



УНИВЕРЗИТЕТ У ПРИШТИНИ МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

Милутин М. Ненадовић

МЕДИЦИНСКА ЕТИКА

ДРУГО ПРОШИРЕНО И ДОПУЊЕНО ИЗДАЊЕ

БЕОГРАД, 2007.



Udžbenik izdao

UNIVERZITET U PRIŠTINI - MEDICINSKI FAKULTET

za izdavača

Prof. dr Zdravko Vitošević, rektor Univerziteta u Prištini

MEDICINSKA ETIKA

drugo prošireno i dopunjeno izdanje

Autor	Profesor dr Milutin M. Nenadović neuropsihijatar, redovni profesor medicinskog fakulteta za nastavne predmete psihijatrija i medicinska etika
Urednik	Profesor dr Milutin M. Nenadović
Recenzenti	Profesor dr Dimitrije Milovanović Profesor dr Miomir Leštarević
Lektor	dr sci Branislava Marković
Korektor	dr Nenad Nenadović
Računarska priprema	dipl. ing. Miša Čolović
Tehnička obrada i dizajn	Silvana Čolović Profesor dr Milutin M. Nenadović

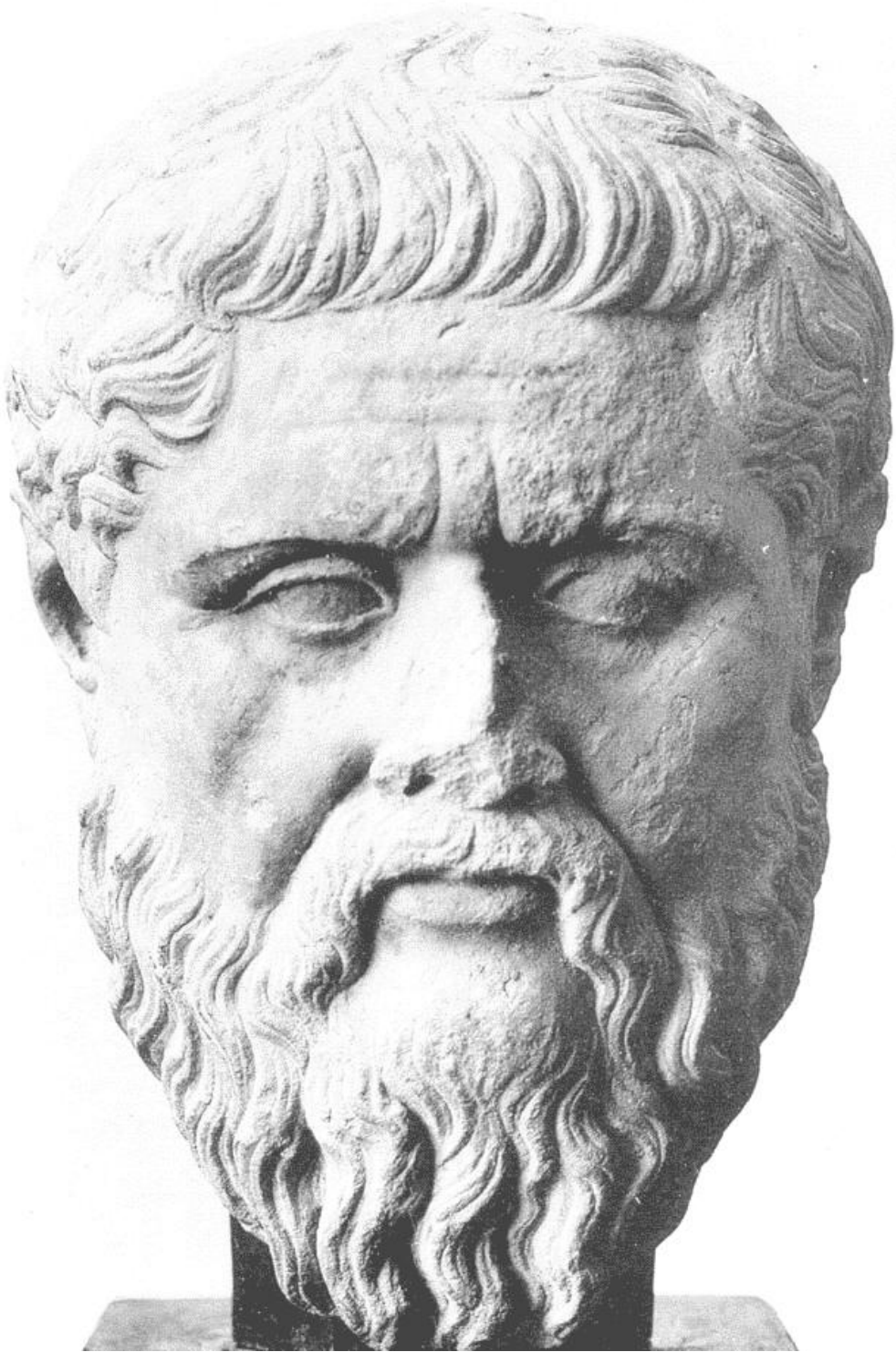
Štampa BIGRAF – Beograd

Tiraž 2.000 primeraka

Štampa osnovnog udžbenika za studente medicine MEDICINSKA ETIKA, drugo prošireno i dopunjeno izdanje, autora Profesora dr Milutina M. Nenadovića, odobrena je Odlukom Nastavno-naučnog veća Medicinskog Fakulteta Univerziteta u Prištini, broj 107 od 22.01.2007. Kosovska Mitrovica.

Beograd, januara 2007. godine

Posvećujem
mojoj deci
Nenadu, Míinji, Dušanu i
Aleksandri
s ponosom



PLATON

PREDGOVOR

Etika se usvaja, etika se ne može naučiti.

Savremena medicinska etika se na početku trećeg milenijuma definitivno profilisala u posebnu disciplinu naučne medicine. Razvoj medicinske etike je započeo u preistoriji razvoja ljudske zajednice, ukomponovan u same početke medicine.

Medicinske studije su kroz istoriju podrazumevale posebnost etičke strukture u ličnosti studenata medicine i lekara usklađenu sa humanističkom suštinom lekarske profesije. Dvadeseti vek je doneo potrebu posebnog regulisanja medicinskoetičkih i medicinskopravnih aspekata lekarskog poziva. Zato se kao neophodno nametnulo izučavanje medicinske etike tokom studiranja medicine ali i tokom bavljenja praksom ili naučnoistraživačkim radom svakog lekara. Na medicinskim i stomatološkim fakultetima svih univerziteta u našoj zemlji prihvatanjem Bolonjske deklaracije uveden je ispitni predmet Medicinska etika, ali smatram pogrešno na prvoj godini studija. Medicinsku etiku bi trebalo izučavati na završnim godinama studiranja, kao i na poslediplomskim, specijalističkim, supspecijalističkim i doktorskim studijama.

*Udžbenik **Medicinska etika, drugo prošireno i dopunjeno izdanje**, sadrži tri dela i obrađuje materiju neophodnu studentima medicine i stomatologije za ispit a rekao bih još potrebnu tokom obavljanja stručne lekarske prakse ili pak bavljenja naučno-istraživačkim radom po završetku studija. Da bi studenti lakše savladali materiju predviđenu nastavnim programom, u udžbeniku su data i ispitna pitanja.*

Koncipirajući ovaj udžbenik imao sam u vidu sadržinu metodskih jedinica aktuelnog programa za predmet Medicinska etika za studente medicine i stomatologije i Fakulteta zdravstvene nege. Naravno, izvršio sam prestrukturuaciju gradiva iz prvog izdanja, a uneo sam aktuelne osvrte na izmene u društvu uz precizne lične komentare. Razumljivo je da su i promene u svetu diktirale nove trendove ugrađene u tek usvojene zakone o zdravstvenoj zaštiti i komorama zdravstvenih radnika Srbije. U Udžbenik sam uneo i citate iz pomenutih zakona, kao iz tek usvojenog Zakona o privatnoj lekarskoj praksi i Krivičnog zakona Republike Srbije.

Smatram da će ovaj udžbenik doprineti lakšem usvajanju medicinskoetičkih načela i pomoći razrešavanju i medicinskodeontoloških dilema ne samo studentima već i lekarima i zdravstvenim radnicima tokom obavljanja profesije kako u državnim zdravstvenim institucijama, tako i u privatnoj praksi. Naravno, pravu ocenu daće studenti i kolege.

Beograd, januara 2007.

Prof. dr Milutin M. Nenadović

UVOD

Biti lekar je vrlina i nadljudska hrabrost.

Medicinsku etiku kao posebnu oblast savremene naučne medicine studenti medicine i lekari moraju usvajati tokom studiranja ali i tokom celog profesionalnog života. Medicinska etika naročito treba da profiliše savremenog lekara u kontekstu odnosa lekar – kolege, lekar – bolesnik, lekar i porodica bolesnika, lekar i zajednica. Zdravstvena zaštita je delatnost od posebnog društvenog interesa u savremenoj civilizaciji, a medicina je oduvek bila značajna za pojedinca, odnosno bolesnog čoveka. Činjenica je da odnos lekar – pacijent nikada nije jednostavna profesionalna relacija dve osobe. Stoga znanja iz oblasti medicinske etike i medicinskog prava za lekara sadašnjice imaju nemerljivu vrednost, jer se etičnost obavljanja lekarske profesije usvaja, a ne uči.

Izučavanje medicinske etike i medicinskog prava studentima prve godine nije lako jer nemaju prethodna znanja iz kliničke medicine. Jasno je da se medicinskoetički, kao i medicinskopравни aspekti, ali i problemi odnose najvećim delom na kliničke medicinske oblasti. Siguran sam da je udžbenik Medicinske etike značajan u stručnoj literaturi svakog lekara praktičara, svakako i lekara koji se opredeli za naučno-istraživački rad. Naročito je to pouzdana anticipacija za kolege koji će svoj profesionalni život započeti i završiti u tek nastalom prvom veku trećeg milenijuma, veku očekivanog najturbulentnijeg civilizacijskog zamaha i domašaja u odnosu na dodanašnju ljudsku istoriju. Milenijum u koji smo tek zakoračili, uz sigurnu četvrtu tehničko-tehnološku revoluciju doneće i neslućenu alijenaciju čoveka od čoveka, a samo će lekar biti apostol savesti i ljudske topline, kao bolesnikova privilegija. Lekar nije etičnošću, najpozitivnijom savesnošću i ljudskom toplinom predat samo bolesnom, već se od njega očekuje lično davanje i porodici, rodbini i prijateljima bolesnika, ali nesporno i socio-zajednici u celini.

Materija iz oblasti medicinske etike kao posebne discipline savremene naučne medicine data je u ovom udžbeniku ne kao materija za ispit, već kao doprinos opštem znanju i obrazovanju lekara, da lakše razumeju današnje kompleksno i ogromno medicinsko prostranstvo i u njemu ne zalutaju sa deontološkog aspekta.

