didn't care, you know. They thought that I might had a toothache or... well, I was in bandages; I was saying "I had a lifting".

Extremely negative about the existence of pain were two other women, the 33 years old private sector employee M., who underwent rhinoplasty and the 45 years old

nurse D. who underwent blepharoplasty and liposuction on her legs; their answers were: "No pain at all" and "no, no, there wasn't (pain)" respectively.

Acknowledgment of pain

Women who admit the existence of pain were very few. The 28 years old police-woman Z., who underwent otoplasty and reconstructive otoplasty one and a half years later, is one of these persons:

[...] Once the anesthesia leaves the body, there is pain. And there is discomfort as well; because... you can't sleep. You can't rest your head on any side of the pillow... You are in bandages and... in pain. You can't sleep with your head upright. This resulted in insomnia for at least one week. I was in pain... I was in pain for a long period of time, approximately for two months. [...] And the second time, for one month. Yes, for one month I was in pain again... I was in discomfort, with bruises...

The 34 years old dietician Th. also acknowledged the suffering and pain, as well as the difficulty to engage in her daily activities, being a mother of two under-aged children:

There was pain about 5 days later... it was intense. [...] It was harder for me because of the kids... well, it was a bit difficult.

The aesthetic surgery as a deliberate trauma

In connection to the question about the lived experience of pain, we asked the women who participated in the survey if there were moments they felt that they deliberately injured themselves in order to achieve beauty. Some women reported that, after having the cosmetic procedures, they felt that they indeed injured themselves. The case of X. is demonstrative; she characterized ex post facto her act as superficiality:

Yes. Not without reason. I injured myself. [...] I was fine. Just, ok... let's say... I got carried away. I thought if there is a way to improve the thing that bothered me so much, then why not? Well, something like that. I was fine. Maybe it was superficiality. [...] It would have been better if I hadn't done it, of course.

A. felt that she injured herself as soon as she came out of the operating room, desperately begging to return to the previous condition:

When I came out I was...terrified. Ah...because I was swollen... and I said... "Oh my God, help me go back to what I was before and ... never mind". [...] That is, I got disappointed. I told you, I was saying "Oh my God, help me go back to what I was before and ... never mind" [...] Eh... I got disappointed at some point, "what did you do" I told myself.

O. told us in many parts of the interview that she has felt she injured herself without any reason, after her liposuction of the legs and abdomen:

I had no problem, that is, a health problem. In fact, I got involved... without reason; only for aesthetic reasons. [...] Well, they say that fat is good; in general, it protects the bones from osteoporosis. So, listening to all these, I thought "did I do a stupid thing? ... Why didn't I leave it as it was?" You know...some uncertainties of this kind.

Furthermore, she mentioned that she still suffers from abdominal pains in the area the plastic surgeon applied the liposuction:

Let me tell you... Yes, I felt that I injured myself. Especially in some abdominal areas, here, because even now I go through some pain, some disturbances, and I think about it sometimes. I say... "What have I done"... On the other hand, I don't know... It's like a stitch, you know. [...] Well, even now, I feel it from time to time... I don't know how I got these surgical incisions, where the stitches were sewed, where the tubes were inserted and everything else... But even after the operation, I remember that I was in severe pain, here, on the side of the body... I can remember the pain... I couldn't turn to the right or to the left.

In addition, there was another moment that O. felt she injured herself without any reason. It was after the lipo-dissolve injection in her legs:

To be honest ... I don't really like injections. That is, I regretted even the one they gave me in the summer. The lipo-dissolve one. Because... you know what? I'm against injecting something in your body. Well, I believe that removing some fat is less dangerous. Adding substances though is... bad. And because...generally... you know, many athletes who were injected in the past... not dopes and other such drugs, just to dissolve the fat locally to reveal

the muscles and such... and afterwards they exhibited many problems; cancer in the liver and many others ... because these drugs are metabolized in the liver. And in general... it all frightens me a bit. [...] I was more frightened and troubled. I was thinking "Did I make a mistake?"... Because that substance entered my organism and I felt...

Also, after the mesotherapy O. felt that she caused a problem to her body: "I had gone mad! I went there with a problem and I left with a bigger one". For Th. as well, there were moments she felt that she had injured herself, especially during those days she was in severe pain:

A couple of times in the first five days... when I was in severe pain... Eh, I was constantly at home... lying down ... I was taking painkillers and thinking "oh my God, all these for bigger breasts?" ... Well, during my recovery, it is true that I thought "Did I do something wrong? What did I do?" seeing myself swaddled like that.

Discussion – Conclusion

Most women defied, ignored or denied pain completely, in order to acquire the big prize of beauty. Namely, since they underwent plastic surgery for aesthetic purposes, they try to disconnect this process from any negative emotion, focusing only on the positive side of their aesthetic surgical procedures, as well as on the benefits they will probably gain.

There were certainly some people who mentioned that they felt they deliberately injured their bodies, due to superficiality or vanity. However, most of those who underwent cosmetic procedures ignored the discomfort. Even those who had complications and underwent reconstructive surgery, or lived the aesthetic surgery as a totally negative experience, described their failure as a statistical exception to the rule, relegating all the problems.