Prof. dr Milutin M. Nenadović

SADRŽAJ

PREDGOVOR	I	Poglavlje II	
UVOD	II	LIČNOST I TEORIJE LIČNOSTI	46
OPŠTI DEO		Posebnosti čoveka savremene civilizacije	46
Poglavlje I		Ličnost – čovekova suština	48
MORAL I MORALNOST	3	Kvaliteti ličnosti	49
Moral i etika	3	Temperament	49
O moralu savremenog doba	5	Karakter	50
Moral – ljudska praksa	6	Ličnost u svetlu učenja normativne etike	51
Moral i drugi oblici ljudske prakse	7	Poželjne pozitivne osobine ličnosti	52
Homo moralis	8	Nepoželjne negativne osobine ličnosti	53
Izvori nastanka, razvoj i cilj morala	9	Funkcionisanje zrele ličnosti	54
Ciljevi morala	9	Teorije ličnosti	55
Pranorme kao izvor moralnih normi	11	Frejdova teorija ličnosti	55
Običajne norme	14	Jungova teorija ličnosti	56
Sličnosti i razlike između običajnih i moralnih		Teorija ličnosti Karen Hornaj	57
normi	15	Olportova teorija ličnosti	57
Folklor	17	Ego psihološke teorije ličnosti	58
Eufemizam	17	Maslovljeva teorija ličnosti	58
Moral i religija	18	Fenomenološke teorije ličnosti	58
Homo religiosus	20	Fromova teorija ličnosti	59
Moral i hrišćanska religija	21	Adlerova teorija ličnosti	59
Sličnosti i razlike između morala i religije	22	Salivenova teorija ličnosti	60
Moral i pravo	24	Geštalt model ličnosti	60
Odnos prava i morala sa aspekta regulativnih		Transakciona teorija ličnosti	61
normi	24	Bihejvioralna teorija ličnosti	61
Razlike između moralnih i pravnih normi	25	Teorija agresivnosti	62
Psihološka učenja o genezi morala	26	Problemi alijenacije u svetlu Fromovog učenja	64
Sociološka učenja o genezi morala	28	Savremeni odnos individua – zajednica	65
Moral i savest	29	Perspektive dezalijenacije čoveka XXI veka	66
Vrste savesti	30		
Moralni akt	31	Poglavlje III	
Moralno rasuđivanje	32	ETIKA I ETIČKA UČENJA	67
Moralno ponašanje	33	Etika – nauka o moralu	67
Seksualnost čoveka	34	Istorijat etičkih učenja	68
Moralnost	37	Stari vek i etička učenja drevnih civilizacija	69
Dispozicija razvoja moralnosti	37	Etička učenja u Antičkoj Grčkoj	69
Preduslovi za razvoj moralnosti	38	Sokrat	70
Svest kao preduslov razvoja moralnosti	38	Platon	71
Inteligencija kao preduslov razvoja		Aristotel	72
moralnosti	39	Kinički etičko-filozofski pravac	74
Emocije kao preduslov razvoja moralnosti	40	Antisten	75
Volja kao preduslov razvoja moralnosti	41	Diogen	75
Nagoni kao preduslov razvoja moralnosti	42	Hedonizam kao etičko-filozofski pravac	76
Osećanje dužnosti kao preduslov razvoja		Aristip	76
moralnosti	43	Epikur	76
Poremećaji moralnosti	44	Stoicizam – etičko učenje	77
		Zenon	77
		Epiktet	78

Marko Aurelije	78	Razvoj naše etičke prakse	103
Seneka	78	Savremena etika – nauka o moralu	105
Etička učenja srednjeg veka	80	Odnos etike i drugih nauka koje proučavaju	
Hrišćanstvo i etička učenja	80	moral	106
Filon	81	Teorijska etika	107
Sveti Avgustin	81	Normativna etika	109
Toma Akvinski	81	Pozitivistička etika	110
Hrišćanska i crkvena etika	82	Humanistička etika	110
Islamska etika	83	Preduslovi za etičko ponašanje u praksi	111
Etička učenja renesanse	85		
Etička učenja humanizma i renesanse XIV veka ...	85	Poglavlje IV	
Dante	85	MEDICINA – istorijat i razvoj	113
Petrarka	85	Nastanak i razvoj medicine	113
Bokačo	86	Magijska i prenaučna medicina	114
Etička učenja humanizma i renesanse XV veka ...	86	Medicina starog veka	115
Nikola iz Kuze	86	Medicina Vavilonaca i Asiraca	115
Mirandola	87	Medicina Feničana	117
Etička učenja humanizma i renesanse XVI veka ...	87	Medicina starih Egipćana	117
Nikolo Makijaveli	87	Medicina Persijanaca	119
Tomas Mor	88	Medicina starih Jevreja	119
Đordano Bruno	88	Medicina stare Indije	120
Etička učenja humanizma i renesanse na		Kineska medicina	121
prelazu u novo doba	89	Japanska medicina	123
Vilijam Šekspir	89	Medicina Inka, Maja i Asteka	123
Frensis Bekon	89	Medicina antičkih naroda	124
Etička učenja novog doba	90	Hipokratova škola medicine	126
Baruh Spinoza	90	Aleksandrijska škola medicine	128
Emanuel Kant	91	Medicina Etruraca	129
Utilitarizam kao etičko učenje	92	Medicina Rimljana	130
Džeremaj Bentam	92	Medicina srednjeg veka	135
Etička učenja socijalista – utopista	93	Arapska medicina	135
Žan-Žak Ruso	93	Vizantijska medicina	137
Saint-Simon	94	Hrišćanska manastirska medicina	137
Robert Oven	94	Medicina renesanse	138
Furije	94	Medicina novog doba	141
Etička učenja nemačkih klasika filozofije	95	Medicina XVII veka	141
Hegel	95	Medicina XVIII veka	143
Artur Šopenhauer	96	Medicina XIX veka	145
Fridrih Niče	96	Savremena naučna medicina XX veka	145
Etička učenja klasika marksizma	97	Istorijski razvoj medicine srpskog naroda	146
Karl Marks	97	Čovek kao objekt medicine	149
Fridrih Engels	97	Zadaci medicine	149
Najnovija etička učenja XX veka	99	Podela medicine	150
Pragmatizam kao etičko učenje	99	Obrazovanje lekara nekad i sad	151
Čarls Pers	99	Istorijski razvoj medicinskih fakulteta i	
V. Džems	99	univerziteta u Evropi i svetu	152
Džon Džui	100	Medicinski fakulteti u Salernu i Monpeljeu	153
Egzistencijalizam kao etičko učenje	100	Današnja organizacija obrazovanja na	
Kjerkegor	101	medicinskim fakultetima u Srbiji	155
Jaspers	101	Principi i načela u obrazovnoj spirali lekara	159
Hajdeger	101	Bolonjska deklaracija	162
Žan Pol Sartr	102		

Poglavlje V		Medicinska etika i medicinska deontologija	185
STOMATOLOGIJA	163	Istorijat i razvoj savremene medicinske etike	188
Nastanak stomatologije	163	Medicinska etika i lekarska deontologija u	
Razvoj stomatologije	163	medicinskoj praksi srpskog naroda.....	189
Istorijat zubne medicine	164	Medicinskoetička načela u radu lekara.....	192
Zubna medicina prenaučnog perioda	165	Lekarska etika i ličnost lekara	194
Zubna medicina starog veka	165	Obavezne osobine lekara i pravila dobre	
Zubna medicina Vavilona i Asirije	165	komunikacije	194
Zubna medicina starog Egipta.....	166	Skromnost lekara	195
Zubna medicina starih Jevreja.....	166	Humanost lekara.....	195
Zubna medicina Feničana	166	Komunikacija lekara sa medicinskim i	
Zubna medicina drevne Indije.....	167	nemedicinskim radnicima u zdravstvenoj	
Zubna medicina drevne Kine.....	167	ustanovi	196
Zubna medicina drevnog Japana	167	Farmaceutski poslovi lekara u	
Zubna medicina antičke Grčke	168	zdravstvenoj ustanovi.....	196
Zubna medicina Etruraca.....	168	Administrativni poslovi lekara u	
Zubna medicina Rimljana	168	zdravstvenoj ustanovi.....	197
Zubna medicina srednjeg veka.....	169	Finansijsko-materijalni poslovi lekara u	
Manastirska hrišćanska zubna medicina	169	zdravstvenoj ustanovi.....	197
Zubna medicina renesanse	169	Obavezujući medicinskoetički stavovi lekara	
Zubna medicina novog doba	170	prema sebi	198
Zubna medicina XVII veka.....	170	Medicinskoetički stavovi lekara prema	
Zubna medicina XVIII veka.....	170	kolegama	199
Zubna medicina XIX veka	171	Medicinskoetički stavovi lekara prema bolesniku	200
Stomatologija XX veka.....	171	Transfer	205
Istorijski razvoj zubne medicine i stomatologije		Kontratransfer	205
srpskog naroda.....	172	Empatija	206
Zadaci stomatologije	173	Obavezujući medicinskoetički stavovi za lekara	
Podela stomatologije	173	prema rodbini bolesnika.....	207
Savremena uloga stomatoloških fakulteta	174	Očekujući stav bolesnika prema svojoj bolesti....	208
Kliničke grane savremene stomatologije.....	174	Očekujući stavovi porodice prema bolesnom	
Konzervativna terapija zuba	175	članu	209
Ortodoncija	175	Deontologija u medicinskoj praksi.....	210
Oralna hirurgija	175	Principi i načela medicinske deontologije	210
Stomatološka protetika.....	176	Lekarska deontologija	211
Značaj preventivne stomatologije	176	Medicinskodeontološki aspekt dijagnoze	212
Važna otkrića u stomatologiji	177	Medicinskodeontološki aspekt indikacija	213
Istorijat primene rendgena u stomatologiji	177	Medicinskodeontološki aspekt prognoze	213
Obrazovanje stomatologa	178	Medicinskodeontološki aspekt terapije.....	214
Bol i značaj bola u stomatologiji	179	Medicinskodeontološki aspekt ekspertize	215
Zdravlje i bolest	180	Medicinskodeontološki aspekt prevencije.....	215
Šta je zdravlje	180	Pravo pacijenta na informisanost	216
Bolest	181	Princip informisane saglasnosti pacijenta.....	216
Bolest i oblici ispoljavanja.....	182	Deontologija privatne lekarske prakse	218
Masovne pojave bolesti	183	Istovremeni rad lekara u državnoj i privatnoj	
Vođenje medicinske dokumentacije i medicinska		zdravstvenoj ustanovi.....	218
terminologija	183	Samoreklamiranje lekara sa aspekta	
Organizacija stomatološke službe u Srbiji	184	medicinskodeontološkog ogrešenja.....	219
		Zamke poslovne konkurencije u privatnom	
Poglavlje VI		zdravstvu	220
O MEDICINSKOJ ETICI I LEKARSKOJ		Naplata usluge kolegi lekaru	221
DEONTOLOGIJI	185	Ostvaren profit u privatnoj praksi i raspodela	221