The survey recorded the way in which women experience the pain of cosmetic procedures. Pain is socially fashioned and significantly constrains the expression of biological stimuli (with only few exceptions). In most cases, ignoring pain is considered almost imperative to the woman, who wants to transform herself into a "real" woman, rendering her body as the ultimate standard of female beauty.

Explaining the defiance of pain helps us to understand better the special kind of embodiment all these women actually experience. The effort to achieve the female beauty

standards requires the experience of pain not as an unpleasant feeling but as a necessary ritual process. We could assume that women discipline themselves: while they are in severe pain, they succeed to downplay their feelings for the sake of achieving the desired standard of beauty. In other words, they almost feel that it is a woman's duty to undergo such procedures and thus become the "real" woman, formatting the body in accordance to the accepted standards (the woman as a sexual object).

Those who undergo these procedures and do not express their true feelings of pain are in their minds "real" women. Typical cases are C.: "I believe that women who say that they are in pain are exaggerating", L.: "When they tell me they are in pain, I wonder", T.: "It was a rare phenomenon that I didn't complain about anything", and P.: "I was a pioneer". The important thing here is that, in order to justify the non-expression of pain, they compare cosmetic medicine with the surgeries done to treat a disease. As explicitly stated by T.: "The one is for beauty, for happiness, and the other for disease". In the same context, O. said: "Here you have to do with a beautician... you don't have the stress of illness".

Because aesthetic surgery is a conscious choice, a reflexive way to implement your will and become beautiful (not subjugated as in the case of an illness), women "heroically" bracket pain. As stated by L.: "Maybe I was very determined. It was something... I chose to get involved in this process". In the same spirit, S. stressed: "My will' to do it was so strong, that I paid no attention to it". Finally, R.:

I got over it much easier having in mind doing what I wanted to do and that it was my own decision... I believe I would have been in much more discomfort if I had to do some kind of surgical operation for health reasons...

The very fact that women *ambitiously and self-consciously* chose to undergo these surgical operations probably demands from them to deny pain, in an almost voluntaristic and heroic manner. After all, "Pain is beautiful".

English proofreading: **Tina Bošković**, prof.

REFERENCES:

1. Atkinson, Michael. 2008. "Exploring Male Femininity in the 'Crisis': Men and Cosmetic Surgery". *Body & Society*, 14 (1): 67-87.
2. Balsamo, Anne Marie. 1997. *Technologies of the Gendered Body-Reading Cyborg Women*. Durham & London: Duke University Press.
3. Baszanger, Isabelle. 1992. "Deciphering chronic pain". *Sociology of Health and Illness*, 14 (2): 181-215.

4. Bendelow, Gillian and Simon Williams. 1995. "Transcending the dualisms: towards a sociology of pain". *Sociology of Health and Illness*, 17: 139-65.
5. Bendelow, Gillian. 1993. "Pain perceptions, emotions and gender". *Sociology of Health and Illness*, 15: 273-94.
6. Berry, Sonnie. 2007. *Beauty Bias. Discrimination and social power*. U.S.A.: Praeger.
7. Brihaye, Jean, Fritz Loew and H.W. Pia. Eds. 1987. *Pain: A Medical and Anthropological Challenge*. New York: Springer-Verlag.
8. Brooks, Abigail. 2004. "Under the Knife and Proud of It: An Analysis of the Normalization of Cosmetic Surgery". *Critical Sociology*, 30 (2): 207-239.
9. Bury, Michael. 1991. "The sociology of chronic illness: a review of research and prospects". *Sociology of Health and Illness*, 13 (4): 451-468.
10. Cahill, Ann. 2003. "Feminist Pleasure and Feminine Beautification". *Hypatia*, 18 (4): 42-64.
11. Cooke, Grayson. 2008. "Effacing the face: Botox and the Anarchivic Archive". *Body & Society*, 14 (2): 23-38.
12. Crossley, Nick. 1995. "Merleau-Ponty, the Elusive Body and Carnal Sociology". *Body & Society*, 1 (1): 43-63.
13. Covino, Deborah Caslav. 2001. "Outside-In: Body, Mind and Self in the Advertisement of Aesthetic Surgery". *Journal of Popular Culture*, 35 (3): 91-102.
14. Davis, Kathy. 1995. *Reshaping the Female Body: The dilemma of Cosmetic Surgery*. New York & London: Routledge.
15. Elliott, Robert, Constance Fischer and David Rennie. 1999. "Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields". *British Journal of Clinical Psychology*, 38: 215-29.
16. Featherstone, Mike. 2010. "Body, Image and Affect in Consumer Culture". *Body & Society*, 16 (1): 193-221.
17. Featherstone Mike and Bryan Turner. 1995. "Body and Society: An Introduction". *Body & Society*, 1 (I): 1-12.
18. Frank, Arthur. 2001. "Can we research suffering". *Qualitative Health Research*, 11 (3): 353-62.
19. Gagné, Patricia and Deanna McGaughey. 2002. "Designing Women: Cultural Hegemony and the Exercise of Power Among Women Who Have Undergone Elective Mammoplasty". *Gender & Society*, 16 (6): 814-38.
20. Gimlin, Debra. 2007. "Accounting for Cosmetic Surgery in the USA and Great Britain: A cross-cultural Analysis of women's narratives". *Body & Society*, 13 (1): 41-60.
21. Gimlin, Debra. 2006. "The Absent Body Project: Cosmetic Surgery as a Response to Bodily Dysappearance". *Sociology*, 40 (4): 699-716.
22. Gimlin, Debra. 2000. "Cosmetic Surgery: Beauty as Commodity". *Qualitative Sociology*, 23 (1): 77-98.
23. Good, Mary-Jo DelVecchio, Paul Brodwin, Byron Good and Arthur Kleinman. Eds. 1992. *Pain as a Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
24. Holliday Ruth and Sanchez Taylor. 2006. "Aesthetic Surgery as false beauty". *Feminist Theory*, 7 (2): 179-95.
25. Jeffreys, Sheila. 2005. *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*. London: Routledge.
26. Johansson, Eva Katarina Hamberg Goran Westman and Gerd Lindgren. 1999. "The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms". *Social Science & Medicine*, 48: 1791-1802.
27. Jones, Meredith. 2008. "Makeover Culture's Dark Side: Breasts, Death and Lolo Ferrari". *Body & Society*, 14 (1): 89-104.
28. Kotarba, Joseph. 1983. *Chronic pain: its social Dimensions*. Beverly Hills California: Sage.
29. Krippendorff, Klaus. 2004. *Content analysis: An introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

30. Merleau-Ponty, Maurice. 1968. *The Visible and the Invisible*. Evanston: Northwestern University Press.
31. Merleau-Ponty, Maurice. 1962. *The Phenomenology of Perception*. London: Routledge and Kegan Paul.
32. Morgan, Kathryn Pauly. 1991. "Women and the Knife: cosmetic surgery and the colonization of women's bodies". *Hypatia*, 6(3): 25-53.
33. Morris, David. 1991. *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press.
34. Roderick, Martin. 2006. "Adding insult to injury: workplace injury in English professional football". *Sociology of Health and Illness*, 28 (1): 76-97.
35. Shilling, Chris. 2005a. *The Body in Culture, Technology and Society*. London: Sage Publications.
36. Shilling, Chris. 2005b. "The Rise of the Body and the Development of Sociology". *Sociology*, 39 (4): 761-67.
37. Shilling, Chris. 1993. *The body and Social Theory*. London: Sage Publications.
38. Smith, Marion. 2008. "Pain experience and the imagined researcher". *Sociology of Health & Illness*, 30 (7): 992-1006.
39. Turner, Bryan and Steven Wainwright. 2003. "Corps des Ballet: The Case of the Injured Ballet Dancer". *Sociology of Health and Illness*, 25(4): 269-88.
40. Turner, Bryan. 1997a. "What is the Sociology of the Body?". *Body & Society* 3 (1): 103-107.
41. Turner, Bryan. 1997b. *The Body and Society: explorations in social theory*. London: Sage.
42. Turner, Bryan. 1995. *Medical Power and Social Knowledge*. London: Sage.
43. Wacquant, L.J.D. (1995). Pugs at work: bodily capital and bodily labour among professional boxers. *Body and Society*, 1: 65-93.
44. Wainwright, Steven Clare Williams and Bryan Turner. 2005. "Fractured identities: injury and the balletic body". *Health* 9 (1): 49-66.
45. Wolf, Naomi. 1990. *The Beauty Myth*. New York: Vintage.
46. Zola, Irving. 1966. "Culture and symptoms: an analysis of patient's presenting complaints". *American Sociological Review*, 31: 615-30.

About the Authors

George Alexias is a medical sociologist. He is Assistant Professor at the Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences, Athens, Greece. His research interests include the sociology of the body, the sociology of genetics and cyber-sociology.

Georgia Dilaki is a sociologist. Her PhD thesis was about cosmetic surgery and the social construction of the body through medical discourse. Her research interests involve the sociology of the body and the sociology of emotions.

Charalambos Tsekeris **graduated with Distinction from Brunel University (West London, UK) and earned his doctoral degree in Reflexivity from Athens Panteion University. He is** Member of the Hellenic Sociological Society **and Senior Researcher** at the Lab of Virtual Reality, Internet Research & E-Learning. **He has more than 50 publications in peer-reviewed journals and edited volumes.** His research interests involve psychosocial studies and sociological theory.

JAH

IN MEMORIAM

ANNUAL
of the **Department of Social
Sciences and Medical Humanities**
University of Rijeka – Faculty of Medicine

GODIŠNJAK
Katedre za društvene
i humanističke znanosti u medicini
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Ivan Šegota – moreplovac s bioetikom u koferu Komemorativna poruka

Poštovani kolega Muzur,

u nemogućnosti da osobno prisustvujem komemoraciji za profesora Ivana Šegotu, molio bih Vas da izraze sućuti prenesete njegovoj obitelji, njegovim suradnicima i prijateljima te predstavnicima i tijelima Medicinskog fakulteta, na kojem je djelovao kao znanstvenik i nastavnik.