Jatrogenija.....	222	Izjava o dostupnosti zdravstvene zaštite	274
Medicinskoontološka odgovornost lekara	223	Preporuke koje se odnose na medicinsku	
Pismo lekara Paola Mantegazza svom sinu		zaštitu u seoskim oblastima	274
lekaru	224	Izjava o kućnom medicinskom monitoringu	
		"tele-medicina" i medicinska etika	274
		Preporuka br. R(80. 4) Komiteta ministara	
		vladama država članica koja se odnosi na	
		aktivno učešće pacijenta u sopstvenom	
		lečenju.....	275
		Deklaracija o principima zdravstvene	
		zaštite u sportskoj medicini	275
		Preporuke koje se odnose na boks	275
		Medicina i medicinsko pravo	276
		Medicinsko pravo	277
		Posebne medicinskoetičke i medicinskopravne	
		dileme u praktičnoj primeni naučne medicine	278
		Eutanazija	279
		Samoubistvo adolescenta.....	284
		Abortus	285
		Medicinska tajna	287
		Lekarska tajna	287
		Profesionalna tajna	287
		Podeljena tajna.....	288
		Uslovi pod kojima se odaje medicinska i	
		lekarska tajna	289
		Tradicionalna medicina	290
		Tradicionalna medicina sa aspekta	
		medicinskoontoloških ogrešenja	292
		Zakonska uređenost tradicionalne	
		medicine u Srbiji	293
		Eksperiment u medicini.....	294
		Ispitivanje lekova na ljudima	295
		Istraživanja na modelu – eksperimentalne	
		životinje	297
		Veštačko oplodjenje	298
		Artificijelna homologna inseminacija (AIH).....	299
		Artificijelna donor inseminacija (AID)	300
		Vantelesna oplodnja i embriotransfer (VTO i ET)	302
		Surogat majka	303
		Inovacije u medicini	304
		Jatrogena oštećenja	306
		Postupak sa umrlima i delovima ljudskog tela	308
		Postupci sa umrlim	309
		Postupci sa delovima ljudskog tela koji su	
		odvojeni od celine organizma	310
		Sudskomedicinsko veštačenje.....	311
		Lekar u ulozi veštaka pred sudom.....	311
		Odavanje medicinske tajne na zahtev suda.....	313
		Neophodni a posebni medicinskoetički kvaliteti	
		lekara pred sudom	314
		Pravnomedicinsko-etički stavovi prema	
		greškama u medicini	316

Nadzor nad kvalitetom rada lekara i zdravstvenih radnika	319
Vrste komora zdravstvenih radnika	321
Kodeks profesionalne etike medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije	322
Etički odbor	324
Etički komitet i etička komisija	325
Krivična odgovornost lekara zdravstvenih radnika i radnika u zdravstvu	327
Protivzakonito posredovanje	330
Primanje mita	330
Davanje mita	331

SPECIJALNI DEO

Uvodno razmatranje	335
Medicinska etika i medicinska deontologija	336
Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara u radiologiji	337
Medicinska deontologija u radiološkoj dijagnostici	337
Medicinska deontologija u radiološkoj terapiji	339
Medicinskodeontološka načela i problemi lečenja onkoloških bolesnika	340
Načela i problemi informisanja bolesnika o dijagnostikovanom malignom oboljenju	341
Načela informisanja onkološkog bolesnika o terapijskom postupanju i prognoza ishoda bolesti	342
Primena agresivnih tretmana u onkologiji	343
Terminalna nega umirućih bolesnika	345
Rad lekara u hirurgiji	347
Specifičnosti medicinskoetičkih načela u odnosu hirurg – pacijent	349
Priprema bolesnika za hiruršku intervenciju	351
Izvođenje hirurške intervencije	353
Uzgredni nalaz u hirurgiji	354
Naruženost nakon hirurške intervencije	355
Estetska hirurgija	355
Lekarski previd u hirurgiji	356
Jatrogena oštećenja pri hirurškoj intervenciji	357
Rad lekara u oftalmologiji	358
Rad lekara u otorinolaringologiji	360
Rad lekara ginekologa i akušera	361
Rad lekara u ginekologiji	361
Tehnika ginekološkog pregleda	362
Rad lekara u akušerstvu	363
Rad lekara u anesteziologiji i reanimaciji	364
Rad lekara u oblasti humane seksualnosti	367
Humana reprodukcija	370
Rad lekara u perinatologiji	371

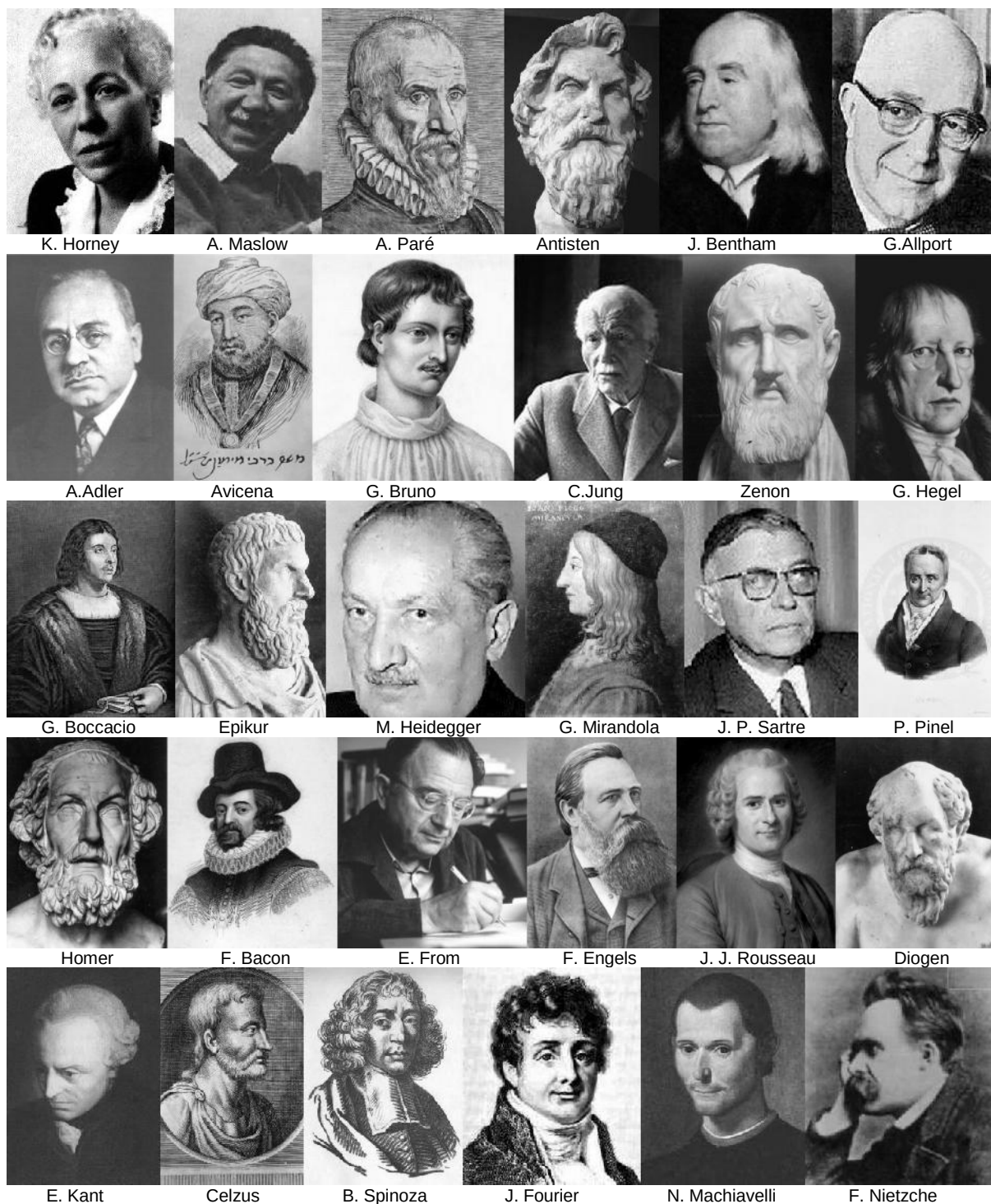
Fetalna medicina i fetalna hirurgija	371
Intenzivna nega ugroženog novorođenčeta	373
Rad lekara u pedijatriji	376
Specifičnost dijagnostike nad bolesnim detetom	377
Medicinskodeontološka načela terapije u pedijatriji	378
Rad lekara u granama interne medicine	379
Rad lekara u neurologiji	381
Lečenje obolelih od zaraznih bolesti	384
Akutne zarazne bolesti	385
HIV infekcija sa medicinskoetičkog aspekta	387
Rad lekara u dermatovenerologiji	389
Dermatologija	389
Medicinskodeontološke posebnosti vezane za polne bolesti	391
Rad lekara u psihijatriji	392
Savremena psihijatrija i medicinska etika	393
Zaštita mentalnog zdravlja	394
Dijagnoza u psihijatriji	395
Psihijatrijska bolest	395
Istraživanja u psihijatriji	396
Zdravstvena politika i socijalna pravda u psihijatriji	397
Liezon psihijatrija	398
Konsultativna psihijatrija u drugim granama medicine	398
Somatska bolest i mentalni sklad bolesnika	400
Stav bolesnika na saznanje da boluje od somatske bolesti	401
Rad lekara sa gerijatrijskim bolesnicima	402
Rad lekara sa hendikepiranim bolesnikom	404
Bolesnici sa urođenim hendikepom	405
Bolesnici sa stečenim hendikepom	405
Rad lekara u epidemiologiji	406
Rad lekara u stomatologiji	407
Rad u farmaciji i apotekarstvu	409
Rad lekara u kliničkoj farmakologiji	412
Transplantacija tkiva i organa	413
Transplantacija tkiva i organa sa živog davaoca	414
Transplantacija tkiva i organa sa leša	415
Rad lekara u humanoј genetici	419
Eugenika i humani genom	420
Genetska istraživanja i genetski inženjering	421
Genetsko konsultovanje	422
Preventivni genetski skrining	423
Ekološka etika	427
RECENZENTI O UDŽBENIKU	431
INDEKS	433
LITERATURA	439



RUDOLF VIRCHOW



Sokrat



Poglavlje I MORAL I MORALNOST

MORAL I ETIKA pojmovno razgraničenje

"Biti lekar je izuzetna vrлина, ali i nadljudska hrabrost."