Možemo reći da je Ivan Šegota bio čovjek koji je u jednoj osobi proživio više posebnih života. Zato bi za stvaranje cjelovite slike njegove osobe i njegova djela bilo nužno objediniti perspektive svih onih koji su s njime dijelili njegove posebne živote. Imao sam blagodat dijeliti s njime onaj njegov život koji se izdvojio po važnosti i koji je postao poantom njegova ukupnog života. Bio je to Ivan Šegota kao bioetičar.

Moreplovac koji je bioetiku nosio u svom famoznom koferu pristao je u Rijeci na molu Katedre za društvene znanosti Medicinskog fakulteta. Vjerojatno ni sam nije



slutio u kojoj će mjeri je to novo tlo postati plodonosno za razvoj bioetike. Bioetika "iz njegova kofera", koju je kao urednik reprezentativnog bloka u časopisu *Društvena istraživanja* 1996. godine predstavio kao "novu medicinsku etiku", upravo je u Hrvatskoj kroz iduće desetljeće prošla intenzivnu razvojnu preobrazbu i dosegla viši stadij "integrativne bioetike". Taj velebni razvojni luk povijesti bioetike, luk potterovski građenog "mosta prema budućnosti" zapravo je već posvećen uspomeni na Ivana Šegotu samim naslovom spomen-zbornika kojim se Hrvatsko bioetičko društvo nastojalo odužiti svom prvom predsjedniku i kasnije počasnom predsjedniku, u povodu njegova 70. rođendana. Spomen-zbornik, naime, nosi naslov *Od nove medicinske etike do integrativne bioetike*, dok je sam graditeljski doprinos Ivana Šegote u predgovoru istog zbornika opisan riječima Luke Tomaševića:

"U publikacijama koje je stvarao i uređivao, te u izlaganjima i raspravama, profesor Šegota stalno je proširivao krug bioetičkih tema, otvarao prostor za različite bioetičke pristupe i različite kulture, te je time pridonio ideji 'integrativne bioetike', koja se razvila upravo u Hrvatskoj i koja se, u sklopu bioetičke suradnje u području jugoistočne i središnje Europe, etablirala kao inovativni i prepoznatljivo europski koncept bioetike".

U tužnom trenutku ovozemnog rastanka možemo se utješiti sviješću da Ivan Šegota neće iščeznuti iz naših života. Onaj najbolji dio njega nastavit će živjeti u ostvarenom njegovu djelu, u idejama koje je inicirao, institucijama koje je stvarao i u svima nama koji smo, faktično i idejno, dijelili s njime najvišu bioetičku vrijednost - univerzalnu i kozmičku vrijednost Života.

prof. dr. sc. Ante Čović
Predsjednik Hrvatskoga bioetičkog društva
Predstojnik Katedre za etiku
Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Ivan Šegota (1938.–2011.): sjećanja na razmeđu objektivnog i subjektivnog

Svi koji su imali privilegij upoznati Ivana Šegotu, pa makar i pod njegove stare dane, poput mene, vjerojatno će se složiti da ga se ne može svesti pod jednu definiciju ili rubriku, a kamoli pod jednu profesiju. Njegov je život, da se poslužimo riječima Isaiaha Berlina, bio život intelektualnog taksista koji bi zatečenog sugovornika odvezio u nekom svom pravcu. Kada bi čovjek baš insistirao da mu na kamen ukleše jednu riječ, možda bi se najlakše odlučio nazvati ga novinarom: ne izvjestiteljem već istraživačem, ne prenositeljem nego tragačem i pomalo avanturistom, opčinjenim *novim*.

Njegov je put započeo 20. veljače 1938. u Stinici kod Senja. (I posljednji put kada smo, u kombiju na putu za Rab, onuda prolazili, živnuo je kao ozračen i okretao se na sve strane pokazujući čas Alan, čas Šegote, pričajući o zapuštenoj žičari za trupce.) Ostavši krajem Drugoga svjetskog rata bez roditelja, kad su mu bili najpotrebniji, osnovnu školu završio je u Zagrebu, a srednju pomorsku u Bakru. Maštovitost, snalažljivost i neposrednost, koje će ga odlikovati cijelog života, po svoj su mu prilici usađene baš u tom periodu najvećih egzistencijalnih kušnji. Već tada piše za *Novi list*, a kasnije, maturiravši, i za *Radio Zagreb*. Godinu dana plovi, da bi se brzo potom skrasio u redakciji *Vjesnika* kao suradnik gospodarske i unutarnjopolitičke rubrike. Kao noćni urednik, pak, komunicira s gluhoonijemim tiskarom koji će ga, mnogo kasnije, inspirirati za bioetičke projekte. Sredinom 1960-ih studira i diplomira na Fakultetu političkih znanosti, nastavljajući raditi u *Vjesniku*. U Rijeku dolazi kao dopisnik 1969., a pet godina kasnije magistrira na temu "Funkcija i disfunkcija sastanaka kao temeljnog oblika društvene aktivnosti u samoupravnom socijalizmu, s posebnim osvrtom na praksu brodogradilišta *3. maj* u Rijeci": nije teško zamisliti koliko je polemika, kritika i osuda mogao izazvati ovaj rad, praćen desecima intervjuja i reakcija u novinama i na televiziji, kasnije pretočen u knjigu *Neproductivni sastanci*. I sam Josip Broz Tito bio je, navodno, ljut na tog Šegotu koji se drznuo raščlanjivati neraščlanjivo, ali ga je smirila Ivanova kolegica Dara Janeković u jednom opuštenijem brijunskom razgovoru. Od 1976. radi na riječkom Medicinskom fakultetu, gdje predaje društveno-humanističke predmete tipične za ona vremena, a 1982. i doktorira u Beogradu. Paralelno s prvim akademskim iskustvima uspinje se i na političkoj ljestvici, postaje članom i izvršnim sekretarom Centralnog

komiteta Saveza komunista Hrvatske, zastupnikom u Društveno-političkom vijeću Sabora i predavačem na Političkoj školi u Kumrovcu.

Na ovom našem Fakultetu Ivan Šegota osnovao je Katedru za društvene znanosti i vodio je 32 sljedeće godine. Nije tu bilo samo lijepih dana: početkom 1990-ih, njegova je politička karijera, u očima nekih, manje strpljivih, postala bremenom koji je trebalo pomoći da se revolucija društva prenese i na revoluciju Katedre i Fakulteta. Ali, na iznenađenje onih koji su priželjkivali njegovu predaju, Šegota pokazuje frapantnu genijalnost: ne odričući se ljevičarstva i potpuno lišen straha od novoga, on još jednom prelazi Atlantik i donosi iz Amerike kofere pune fotokopija i adresar pun presudnih kontakata. Danas znamo da je u tim koferima unijeta u Hrvatsku bioetika. U samo nekoliko godina, Ivan Šegota postaje jednim od ne tako brojnih korespondenata i posljednjih uzdanika Van Rensselaera Pottera (za kojega se tada još vjerovalo da je "izumio" bioetiku), ulazi s "Riječkim modelom bioetičke edukacije" u drugo izdanje *Enciklopedije bioetike*, organizira, prvi u Hrvatskoj, nastavu iz medicinsko-etičkih i bioetičkih predmeta, pokreće časopise *Etika i medicina* i, uglavnom studentske, *Bioetičke sveske*, djelatnica njegove Katedre brani prvu doktorsku disertaciju na temu bioetike u Hrvatskoj, utemeljuju se "Riječki dani bioetike" i okrugli stolovi koji bez prekida traju do današnjeg dana. Kulminaciju utjecaja i priznanja doživio je 2008., privukavši u Rijeku i Opatiju 9. svjetski kongres bioetičara. Mreža koju je stvorio, od Japana, Malezije i Indije, preko Rusije do Amerike i Brazila, njegova je mreža koju se ne može tek tako naslijediti: to su ljudi koji su u Ivanu Šegoti gledali ne samo pionira jedne discipline, već osobnog prijatelja s kojime se surađuje, putuje i kumuje na vjenčanjima.

Deseci članaka objavljenih diljem svijeta, uređeni zbornici i časopisi, konferencije na koje je pozivan, društva koja je osnivao – među njima i Hrvatsko bioetičko društvo i Međunarodno društvo za kliničku bioetiku, povjerenstva u kojima je radio – sve to, međutim, nije dovoljno da ispriča priču o Ivanu Šegoti: priču o hipnotizirajućim očima Josipa Broza Tita, o pacificiranju političke krize u Glini 1980-ih, o pisanju govora za Račana i ideji napuštanja Kongresa SKJ siječnja 1990., o tisućama knjiga koje je priskrbio pišući u svijet iz ratom pritisnute Hrvatske, o korenju potpredsjednika Vlade Uzelca da mu šesir smiješno stoji...

Ivan Šegota povukao se u mirovinu sa 70 godina, kao redoviti profesor u trajnom zvanju kojeg će Sveučilište imenovati svojim emeritom. Dolazit će i kasnije na Katedru često, izdati udžbenik hrvatskoga medicinskoga znakovnog jezika kao svoju petu knjigu, pritisnut već, doduše, sve slabijim vidom i kondicijom. (I to će, prirodno, za njega biti predmetom šale, osobito kada ustvrdi da mu se uvijek događa ono što počne proučavati, pa zato razmišlja da počne proučavati i intimnije stvari.) Odgoj generacija uvijek je, tipično novinarski, kombinirao s pokušajem odgajanja javnosti,

publicirajući popularizacijske članke u raznim tiskovinama. Nagrada za životno djelo, koju mu je dodijelio Grad Rijeka, stoga nije nagrada znanstveniku odvojenom od svijeta, već misionaru plemenite misli.