Milutin M. Nenadović

Termini **moral** i **etika**, kao i pojmovi **moralan** i **etičan**, u svakodnevnoj upotrebi i govoru kao da imaju vrednosti sinonima. Međutim, reč je o različitim pojmovima.

Etimološko poreklo reči moral je od latinske reči **mos**, **moris** – *običaj, narav, skup običaja i pravila o njima*.

Etimološki etika potiče od dve grčke reči: **ethos** – *običaj (navika, uobičajena radnja)* i **ethikos** – *moralan (prebivalište, ćud, narav ljudi na prebivalištu)*.

Znači, pojmovi moral i etika etimološki potiču od latinske i grčkih reči i na oba jezika znače – običaj. Ipak semantička distinkcija između termina moral i etika je jasna.

Termin moral više se upotrebljava za one vrednosti koje jedno društvo prihvata kao univerzalne principe. **Moral je ljudska (društvena) praksa.**

Termin etika se obično koristi za vrednosne principe relevantne za neki poseban kontekst, domen aktivnosti ili profesiju. **Etika je teorija prakse – teorija o praksi.**

Moral i etika pojmovno znače isto u svakodnevnom govoru i upotrebi i u tesnoj su vezi, ali lekar termine moral i etiku ne sme poistovećivati. Lekar i zdravstveni radnik moraju usvojiti da je: Pojmom moral označena određena pojava i praksa u društvenom životu. Pojmom etika označena je nauka o moralu kao društvenom fenomenu. **Etika je filozofska naučna disciplina.**

Dakle, jezički je neispravno, a po značenju pojmova nelogično, poistovećivati moral i etiku. Umesto moralan ne može se reći etičan, jer pojam *moralan pripada moralnoj praksi, a pojam etičan teoriji o moralu*.

Moral pojmovno treba razumeti kao skup nepisanih društvenih normi po kojima ljudi formiraju svoje rasuđivanje i usmeravaju svoje ponašanje u odnosima sa drugim ljudima u zajednici ili užoj socio – grupi kojoj pripadaju. Pored moralnih postoje i druge norme kao pravila ponašanja kojima se regulišu društveni odnosi, na primer religiozne i običajne norme.

Moralne norme se zasnivaju na opšte usvojenim moralnim vrednostima po principu suprotnosti, *dobro – zlo, ispravno – neispravno, pošteno – nepošteno, istinito – neistinito (la-*

žno) itd. Norme utiču na stavove čoveka i determinišu njegove postupke prema drugima, regulišući interpersonalne odnose. Moral je zbog toga važan činilac kohezije među ljudima po pripadnosti (ista etnička grupa ili ista socio-zajednica).

Moralne norme su nam parametar na osnovu kojeg donosimo sopstveni sud – subjektivni sud – moralni sud o pojedincu, ali i moralni sud o samom sebi. Tako zaključujemo da je neko dobar ili zao, pošten ili nepošten. Stavovi po usvojenim moralnim normama prerastaju u **moralne sudove**.

Moralni sudovi su osnova i generator daljeg uobličavanja moralnih normi u svakoj civilizaciji, u svakom društvu, u svakoj zajednici. Moralni sud ima značaj za pojedinca jer mu pomaže u smislu podrške i odobravanja ili u smislu osude i/ili zahteva da izmeni svoje ponašanje. Ovo čoveka čini zaslužim ili odgovornim za svoje ponašanje. Međutim, to je tako samo ukoliko proističe iz slobodne i svesne volje tog pojedinca kao njegov slobodan izbor i odluka. Ukoliko je pojedinac postupio na određen način zbog spleta slučajnih ili nametnutih okolnosti, to sa moralnog stanovišta nije bitno.

Moral je verovatno nastao još u preistoriji kada je pojedinac postao svestan potrebe da zadovolji svoje želje, nagone i motive, ali istovremeno sa dilemom kako da postupi, da li kao deo zajednice, ili kao posebno biće, jer je morao poštovati i potrebe drugih ljudi, a ne samo svoje. Primarna potreba čoveka od davnina sigurno je da ostvari ličnu sreću u življenju. Tako je nastalo i neizbežno pitanje koje pojedinac upućuje sam sebi: kakav to treba da budem da bih bio srećan? Ali i pitanje, kakvi bi trebalo da budu drugi da bi moja sreća bila moguća? Iznalaženje odgovora na ova pitanja je osnova i suština morala zajednice i morala pojedinca.

Postavlja se pitanje kako bilo ko može znati da li je naš prihvaćeni moral bolji od drugih ili je najbolji u istoriji civilizacije. Tim problemom kao osnovnim bavi se *teorijska etika*, ulažući trud da pronađe kriterijume koji bi postavili društvene moralne norme sa trajno zagaran-tovanim vrednostima. Stoga unutar etike sem *normativne* postoji i *primenjena etika*.

Etika nema opšte prihvaćenu, sveobuhvatnu definiciju što potvrđuje i etimološko poreklo reči etika. Grčka reč *ethikos*, pisala se grčkim slovom *epsilon* i pojmovno je značila *navike, radnje, uobičajene aktivnosti*, a reč *ethos* pisala se slovom *eta*, označavajući ono što se po-ima kao *unutrašnje duševno svojstvo čoveka, pre svega njegova volja*.

Etika je filozofija morala (filozofska disciplina koja izučava moral). Etika je i praktična filozofija sa moralom kao objektom svog izučavanja. Široko područje etike na teoretskom planu izučava i objašnjava moralnu normu. Konačno, etika je nauka o **moralnom fenomenu**.

Moralni fenomen obuhvata *običaje, navike i norme kojima se ljudi u društvenoj zajed-nici rukovode i u skladu sa njima kontrolišu svoje ponašanje i postupke*. Moralni fenomen se zasniva na dve bitne osobine čoveka.

1. *Prva* je čovekov intelekt, čovekova sposobnost saznanja i planiranja postupaka.
2. *Druga* osnova moralnog fenomena je čovekova iracionalnost, čovekova emocional-nost i nagonско u čoveku.

Poslednjih decenija raspravlja se i piše sve češće o *medicinskoj etici, medicinskoj deon-tologiji i lekarskoj deontologiji*. Raspravlja se i definiše razlika između lekarske etike koja obuhvata sveukupne principe regulisanja i norme ponašanja lekara uslovljene specifičnostima lekarske profesije.

O MORALU SAVREMENOG DOBA

"Budi ono što jesi ako želiš da budeš srećan"

Aristotel

Moral i moralne vrednosti čoveka XXI veka treba razumeti u kontekstu aktuelnog stremljenja ka globalizaciji ljudske zajednice. Savremena moralna načela zbog toga globalno trpe ujednačavanje u svim oblastima društvene prakse. Univerzalne vrednosti čoveka na početku trećeg milenijuma su neporecivo *homo moralis*, *homo religiosus*, *homo ludens*, *homo faber* i bitno, ako ne nažalost i najbitnije, *homo economicus*. Savremena civilizacija tržišne definicije je ako ne u jasnom konfliktu ono sigurno u paradoksalnoj relaciji sa dodanašnjom moralnom ljudskom praksom. Protok vremena će konsekvantno presuditi da li je ovakva anticipacija samo skepsom zatamljen ugao ili alarm za očuvanje jedinog razumskog bića na planeti.

Karakteristične posebnosti čoveka na početku XXI veka vrlo su kompleksne. Sigurno je da od prapočetka čovekove sposobnosti apstraktnog poimanja postoji u njemu intrigantna i nikad zadovoljena potreba da odgonetne: Ko je on? Koje su mu vrednosti? Koje su mu potrebe? Koje su mu namere razvoja? Ko je i šta je to zapravo čovek? Odgovore na ova pitanja nema i nadalje.

Davno minuli milenijumi drevnih civilizacija ostavili su istorijske dokaze o pokušajima odgovora, šta je to i ko je čovek. **Demokritovo** mišljenje iz antičkog perioda vredno je pamćenja i pominjanja: **"čovek je ono što svi znamo"**. **Aristotel** smatra da je bitna posebnost čoveka njegova politička praksa. Definisao je čoveka političkom životinjom. Prihvatljivo je i ovo Aristotelovo stanovište: **"Čovek je sredina između nečega i svega, te je njegova najbitnija osobina da upozna svoju ograničenost."** **Kjerkegor** na ovakve zagonetne stavove o čoveku kao biću postavlja dilemu i pitanje: **"Bog zna da li je iko među nama čovek?"**

Srednjovekovni period ljudske istorije po suštini degradira čoveka oduzimajući mu individualnu kreaturu i svodi ga na pozicije božje kreacije. U novom dobu naučnici, sociolozi i filozofi, definišu čoveka kao **kovača svemira** i smatraju da je **"koren čoveka sam čovek"**.

Ideje o razumevanju čoveka kroz istoriju civilizacije do danas imaju tri osnovna obeležja ili tri različita vrednosna objašnjenja.

1. **Prvo potpuno objašnjenje** čoveka u istoriji bilo je hrišćansko shvatanje o božanskom poreklu i objašnjenju sveta kroz pojavu od boga stvorenih prvih srećnih ljudi – *Adama i Eve*, koji su zbog sgrešenja izgubili Zemaljski raj i doživeli odbacivanje od Boga. Ostavljena im je mogućnost parcijalnog povratka Bogu kroz spas duše al samo za one koji uđu u vernike i dosledno poštuju Boga. Materijalno postojanje čoveka i telesni život su zanemareni.
2. **Drugo upotpunjeno objašnjenje** i prihvaćeno shvatanje čoveka počiva na shvatanju mislilaca antičke Grčke, po kojima čovek treba da zahvali za svoj poseban položaj na planeti svom razumu, svome umu, svojoj samosvesti. Čovek je društveno biće koje ume da sazna.
3. **Treća potpunost poimanja** istorijske suštine čoveka proistekla je iz aktuelnih prirodno-naučnih shvatanja. Čovek je najviši dostignuti oblik života na Zemlji. *Suštinski, čovek je biološko biće sa genetskom dispozicijom da na samom rođenju razvija mentalne funkcije.*

MORAL – LJUDSKA PRAKSA

suštinsko određenje morala

Homo sapiens recens (savremeni umni čovek) nepromenjenih kvaliteta, potencijala i mogućih realizacija svoje mentalne ukupnosti prisutan je na našoj planeti pet do sedam hiljada godina. Usvajanje ovog aksioma fundamentalno je polazište za razumevanje minulih, a poznatih civilizacija i čoveka kao jedinog kreatora svega sazajnog. To je i uslov da razumemo i sebe kao neponovljivu posebnost, ali i etiku kao nauku i teoriju morala.

Prihvaćen moral u zajednici stalno je pod lupom ocenjivanja i menjanja. Moral pojedinih zajednica i civilizacija koje su minule u prošlosti, bio bi neprihvatljiv sa aspekta moralno poželjnog ponašanja društva ili pojedinca danas. Primer: poznato je da je prihvaćeni društveni moral u antičkoj Sparti nalagao bacanje sa stene u more novorođenčadi sa urođenim manama. Ako bi neko u Sparti tog vremena postupao drugačije, bio bi amoralan. Danas u humanizovanom moralnom društvu naše civilizacije ako bi neko postupao kao Spartanci sa novorođenčecom koje ima, recimo, telesnu manu, bio bi ne samo amoralan nego i pravno sankcionisan. Danas prihvaćena moralna načela nadređuju život svake jedinke svemu drugom, pa i fizičkoj defektnosti na rođenju, iako i današnje društvo teži ka potpuno zdravom i sposobnom potomstvu kao i u drevnoj Sparti.

Život čoveka, za razliku od života ostalih živih bića praktičan je u svojoj najdubljoj suštini. Moral je u savremenoj civilizaciji najznačajniji, a složen fenomen ljudske prakse jer predstavlja neprekidnu dinamičku interakciju svesnosti i ponašanja. Sve što je delo ljudske kreativnosti (svaka istorijska epoha, svaka društvena grupa, svaki čovek i svaki njegov postupak) može se vrednovati sa stanovišta morala tj. moralne prakse.

Pošto je moral nesagledivo široka, sadržajna i razvojna pojava ljudske prakse, zato ga je i nemoguće definisati metafizički jednom za sve ljude i sva vremena. Moral je moguće samo pokušati dijalektički definisati, uvažavajući čovekove istorijske determinante, društvene razvojne relacije, relaciju pojedinca i društva, ali i uzrasnu – životnu dob pojedinca.

Moral je ljudska praksa prihvaćenih pravila ponašanja, obuhvaćenih jednostavnim vrednosnim sistemom kao dobro ponašanje naspram lošeg ponašanja.

Moral kao ljudsku praksu odlikuju određene vrednosti (moralne vrednosti) koje to društvo tretira kao vrednost, tj. podržava ih, uvažava, čuva, afirmiše i populariše, nasuprot negativnim vrednostima – nevrednostima. **Moral ne poznaje neutralnost.** *Vrednosni sistem moralnih normi je konsekvantno dihotoman, sve je ili dobro (moralno) ili loše (nemoralno).*

Moral nije jedina ljudska praksa i nije vrednost svesti nezavisna od drugih oblika društvene prakse. Moral je neprestano i čvrsto povezan sa ekonomskim, političkim, klasnim, kulturnim, nacionalnim i verskim posebnostima prakse datog društva, zajednice ili grupe.

Povezanost morala i drugih oblika ljudske prakse, odnosno društvene svesti (znanja) izučava se kroz odnos morala i ideologija, morala i filozofije, morala i nauka, morala i religije. Sadržaji brojnih relacija postoje u čovekovom saznanju (kogniciji), osećajima i volji. Kroz moral se prelama čitav život čoveka, tj. sva ponašanja i stavovi, kao i ukupan rad, sva angažovanost, ambicije i ostvarenja.

Konačno, moral privileguje samo čoveka kao svesno biće, pod uslovom da je u dovoljnoj meri slobodan.

MORAL I DRUGI OBLICI LJUDSKE PRAKSE

"Čovek je samosvest duha."

Hegel

Moral je veoma širok, sadržajan pojam ljudske prakse koji se neprestano razvija.

Etika je teorija, filozofija, najpreciznije – nauka o moralu – ljudskoj praksi.

Fundamenti morala su *dobro* i *zlo* i sve što ima ljudsko poreklo, svaka epoha, svaka društvena grupa, svaki čovek i svaki njegov postupak vrednuju se sa stanovišta morala.

Moral ima najmanje dva značenja:

1. *neutralni vrednosni kvalitet* – odnosi se na opšte osobenosti u nekom moralu i ne definiše ni negativne ni pozitivne vrednosti;
2. *vrednosno određen kvalitet ili smisao* morala proističe iz činjenice da sve što ima ljudsko poreklo sa stanovišta morala može se vrednovati kao pozitivno i negativno. Znači, moral je skup pravila ponašanja koja se mogu vrednovati kao dobro i/ili loše.

Pojmovi dobro i zlo – loše, veoma su složeni i da bi se preciznije definisali, treba uvažiti brojne društvene, ali i individualne uslove života, kao što su: ekonomski, politički, kulturni, vaspitni, u opštem smislu mentalni, što je skoro nemoguće. Nije moguće po definiciji koja bi važila trajno opredeliti šta je dobro, a šta zlo ili loše. Razumevanje morala kao ljudske prakse je zato lakše ako se poredi sa drugim oblicima i kategorijama društvene prakse.

Moral kao razvojna ljudska vrednost razvijao se i nastajao sa ukupnim razvojem čoveka i zajednice. *Osnove morala su sledeće.*

– **Znanje ili svest** je prvi uslov svrshodnog ljudskog, tj. moralnog ponašanja. Ljudsko znanje se nalazi u relaciji moral i nauka, moral i filozofija, moral i umetnost, rečju, moral i svi drugi oblici čovekovog znanja, tj. znanja i prakse.

– **Emocije – emotivni procesi** su bitna osnova morala jer uslovljavaju nastanak moralnih osećanja. Moralna osećanja pored znanja sadrže u sebi i osećanja, predosećanja i intuitivna znanja, kao i emocije bilo prijatne ili neprijatne.

– **Volja kao rezultat motivaciono voljnih procesa** utemeljenih na potrebama čoveka je treći značajni činilac morala. Svako moralno ponašanje je voljno tj. dobrovoljno ponašanje. Leksički je jasno da dvosloženica dobrovoljno, precizno definiše relaciju morala sa dobrim i voljom. Odnos morala i volje nije samo odlika pojedinca već i društva savremeno prisutna, recimo *izborna volja naroda*. Moral je nesporno u tesnom odnosu sa:

- *društvenim ideologijama;*
- *politikom;*
- *vaspitanjem;*
- *obrazovnim sistemima;*
- *drugim oblicima ljudske prakse.*

Moral je u relaciji sa čitavim životom čoveka i njegovim životnim delatnostima, sa svim oblicima njegovog ponašanja, svesti, rada, stvaralaštva, rečju sa njegovim življenjem u celini.

HOMO MORALIS

"Ko si ti? Najteže je pitanje što ga čovek može da postavi čoveku."

Dovani Papini

Homo moralis nije poseban tip čoveka, već termin (izraz) koji pojmovno ukazuje na određeni aspekt života čoveka, odnosno na sferu njegovog moralnog delovanja u zajednici.

Homo moralis je i termin koji jasno određuje da su moral i moralno ponašanje apsolutno i jedino privilegija homo sapiens-a u odnosu na sva živa bića naše planete.

Moral – privilegija samo čoveka ima svoj istorijski razvoj kroz civilizacije. Još je pravi čovek postao posebnost kao društveno biće, a posledica pripadanja zajednici je nastanak društvene svesti, odnosno moralne svesti. Moral je nadgradnja u ukupnom mentalnom čoveka i ima definisanu determinisanost. Moral povratno deluje na socio-ekonomske odnose, ali i na druge brojne oblike nadgradnje u samoj zajednici. Učenja sociologa su tačna, *društvo – zajednica formira čoveka prema svojim zahtevima, ali je činjenica, ne samo recipročno, već i pre toga, da čovek formira zajednicu da bi ostvario individualnu personalnu sreću*. Sentenca je krajnje tačna i precizna: **"Čovek je istovremeno kreatura i kreator društva."**

Svaki pojedinac je po svojoj suštini homo moralis, samim tim što je homo sapiens. Savremena nauka, pre svih psihijatrija, psihologija, antropologija, sociološke nauke, ne mogu definisati potpuno i sveobuhvatno homo sapiens-a. Homo sapiens je duhovno i prirodno – društveno biće. Razumevanje tog bića kao homo moralis-a i nije moguće bez uplitanja, razmatranja sa aspekta filozofije, politike, religije, društveno-ekonomskih relacija i raznih ideologija. Pojmovno razumevanje termina homo moralis je bitno u kontekstu aktuelne nam civilizacije. Sazrela je potreba rekonstrukcije sveta u XXI veku, a na brojnim naukama je da nađu kvalitetnije temelje nove zasnovanosti. Moguće je samo teoretski tvrditi da bi možda rekonstrukcija sadašnjeg, po svemu dezorganizovanog sveta, mogla biti uspešna ako bi svi ljudi usvojili ispravne moralne stavove i ponašanja ka sebi, ka drugim ljudima i ka prirodi, odnosno sveukupnom realitetu.

Termini moral i homo moralis, moglo bi se reći, označavaju jedno te isto. Čovek je stekavši sposobnost apstraktnog mišljenja i razvijajući svoju mentalnu ukupnost koja ga je nadređivala i nadređila drugim živim bićima, prirodi i prirodnim pojavama i silama, istovremeno razvijao moralne norme i u suštini, evoluirao u moralno biće. Utvrđivanjem i poštovanjem morala kao skupa moralnih normi čovek je postao u pravom smislu reči taj u biosvetu jedinstveni homo sapiens. Dakle, moral je suština, a ne deo, ne posebna vrednost, ne kategorija čovekove mentalne ukupnosti, nego sastavni, razvojni i razvojno trajajući segment duhovne vrednosti čoveka.

Čovek kao razumsko biće podrazumeva moral i moralnost, a sam moral i moralnost neodvojivi su, pripadaju samo čoveku i podrazumevaju čoveka.

IZVORI NASTANKA, RAZVOJ I CILJ MORALA

"Čovek je za nas privilegovano postojanje."

Žan-Pol Sartr

Moral je razvojno nastao sigurno istovremeno sa samom pojavom homo sapiensa. Moralnost, ne može imati takvu istorijsku distancu, jer je po suštini psihička funkcija koja privi-leguje samo homo sapiens recensa. Psihička funkcija moralnost je razvojno novi kvalitet čovekove mentalne ukupnosti.

Moral nastaje podudarno sa pojavom razumskog, umnog čoveka obogaćenog sposob-nošću zaključivanja, prosuđivanja, predviđanja kao apstraktnih misaonih kategorija. Zakoni-tost nastanka, razvoja i usvajanja morala podrazumeva za individuu prihvatanje moralne nor-me kao specifične lične vrednosti u njegovoj mentalnoj ukupnosti.

Pre definisanja i prihvatanja *moralne norme*, u socio-zajednici su morale postojati druge norme, bez atributa moralnih normi sa aspekta današnjeg poimanja. Svakako da su to bile *norme prvobitne zajednice*, zatim *običajne norme*, *religijske norme*, kao praosnova nastanka morala i definisanja moralne norme i moralnog ponašanja. Kasnije je nastala i pravna norma, koja precizira sankcije da bi zajednica izbegla štetu od ponašanja pojedinca suprotnog od propisanog.