Moglo bi se Ivanu Šegoti koješta prigovoriti: griješio je kao što griješi svaki strastven čovjek. Suradnike je birao više dušom, a prema vlastitim idejama se odnosio prilično nehajno, bacajući ih na stol pred sugovornika kao da se radi o handu u igri remija. Jednom je to bila distanzija, drugi puta Fritz Jahr, pravi otac bioetike, treći put komunikacija s gluhima, koju će ovaj Fakultet prigrliti kao vlastitu prepoznatljivost, da bi najzad odnekud prokuljao i velebitski ljekoviti ozon: čovjek bi tek uronio u jednu ideju, a Ivan Šegota bi već kucao na vrata s drugom. Ta vrckava vedrina, koju je unosio u sobu kao auru, navodi me na pomisao da će jednom, kada ga opet sretnem na nekoj poljani o kojoj ne znamo ništa, na nekom mjestu za koje se, ljudski, nadamo da je bolje, umjesto pozdrava izustiti svoje uobičajeno: "Čuj, imam jednu ideju..."

izv. prof. dr. sc. **Amir Muzur**
Pročelnik Katedre za društvene i
humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Na *e-mail* adresu mr. sc. Gordane Pelčić, glavne tajnice Međunarodnog društva za kliničku bioetiku (ISCB), koja je utemeljivače tog Društva i bliske suradnike prof. Ivana Šegote u području kliničke bioetike obavijestila o njegovoj smrti, pristigli su sljedeći izrazi sućuti i kratka podsjećanja na lik i djelo prof. Šegote. Suglasnošću autora objavljujemo ih u ovoj rubrici.

Dear friends:

It is indeed a very sad notice which affected me a lot since it is 20 years I have accompanied Ivan Segota in the bioethics field . We all appreciated his strong will to promote the development of bioethics in Croatia as well as internationnally. He was also aware of the importance to pass the bioethics flag to his students and has developed a world wide network of bioethicists involved in clinical ethics. Moreover, bioethics was for him a concrete symbol of true friendship and a way to show his hospitality towards his friends. I was lucky to enjoy several times this very special atmosphere which surrounded all seminars and meetings he organised and I am deeply indebted to him for maintaining this humanistic approach. Please, be my messenger to his family, friends and colleagues to express my warmest sympathy in this moment of sorrow and sadness. And be sure that we will remember him as a European pillar of the expansion of European bioethics. He also played a specific role in Croatia and I would like, as the former special adviser for bioethics to the Secretary general of the Council of Europe, to testify about this important role. You can of course use this message for public ceremony if you feel necessary.

With all my best best,
Judge **Christian Byk**
Secretary General,
International Association of Law,
Ethics and Science France

Dear Colleagues & Friends of Dr. Segota:

While I never got to know Dr. Segota as a personal friend, I did meet him, as I attended the Bioethics conference in Croatia as a representative of my late mentor, Dr. Van R. Potter, the man who coined the terms, "Bioethics"; "Global and Deep Bioethics". Dr. Potter often mentioned Dr. Segota to me during our usual conversations, as a person who was trying to implement Dr. Potter's vision of "Global Bioethics". Therefore, following the suggestion of Dr. Tai, I think it would be fitting to honor Dr. Segota in such a manner to help sustain the "Global Bioethics" philosophy, especially at the critic moment in the global situation of human inequalities and suffering, ecological destruction and ethnic/religious turmoil. To lose two figures of the movement of Global Bioethics, at a time when it still has not yet reached the consciousness of either the world's political or religious leaders or the general public of all cultures, would be tragic if we cannot mark their contributions with a concrete demonstration of their contributions. To the family and close friends of Dr. Segota, let me lend my condolences.

Most sincerely,

James E. Trosko

Department of Pediatrics/Human Development
College of Human Medicine
Michigan State University

Dear friends

I'm sorry for the sad information ... thanks to share this with us.

A big hug to all team.

Sincerely yours

Salvador Ribas Ribas

Institut Borja de Bioètica,
Universitat Ramon Llull,
Esplugues de Llobregat,
Barcelona, Spain

Dear friends

thank you for the sad notice. Professor Segota was a great man and a visionary, a role model for many of us. I will not forget him. His work and vision will live on in his friends and disciples.

With all best wishes to you and everyone, also for the new year, your

Hans-Martin Sass

Potomac Institute for Policy Studies, Arlington, USA;
Kennedy Institute of Ethics, Washington DC, USA;
Peoples University of China;
Ruhr University, Bochum, Germany

Dear friends

Sad news on the first day of New Year. Please convey my deep condolence to the family and friends of Prof. Segota.

Song Sang-yong

The Korean Academy of Science and Technology
Republic of Korea

Dear friends

Too sad news from Croatia on the first day of 2012. My condolences to all...
Prof. Segota was an extremely nice man. We, Japanese group loved him very much.
I commemorate him by a moment of silence now.