Nastanak moralne norme je istorijski vezan za pojavu umnog čoveka u prošlosti. Treba-lo je da to pojavljeno umno biće živi u grupi, doprinoseći joj, ali i zaviseći od grupe.

Razvoj moralne norme mora se takođe posmatrati istorijski. Potrebe umnog čoveka ve-zanog za život u zajednici su se dinamički menjale. Menjala se životna praksa, a posledično i moral odnosno moralne norme kao suština ljudske prakse. Razvoj moralnih normi sigurno se odvijao na trajnoj potrebi čoveka za što kvalitetnijim i humanijim stavovima i oblicima ponašanja u interpersonalnim relacijama.

Prihvaćene moralne norme imaju za cilj regulisanje međuljudskih odnosa, ali i definisa-nje suštine, pa i svrhe čovekovog života. Cilj moralne norme je jedinstven i glasio bi – *biti dobar čovek*.

Lekar nastanak, poreklo i cilj morala treba da izuča da bi mogao da usvoji kao trajnu vrednost etičke medicinske norme i pravila obavljanja lekarske profesije. Brojne nauke: so-ciologija, filozofija, psihologija, psihijatrija, antropologija i druge izučavale su i izučavaju *moral* kao pojavu i kao čovekovu vrednost. Lekar mora da koristi dosadašnja saznanja svih pobrojanih i drugih naučnih disciplina.

CILJEVI MORALA

Ciljevi morala su čovekovo svesno ponašanje tokom celog života po prihvaćenim mo-ralnim normama sredine u kojoj živi. Pojedinaac, ispunjavajući moralne ciljeve, što zajednica od njega očekuje nudeći mu i obrazac moralnog ponašanja, trebalo bi da to prihvati kao bezu-slovnost da bi ostvario svoju egoističnu tendenciju, a to je srećan i kvalitetan život.

Potrebno je znati poreklo morala da bi se razumeli moralni ciljevi kao uslov za ostvarenje životne sreće. Teorije i učenja o poreklu morala mogu se podeliti u dve velike grupe.

a) *Prvoj grupi pripadaju religiozne teorije ili na religiji zasnovane rasprave i dokazi.*

Sušтина religioznih teorija je u učenju da je Bog stvorio čoveka i u njega ugradio savest kao faktor preko kojeg individua u svakom momentu i nepogrešivo može razlikovati zlo od dobrog. Savest je, prema ovakvom shvatanju, glas božji u čoveku koji ga obavezuje i nepogrešivo navodi na samo moralno ponašanje tokom celog života.

b) *Druga grupa teorija o poreklu morala su učenja o društvenom poreklu morala.*

Polazište ovih, izuzetno brojnih teorija, jeste stav da je čovek društveno biće jako razvijenog nagona za životom samo u zajednici. Norme koje određuju moralno rasuđivanje i ponašanje pojedinca su u funkciji opšteg društvenog interesa. Zajednica ili društvena sredina odobrava, pruža podršku nagrađivanjem poželjnih ponašanja pojedinaca, jer to učvršćuje koheziju zajednice. Nepoželjna moralna ponašanja individue zajednica osuđuje, kažnjava i ne prihvata, što je put ka izgradnji normi moralnog ponašanja specifičnog za tu zajednicu.

Ciljevi morala nastajali su, razvijali se i oblikovali već od preistorije, od pojave razumskog čoveka na planeti i njegove prvobitne potrebe da radi sigurnosti i ostvarenja, zadovoljstva i sreće, živi u zajednici. Sigurno je da je već tada čovek obogaćen sposobnošću apstraktnog promišljanja postavljao sebi i pitanje šta je zapravo svrha njegovog postojanja i borbe za život. Ostalo je do danas mnogo dilema u odgovoru na pitanje šta je cilj življenja svakog čoveka u datim životnim okolnostima i vremenu. Teoretičari od Sokrata i Aristotela, do filozofa XIX veka, posebno Kanta i savremenih naučnika u oblasti socioloških nauka, psihologije, a posebno psihijatrije, bavili su se i bave se pitanjem šta su ciljevi morala i moralnog čovekovog ponašanja. Poznate brojne teorije mogu se svrstati u dve velike grupe.

1. **Monističke teorije** o ciljevima morala ističu jedan jedinstven i najviši cilj kao najviše dobro ili kao osnovni cilj života. Aristotel davno i Kant u bliskoj prošlosti skoro identično pod najvišim ciljem morala podrazumevaju onaj čovekov cilj kojem on teži čitavog svog života radi samog života. *Znači, najviši cilj je nadređen svim drugim ciljevima.* Nikada nije postignuta potpuna saglasnost teoretičara o tome šta bi trebalo da bude taj najviši cilj. Odgovori su se menjali u vremenu i u skladu sa promenama društvene organizovanosti.

2. **Pluralističke teorije** ciljeva morala ističu više ciljeva kao uopštena načela moralnog ponašanja čoveka. Među tim brojnim ciljevima izdvajaju se moralni ciljevi usmereni ka ostvarivanju *dobročinstva, zajedničke dobrobiti, slobode, tolerancije, pravde, jednakosti itd.* Jasno je da među ovim ciljevima može da dođe do konflikta, te se radi izbegavanja takve situacije, koja je štetna ne samo za pojedinca nego i za zajednicu, moralni ciljevi hijerarhizuju da bi se čovek lakše opredelio za neki od njih.

PRANORME KAO IZVOR MORALNIH NORMI

Potrebu da živi u zajednici imao je i čovek preistorije. Prvobitnu ljudsku zajednicu su karakterisali *varvarstvo i divljaštvo*. Odlikovala se niskim tehničkim nivoom i malim opsegom proizvodnosti rada. Nastupajući u grupi čovek je lakše odolevao protivničkim grupama i lakše izlazio na kraj sa prirodom i njenim nepogodama. Dakle, u prvobitnoj zajednici postojao je ne individualni, nego zajednički posed proizvoda rada i zajednički posed oruđa.

Gens, *rod* ili *klan* najjednostavnija je i prva društvena organizacija prvobitne zajednice.

Fratrija bratstvo je viši stupanj gensa.

Pleme je sledeći stepen društvene organizacije prvobitne zajednice.

Gens, fratrija i plemenska organizacija čoveka prvobitne zajednice su najprimitivniji i najraniji oblici organizovanog ljudskog društvenog života. Koliko god bila primitivna prvobitna zajednica, čovek, kao već umno biće, imao je potrebu da je očuva i izgradi pravila unutar nje. Pravila prvobitne primitivne zajednice koja su se morala poštovati su *pranorme*.

Pranorme – društvene norme prvobitne zajednice su jedinstvena pravila ponašanja. Pranorme su značajne jer dokazuju da su ljudi još u pradžavno vreme imali potrebu da utvrde pravila ponašanja. Tragovi pranormi održali su se i do današnjih dana. Pravila ponašanja u prvobitnoj čovekovoј zajednici nije bilo mnogo. Nama su poznate sledeće pranorme.

1. **OBAVEZA UZAJAMNOG POMAGANJA**. Da bi pribavio hranu i ostvario druge potrebe, pojedincu je bilo lakše da opstane ukoliko mu u lovu ili branju plodova pomogne osoba iz gensa – bliski srodnik. Obaveza pomaganja održala se do danas i u našoj supkulturi kao moba. Moba je oblik dobrovoljnog rada i pomaganja bez materijalne nadoknade rođaku ili prijatelju u krupnim poduhvatima, na primer pri gradnji kuće.

2. **ZAJEDNIČKA ŽALOST ZA UMLIM ČLANOM GENSA** je takođe sačuvana pranorma. Smrt je uvek u čoveku budila strah jer je dolazila najčešće iznenada ili na kraju teške bolesti ili usled nesrećnog slučaja. Gubitak srodnika izaziva veliku bol kod čoveka. Tuga, neraspoloženje i bezvoljnost smanjuju radnu efikasnost i ugrožavaju ne samo kvalitet života nego i život. Ko u takoj situaciji može pomoći – nego bliski iz gensa i srodnici. Time je nastala pranorma *zajedničke žalosti* da bi onome ko najviše žali zbog gubitka bilo lakše i da bi njegova intenzivna tuga trajala kraće. Ova pranorma se održala do danas kroz obavezu izjave saučesća i ličnog prisustva sprovodu, obredu sahrane i davanja pomena.

3. **OBAVEZA OSVETE UBIJENOG ČLANA GENSA** podrazumeva zajedničko sankcionisanje ubistva člana gensa od strane grupe ili pojedinca iz drugog gensa uzvraćanjem ubistvom ili napadom na drugi gens. Svrha nije samo nadoknada gubitka, već odvratanje druge grupe da ubistvom pojedinih članova gensa oslabi njegovu sposobnost da opstane. Ova pranorma održala se u brojnim narodima pa i u našem kulturnom supmiljeu kao krvna osveta.

4. **ZABRANA ŽENIDBE UNUTAR GENSA** je značajna, možda i najznačajnija pranorma, čija je svrha očuvanje i trajanje gensa. Predstavlja zabranu rodoskrvuća, odnosno zabranu in-

cesta. Značaj svih pranormi je održavanje unutrašnje kohezije prvobitne zajednice gensa, fratrije ili plemena. Zabrana ženidbe unutar gensa je najuniverzalnija zabrana u organizovanoj ljudskoj zajednici u istoriji ljudske civilizacije. Bilo je plemena u kojima je bilo dozvoljeno recimo, ljudožderstvo, ubistvo čak unutar plemena, ali je postojala zabrana incesta. Razlozi zbog kojih je incest nedopustiv su:

- *Ženidba unutar gensa* slabila bi vremenom polnu privlačnost partnera i time bi bilo ugroženo rađanje dece – nastanak potomstva i produženje vrste.
- *Kongenitalne anomalije* dece iz braka bliskih srodnika su česte. Međutim najnovija naučna istraživanja ne pokazuju da je ta pojava frekventnija u brakovima srodnika.
- *Ako polni odnosi ne bi bili zabranjeni* među članovima porodice to bi razbilo porodicu. Surova vremena opstajanja čoveka u preistoriji zahtevala su dobro i složno funkcionisanje porodice. Važniji su bili opstanak od uživanja pojedinca. Život u gensu garantuje opstajanje, rodoskvrnuće narušilo bi koheziju gensa. Shvatio je to i čovek onog vremena i zato nametnuo strogu zabranu **incesta i rodoskvrnuća**.
- *Frojdovo psihoanalitičko objašnjenje* edipalne i elektra situacije je vrlo korisno u razmatranju zabrane rodoskvrnuća u prvobitnoj zajednici. Dete želi polne odnose sa roditeljima, a roditelji se s razlogom tome protive, zabranjujući mu. Dete potiskuje svoju želju. Zabrana mora biti veoma jaka da bi želja za incestom bila suzbijena.
- Da bi se *zabrana ženidbe* unutar gensa lakše podnela i održala u okviru te pranorme, nastao je običaj ženidbe sa članovima susednog gensa da bi se ostvarilo prijateljstvo sa susedima čime se smanjuju ili izbegavaju sukobi, a u nevolji ima podrška i pomoć. Ova pranorma ostala je kroz civilizaciju do danas, a posebno je bila izražena u srednjem veku monarhističkog državnog uređenja. Monarsi su se ženili sa članovima porodice susednog ili udaljenog carstva ili kraljevstva, čime se stvaralo savezništvo dve monarhije u eventualnom sukobu protiv treće, a preveniralo međusobno neprijateljstvo.