Tsuyoshi Awaya

Graduate School of Medicine and Dentistry
Okayama University Japan

Dear friends:

Regrettably, the first news I received from abroad in the new year is very-very sad one. My close friend Ivan had gone to his last home. My condolences to his relatives and friends, to all of us.

Boris Yudin

Russian Academy of Sciences (RAS)
Moscow, Russia

Dear friends from Croatia,

For such a nice man, the resting place is his second home now. Although he is no longer among us, the memory of an extremely nice and great man will never die. May the blessings of the Lord always be upon him...

Anisah Malaysia

Anisah Che Ngah
Faculty of Law, University Kebangsaan,
Bengi, Malasia

Dear friends

Thank you for this very sad news. I hope that you are well.

George J. Agich

Bowling Green State University
Bowling Green, OH 43403, USA

Dear friends

I am terribly saddened by the news of the passing of a great friend Dr. Ivan Segota who initiated the ISCB. I was thinking he was enjoying his retirement but somehow he was passing in a quiet way. Should we plan a conference with a session attributed to his memory this year perhaps in Croatia? I haven't been in Croatia for at least three or four years. If such a conference is convened, I will certainly attend.

Gordana, please give my condolences to Mrs. Segota.

Michael, still in Taiwan.

Micheal Cheng-tek Tai

Chungshan Medical University Taichung
Taiwan

Instructions for the Authors:

Jahr - Annual of the Department of Social Sciences and Medical Humanities publishes previously unpublished papers. It is the aim of the editorial board to publish articles covering a wide span of topics (including ethics, bioethics, history, medical and scientific history, sociology, cultural anthropology, theology, law, etc.). The journal publishes reviewed articles as well as articles which are not subject to the reviewing procedure. The reviewed articles are accepted to be published after having received two anonymous positive reviews.

Reviewed articles are categorized as following:

- original scientific papers that contain new, previously unpublished results of scientific research (Original Scientific Articles, Short Communications)
- scientific articles that contain original, concise and critical presentation of a particular field or its part, in which the author himself has an active role (Review Articles). The role of authors direct contribution to the particular field in relation to already published papers needs to be emphasized, as well as the overview of those papers
- Professional Articles that contain useful contributions from and for the profession, and they do not have to be based on original research
- Letters to the editor

The Annual also publishes uncategorized papers, i.e. overviews of bioethics and other relevant publications published in the past three years in and outside Croatia, as well as reports and announcements of upcoming bioethics events (public lectures, book promotions, scientific conferences, etc.). By giving their consent to be published, the authors give journal the right for the paper to be published for the first time in its printed or electronic format. Authors can publish their works in other publications where there must cite the data about articles first publication.

Layout and manuscripts

Original (scientific) articles should consist max 32 pages, short communications and review articles should consist of 8 – 16 pages while reviews and overviews should consist of 2 – 4 pages.

Page means 1800 characters with spaces, i.e. 30 lines each consisting of 60 characters.

Manuscript, in layout, must contain following elements:

- authors name and surname,
- name and address of affiliation,
- authors contact address (if different from affiliation),
- authors e-mail address,
- full title of the article (and subtitle in necessary),
- abstract (not longer than 900 characters with spaces) and keywords (not more than 10), in English and another language of choice (Croatian, German, French, Italian, Spanish).

If complete bibliographical information regarding cited works is not stated in footnotes, the author must provide a reference list at the end of the article, containing complete information on cited works. Manuscripts are to be sent by mail in three copies to the editorial board:

**Department of Social Sciences and Medical Humanities at
University of Rijeka - Faculty of Medicine
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka, Croatia
Tel: + 385-51-651-165
Fax:+ 385-51-651-219**

or in an e-mail attachment to: igor.eterovic@medri.hr

The editorial board does not return manuscripts.

Citation method

The editorial board recommends using footnotes as a method of citation. When a work is cited for the first time (regardless of the language the work has been published in), it should look as following:

[**for book**] Tristram H. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, University Press, New York 1986, p. 72.

[**for proceedings**] Jacob D. Rendtorf and Peter Kemp (ed.), *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw, Vol. I. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*, Center for Ethics and Law, Institut Borja de Bioetica, Copenhagen, Barcelona 2000.

[**for journal article**] Roberto Andorno, »The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law«, *Journal of International Biotechnology Law*, 2 (4/2005.), p. 135.

[**for proceedings article or book chapter**] Diego Gracia, »History of medical ethics«, in: Henk Ten Have and Bert Gordijn (ed.), *Bioethics in European Perspective*, Kluwer, Dordrecht 2001., p. 34.

[**for electronic works of reference**] <http://www.legalhelpmate.com/health-care-directive-patient-act.aspx> (16 June 2009)

In the second and further citations, notes should contain only the initial of author's first name and surname, title of the work (book or article) and a page number:

T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, p. 113.

R. Andorno, »The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law«, p. 138.

When work is cited consecutively, the note should contain only the abbreviation *Ibid* and a page number

Ibid, p. 150.

The editorial board, naturally, accepts other methods of citation as well, under the condition they are used consistently within a particular text.

Upute autorima

JAHR – Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti objavljuje neobjavljene priloge. Namjera Uredništva je objavljivati članke širokog raspona tema (uključujući etiku, bioetiku, povijest i filozofiju znanosti i medicine, sociologiju, kulturnu antropologiju, teologiju, pravo i dr.). Časopis objavljuje članke koji se recenziraju i one koji ne podliježu recenzijskom postupku. Članci koji se recenziraju prihvaćaju se za objavljivanje nakon provedenog recenzijskog postupka, na temelju dviju anonimnih pozitivnih recenzija.

Recenzirani članci kategoriziraju se na sljedeći način:

- znanstveni članci (*Original Scientific Article*): koji sadrže nove, još neobjavljene rezultate znanstvenih istraživanja (izvorni znanstveni članci, kratka priopćenja, prethodna priopćenja);
- znanstveni članci koji sadrže izvoran, sažet i kritički prikaz jednog područja ili njegovog dijela, u kojem autor i sam aktivno sudjeluje (pregledni radovi – *Review Article*). Mora biti naglašena uloga autorova izvornog doprinosa u tom području u odnosu na već objavljene radove, kao i pregled tih radova.
- stručni članci (*Professional Article*) koji sadrže korisne priloge iz struke i za struku, a ne moraju predstavljati izvorna istraživanja;
- pisma uredniku (*Letter to the Editor*).

Časopis objavljuje i nekategorizirane radove, odnosno recenzije i prikaze bioetičkih, ali i drugih relevantnih izdanja objavljenih u posljednje tri godine u Hrvatskoj i inozemstvu, te izvješća i najave bioetičkih zbivanja (javna predavanja, predstavljanja knjiga, znanstveni skupovi i sl.).

Svojim pristankom na objavljivanje autori daju časopisu pravo prvog objavljivanja u tiskanom i elektroničkom formatu. Radove objavljene u časopisu JAHR autori mogu objaviti u drugim publikacijama uz navođenje podataka o njihovu prvom objavljivanju.

Oprema i slanje rukopisa

Poželjan opseg izvornih (znanstvenih) članaka je do 32 autorske kartice, prethodnih priopćenja i preglednih članaka od 8 do 16 kartica, a prikaza i recenzija (skupova i knjiga) od 2 do 4 kartice. Autorska kartica iznosi 1800 znakova (s praznim mjesti-

ma), odnosno 30 redaka po 60 znakova. Rukopis, u opremi teksta, treba sadržavati sljedeće elemente:

- ime i prezime autora,
- naziv i adresu matične institucije autora,
- autorovu adresu za kontakt (ako se razlikuje od adrese matične institucije),
- *e-mail* adresu autora,
- puni naslov članka (eventualno i podnaslov),
- sažetak članka (ne duži od 900 znakova s praznim mjestima) i ključne riječi (ne više od 10), na engleskom i još jednom jeziku po izboru (hrvatski, njemački, francuski, talijanski, španjolski).

Ako potpuni bibliografski podaci o citiranim djelima nisu navedeni u bilješkama, autor je dužan na kraju teksta navesti popis citirane literature s potpunim podacima o navedenim djelima.

Rukopisi se šalju poštom u tri primjerka na adresu uredništva:

**Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka, Hrvatska
Tel.: + 385-51-651-165
Faks:+ 385-51-651-219**

ili *e-mailom* u privitku na adresu: **igor.eterovic@medri.hr**

Uredništvo ne vraća zaprimljene rukopise.

Način citiranja

Uredništvo preporučuje način citiranja "pomoću fusnota". Bilješka (fusnota) pri prvom navođenju rada (bez obzira na to je li rad objavljen na hrvatskom ili na nekom drugom jeziku) treba izgledati ovako:

[**za knjigu**] Tristram H. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, University Press, New York 1986., str. 72.

[**za zbornik radova**] Jacob D. Rendtorff i Peter Kemp (ur.), *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw, Vol. I. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*, Center for Ethics and Law, Institut Borja de Bioètica, Copenhagen, Barcelona 2000., str. 56.

[za članak iz časopisa] Roberto Andorno, "The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law", *Journal of International Biotechnology Law* 2 (4/2005.), str. 135.

[za članak iz zbornika ili poglavlje iz knjige] Hrvoje Jurić, "Princip očuvanja života i problem odgovornosti", u: Ante Čović (ur.), *Izazovi bioetike*, Pergamena, Zagreb 2000., str. 143.

[za literaturu u elektroničkom obliku] <http://www.legalhelpmate.com/health-care-directive-patient-act.aspx> (16. lipnja, 2009.)

U drugom i kasnijim navođenjima rada, bilješka treba sadržavati samo inicijal imena i prezime autora, naslov rada (knjige ili članka) te broj stranice:

T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, str. 113.

R. Andorno, "The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law", str. 138.

U uzastopnim navođenjima rada, bilješka treba sadržavati samo oznaku Ibid., te broj stranice: Ibid., str. 150.

Uredništvo, dakako, prihvaća i druge načine citiranja, pod uvjetom da su dosljedno provedeni u pojedinom tekstu.