5. KULT PREDAKA I TOTEMIZAM posebno je zanimljiva pranorma. Svaki gens, fratrija, te kasnije i pleme, imao je svog zaštitnika u prapretku. Prapredak je obično bio personifikovan u obliku životinje, nekada i biljke, te su te prve zajednice nosile i ime po zaštitniku plemena – prapretku, recimo klan medveda, klan banane itd.

Pojam *totemizma* i *tabua* je u vezi sa kultom predaka. **Totem** – sveti zaštitnik – nametan je članovima zajednice kao zabrana – tabu. Recimo, zabrana prilaska totemu bliže od određenog odstojanja. Totem je mogao da bude posebno karakteristično drvo, kamen, pećina. Ukoliko bi se član gensa ili plemena ogrešio o tabu – zabranu vezanu za totem, trpeo je predviđene sankcije, jer se smatralo da će zbog ogrešenja pojedinca o totem, posledice snositi svi članovi te zajednice. Interes svih članova zajednice nadređivan je interesu bilo kog pojedinca, zato je predviđena kazna za ogrešenje pojedinca o totem neretko bila drastična do smrtna. Drastično kažnjavanje ogrešenja o totem razumljivo je ako se zna da su ljudi u prvobitnoj zajednici verovali da, recimo, pojava iznenadne oluje, poplave ili druge neke prirodne nepogode ili loš ulov su posledica kažnjavanja svih zbog greha pojedinca. Termin totemizam označava običaj u prvobitnoj zajednici vezan za obožavanje *totema* (totem znači rod i etimološki potiče iz jezika severnoameričkih indijanskih plemena). Totemizam je prva najprimitivnija svest o potre-

bi očuvanja društvenog integriteta kao uslova opstanka. Preko totema čovek prvobitne zajednice je priznavao potpuno potčinjavanje individue zajednici.

Prvobitni običaji su vezani za animizam, kult i magiju.

Animizam je verovanje da je u prirodi sve oduhovljeno. Verovalo se da *animus* – duh može zaposednuti svaki predmet nežive prirode iz okruženja.

Kult se realizuje kroz kultne radnje prinošenjem žrtve, zavetovanjem i molitvama. Očuvan je u našim slavama.

Za kult su vezane brojne zabrane – *tabui*. Etimološko poreklo reči je iz jezika polinezij-skih plemena. Tabu običaji javili su se iz potrebe štednje zajedničkih dobara. Najpre su bile tabuisane životinje. Životinja se nije smela ubijati i jesti do određenog doba godine kada je zabrana skidana. Svečani obredi su pratili skidanje zabrane. Ovakav tabu običaj iz preistorije prenet je i u religijsko činjenje, recimo to je pričešće hrišćana posle posta. Na samom pričešću vernik jede telo i pije krv Isusovu u obliku hleba i vina.

Čim se pojavila vera u duhove, zle ili dobre, ustanovljeni su *običaji kulta i magije*, da bi se odobrovoljili zli duhovi. Tako su magija, kult i animizam nerazdvojno povezani.

Magija predstavlja skup posebnih radnji kojim su ljudi nastojali da obezbede naklonost dobrih duhova i odobrovolje zle duhove. I danas postoje specijalne tehnike koje imaju istu svrhu, čak se reklamiraju i u medijima.

Postojalo je u gensu verovanje u simpatičnu magiju. **Simpatična magija** je podrazumevala kauzalnu povezanost, recimo: bolesti muža i žene unutar gensa, jer se smatralo da ako muž oboli od jedne bolesti, da će ista bolest zadesiti i ženu jer žive blisko u gensu. Podela na belu i crnu magiju nije bila terminologija u prvobitnoj i primitivnoj ljudskoj zajednici. Termini *bela* i *crna* magija uvedeni su iz potrebe našeg današnjeg razumevanja stavova i ponašanja ljudi preistorijskog perioda.

Etikecija je običajna norma za koju nema zaprećene drastične društvene kazne ako se ne poštuje. Primeri očuvanosti ove pranorme su: *skidanje kape* – prдавno pri susretu svako je morao da skine oklop ili kacigu i pokaže lice pred članom gensa ili plemena radi identifikacije i da bi stavio do znanja da nije neprijatelj. *Rukovanje* vodi poreklo od običaja (običajne norme) da se pri susretu oružje iz ruke kojom se koristi, najčešće desne, odloži ili premesti u levu ruku i time pokaže dobra namera.

Prvobitnu zajednicu čovek je formirao u vremenu kada je njegovo mišljenje bilo na konkretnom primitivnom nivou. Čovek tog vremena nije razumevao prirodu i pojave u njoj ne mogavši da ih objasni, te im je pridavao mistični značaj. Misticizam i u ono vreme kao i danas generisan je iz neznanja i/ili nerazumevanja nečega.

Pranorme su nastale kao pokušaj razrešenja nepoznanice i izbegavanja opasnosti koja čoveku preti spolja iz prirode i iznenadnosti opasnih prirodnih pojava. Stoga je čovek preistorije pokušavao da se zaštiti zabranama i postavljanjem primitivnih propisa – normi. Jasno je da su i te najprimitivnije moralne norme imale pozitivan učinak. *Razvijale su u pojedincu, članu gensa ili plemena pre svega osećanje dužnosti, odgovornosti, savesti, upravo sva ona svojstva na kojima se temelji društvena svest u ljudskoj civilizaciji uopšte. Pranorme su održane u transformisanom obliku do danas kao izvor tradicije i nacionalnih kultura.*

OBİČAJNE NORME

običaji u nastanku i razvoju morala

Običaji uspostavljeni na običajnim normama su najstariji oblik regulisanja društvenih odnosa sa ciljem zaštite zajednice. Čovek je jedini među svim živim bićima razvio društvene norme kao normativnu svest jer rađa se, živi i stvara u zajednici.

Razvitak društva započet u preistoriji počeo je stihijskim formiranjem brojnih pravila kojima su podvrgavani svi ljudski postupci i radnje. Praksa kroz generacije je stihijska ponašanja uobličila u dobre i loše norme, dozvoljene i zabranjene. Nepoštovanje tih pravila, tj. običaja društvene zajednice, zajednica obavezno kažnjava.

Norma je po najopštijoj definiciji pravilo ponašanja u zajednici u funkciji ujednačavanja i koordiniranja postupanja pojedinaca u određenom društvenom procesu.

Danas razlikujemo i izučavamo, uz društvene norme, norme običaja (*običajne norme*), norme morala (*moralne norme*), norme religija (*religijske norme*) i norme prava (*pravne norme*). Sve su nastale kao aktivan stvaralački i finalistički odraz objektivno postojećih zakona prirode i društvene stvarnosti. *Norma je, dakle, odraz zakona po kojima se odvijaju prirodni i društveni odnosi.* Čovek potčinjava sebi prirodno i društveno kretanje dajući mu humani – ljudski smer, odnosno tu objektivnu nužnost prilagođava svojim potrebama. Ovakva norma – odraz, norma – ideja, teorijska norma, osnovna je i uporišna tačka čovekove slobode, koja se sastoji u dijalektičkom jedinstvu suprotnosti i uticanja na nju.

Društvena norma reguliše mogući nesklad između stvarnog ljudskog ponašanja i onog kakvo bi ono trebalo da bude. Društvena norma se javlja kao norma zapovest, norma zabrana, norma imperativ, norma zahtev pojedincu da postupi u skladu sa formiranim shvatanjima u opštem društvenom interesu. Društvene norme se mogu podeliti u dve velike grupe:

1. **heteronomne društvene norme** – kao spoljašnja, tuđa sila, nameću se čoveku i zahtevaju od njega pokornost, to su: *običaj, pravo i religija*.

2. **autonomne društvene norme** – koje čovek usvaja svojevolljno i slobodnim opredeljenjem.

Norme – ideali takođe spadaju u sistem društvenih normi. **Norme ideali** su najopštije vrednosne anticipacije. One su najopštiji čovekovi putokazi na njegovom istorijskom putu pronalaženja i ostvarivanja smisla lične egzistencije. Najvažnije norme ideali su: *ideali slobode, ideali bratstva, ideali prijateljstva, ideali jednakosti* itd. Norme ideali su osnova svih posebnih normi. Ukoliko ih se čovek ne pridržava, sledi društvena sankcija.

Običajne norme se dele na dve vrste.

a) *Običajne norme koje služe ovladavanju čoveka prirodom.* Čovek prvobitne zajednice – gensa, ne mogavši da shvati uzročno–posledične odnose sebe i zajednice, s jedne strane, zajednice i prirode s druge strane bio je sklon da u svim predmetima i pojavama vidi prisustvo dobrog ili zlog duha. Posledica toga su nastanak magije i rituali koji su trebalo

da odobrovolje zlog duha. Čovek je tako smanjivao strahovanja od nepoznatog. Ova vrsta običajnih normi nije predmet interesovanja ovog poglavlja.

b) *Običajne norme koje imaju cilj da regulišu društvene odnose* i da ih tako usmere da budu od koristi za opstanak zajednice. Ove norme su predmet našeg interesovanja.

Prvobitni običaji nastali na običajnim normama su izvor i moralnih i pravnih normi.

Običaj je navika i praksa formirana na trajnoj asocijaciji predstava. Prvobitna rodovska zajednica – gens, generisala je asocijacije predstava po tipu:

1. *homeopatije* – verovanje da sve slično izaziva slično;

2. *simpatije* – predstave se povezuju po dodiru i vremenu. Svaka asocijacija po dodiru se uzima kao uzročna veza;

3. *imitacija* – podražavanje, zasnovana na verovanju da se svaka pojava može kontrolisati podražavanjem. Čovek prvobitne zajednice je povezivao pojave vremenski jednu sa drugom, mada te pojave nisu ni u kakvoj uzročnoj ili posledičnoj vezi. Smatrao je da su vremenska nepogoda, poplava i zemljotres, ne samo predskazanje već i uzrok rata.

Običajni moral je moral nastao u prvobitnoj zajednici. Vodio je računa samo o interesima te zajednice, zapostavljajući interese individue–pojedince.

Običajni moral je usko ograničen na sopstveni gens – pleme, recimo, zabranjuje se pljačkanje i ubijanje svojih članova gensa, ali ne i članova susednog gensa. Sa aspekta morala to je nedopustivo ponašanje. *Nasuprot liberalnom stavu zabrana, običajne kazne su izuzetno stroge i grube i ne podležu etičkoj proceni.* Ne cene se moralne vrednosti nekog postupka, recimo namere i motivi, već samo posledice tog postupka po zajednicu. Tek nestankom rodovske zajednice pojedinac biva oslobođen od pravih stega običajnog morala. Nepoštovanje moralnih normi u osavremenjenom društvu povlači mnogo blaže sankcije. Sankcije se svode na moralne osude. *Tako su stvoreni potrebni uslovi za razvoj morala u savremenom smislu pojma morala, odnosno stvoreni su uslovi za samosvesno opredeljivanje ličnosti za ponašanja i delovanja u skladu sa usvojenim moralnim vrednostima.*

Istorijski, tek kada je običaj izgubio karakteristike društvene norme, razložio se na svoje sastavne delove – moralne, pravne, religiozne i estetske norme. Pretvaranje običaja u moral je veoma složen proces u kome je važnu ulogu odigrala starina običaja koja na neki način posvećuje običaj, dodajući mu veću samostalnu snagu. Činjenica je da pred starinama i savremenim čovek oseća neku posebnu uzvišenost. Zbog starine neke norme ljudi počinju da cene više nego što one vrede i daju im višu moralnu vrednost.

Sličnosti i razlike između običajnih i moralnih normi

Običajne i moralne norme imaju sličnosti, ali su im očiglednije razlike.

Sličnosti:

1) Običaji i moral odnosno, običajne i moralne norme nemaju preciznu propisanost, usvajaju se i prihvataju odrastanjem u porodici i u zajednici.

2) Običajne i moralne norme nemaju jasno propisane sankcije za prekršioca. Ogrešenje o moralne i običajne norme kompenzuje se autosankcijama a sankcionisano je i od zajednice ili drugog pojedinca. Bitno je shvatiti da sankcije prema prekršiocu običajne i moralne norme nisu za istu situaciju identične već su više proizvoljna kategorija.

3) Običajne i moralne norme se menjaju vremenom za iste situacije odnosno, promenljive su u ljudskoj praksi.

4) Običajne norme kao starije i kao izvor nastanka moralnih normi mogu se prepoznati u važećim savremenim moralnim normama.

Razlike:

1) Običajne norme nemaju obavezujuću snagu poređeno sa savremenim kriterijumima prihvaćenih i standardizovanih moralnih normi u nekoj supkulturi.

2) *Običaj* ne priznaje individualnost, on potire ličnost.

Moral poštuje i uvažava ličnost, odnosno zajednica je ta koja stvara poželjni profil morala svojih članova.

Napretka društva ne bi ni bilo bez svestranog razvoja ličnosti što je odlika morala nasuprot običaju.

3) *Običajne norme su zapravo tradicionalni moral* koji ne prati promene društvenih odnosa.

Moral ima izvoriste i osnove na tradicionalnom moralu, ali se profiliše i menja sa promenom odnosa i pravila u zajednici.

4) *Običajne norme ne poštuju motivaciju – moralni profil aktera*, te je dovoljno da pojedinac izvrši zabranjenu mu radnju i da bude kažnjen drastično, bez obzira na motiv i okolnosti zbog kojih je učinio tu radnju.

Moral naprotiv, uvek uzima za polazište motive i date okolnosti kao uslov za preduzete radnje.

5) *Običajne norme važe ograničeno za samo jedno pleme ili jedan gens*. Iste norme nemaju isti značaj za članove svoga ili tuđeg gensa. Na primer, kažnjivo je krasti imovinu od članova gensa ili plemena, a nije kažnjivo ukrasti ili oteti materijalna dobra od članova drugog gensa ili drugog plemena.

Moral obavezuje pojedinca na isto moralno prihvaćeno ponašanje u odnosu na sve ljude, ne samo na članove njegove uže zajednice nego ukupni ljudski rod.

6) *Prekršioca običajnih normi* kažnjava zajednica drastično. Kazne za nepoštovanje običaja su neretko krajnje nehumane i uglavnom su to kamenovanje, bičevanje, odsecanje ekstremiteta i ubijanje.

Za moralna ogrešenja takođe postoje sankcije u savremenom društvu, ali ni približno tako surove. Sankcije za ogrešenje o moralne norme su više usmene. Sam prekršioc doživljava subjektivni osećaj stida, srama, griže savesti, a najteži oblik sankcije je moralno gađenje.

7) *Običajne norme imaju veliku snagu inercije* te sporo nestaju iz ljudske svesti. Uprkos uvođenju pravnih normi, običajne norme, za istu oblast, se još dugo održavaju i traju sve do danas (recimo krvna osveta).

Moralne norme ili usvojeni moral je promenljiviji u vremenu od običajnih normi. Zavisno od potreba zajednice dograđuje se i menja.

Običaji su bitni u životu današnjeg čoveka. Neophodno je i da lekar poznaje običaje i magijska verovanja da bi bolje razumeo i protumačio tradicionalnu medicinu i njenu popularnost u mnogim kulturnim supmiljeima našeg prostora.

FOLKLOR

Folklor je skup verovanja, umotvorina, motiva i brojnih autentičnih oblika ponašanja i načina mišljenja karakterističnih za jedan narod. Folklor je obeležje nacije i fundament međunacionalnih razlika. Folklor predstavlja tradiciju nekog naroda.

Tokom razvoja i napretka naroda neki prihvaćeni oblici ponašanja, stavova i mišljenja su nestajali. Ova pojava znači ukidanje tradicije, najčešće delimično, retko u celini.

Folklor je fundament nacionalne kulture. Po teoretičarima, folklor je u osnovi stvaranja i razvoja nacionalne kulture, a kasnije i svih nacionalnih odlika.

Folklor je u suštini odraz standardizovanog, popularnog ponašanja u različitim situacijama, kao i načina mišljenja i stavova formiranih tokom društveno-istorijskih zbivanja. Ta ponašanja i stavovi prenošeni su iz generacije u generaciju, prihvatani ad hok bez kritičkog razmišljanja. Savremeni čovek uprkos brojnim novim saznanjima i odstupanjima od starih vrednosnih sistema stvaranjem novih u biti ne prekida nit kontinuiteta svog tradicionalnog kulturnog nasleđa što odražava specifičnost različitosti savremenih nacionalnih zajednica – država.

Brojni oblici u datim supkulturama, narodima i nacijama kroz ponašanje, navike, stavove i mišljenje, sačuvani su tokom dugog vremena istorije, a da su potpuno izgubili svoje prvobitno značenje i razloge nastajanja. Primer: supkulturni običaj našeg miljea jeste recimo, nazdravljanje, zdravica, kucanje čašama, rukovanje, i smatraju se dobrim navikama. Navedene radnje pri susretu imale su i na početku i danas i pozitivno etičko dejstvo, jer zbližavaju, intimizuju, podstiču prijateljsko raspoloženje i toleranciju prema drugom.

Brojni su primeri očuvanih pradávnih elementarnih oblika ponašanja kao savremeni maniri pristojnog ophođenja. Recimo, ponašanja u javnom saobraćaju, izvinjavanje zbog učinjenih nekontrolisanih radnji i učtivo oslovljavanje, danas su utvrđene norme kulturnog ponašanja i savremenog bontona.

EUFEMIZAM norme kulture

Eufemizam označava poseban način verbalnog izražavanja, saopštavanja i iskazivanja u svakodnevnom međuljudskom kontaktu biranjem reči koje ublažavaju snagu odjeka tih reči kod sagovornika, a time i njegovu reakciju. Eufemizam, kao i druge pranorme danas je u toj meri, automatizovan i uobičajen manir da se pre može posmatrati kao etikecija nego kao profilaktička funkcija u korespondenciji i čovekovom etičkom ponašanju prema drugima.

Eufemizam bi se danas mogao shvatiti i kao manir lepog vaspitanja i ponašanja, potpuno automatizovan kod obrazovanih ljudi. Recimo, uobičajeno ne kažemo da neko laže nego da ne govori istinu. Ublažavanje iskaza i oponiranje mišljenju drugog biranim rečima ima zadatak i da umanjí suprotnosti stavova, posebno da se izbegnu žestoke verbalne reakcije i sukobi u svakodnevnoj interpersonalnoj komunikaciji.

MORAL I RELIGIJA kao normativne društvene prakse

Reč religija etimološki vodi poreklo od latinskog glagola *religare*, što znači ponovo uspostaviti neku izgubljenu vezu u širem značenju, ponovno se vezati za nešto što *transcendira* (prekoračuje granicu iskustva, s one strane je iskustva, tj. nesaznatljivo iskustvo).

Moral je normativna ljudska praksa. Religija je kao i moral univerzalna odlika čoveka i univerzalna ljudska praksa od pojave *homo sapiensa*. Religioznost i religijsko verovanje moralo je odlikovati i našeg davnog pretka. Morao je i on postavljati sebi pitanja o tome kako je nastao i kako treba razumeti realitet koji ga okružuje i sebe u tom realitetu. Poimanje tog čoveka moralo je biti konkretno, magijsko i animističko. Religiozna normativna praksa i u preistoriji, kao i danas, problematično je područje kognitivne spoznaje pa logičko objašnjenje ne vredi mnogo zbog brojnih paradoksalnih praktičnih dokaza. Činjenica je da religija kroz dogmu omogućava kvalitetno psihičko funkcionisanje svakom verniku. Svaki verujući čovek ima dokaze da njegovi, po svemu magijski, obredi imaju delotvornost u stvarnom životnom odrazu. Stoga se i ne može govoriti o potvrdi ili negiranju religioznih radnji, već se kvalitet mora procenjivati kroz vidljivo samopouzdanje religioznog čoveka. Verovanje je neretko lišeno logike, ali se vrednost verovanja racionalno potvrđuje i zbog toga nije besmisleno. Smislenost verovanja je dokaziva na planu psihološkog savlađivanja egzistencijalnih problema svakog pojedinca i stoga je realna. Psihološka realnost po suštini je realnost višeg reda i na nju se ne može primeniti načelo naučne aksiomatične realnosti.

Istorijski, religija je od prvog magijskog i animističkog verovanja pre više milenijuma bila politeistička. Politeistička mitološka religiozna verovanja na svim kontinentima su se karakterisala odavanjem religijskog poštovanja bogovima u partenonima (hramovima), a ti bogovi su imali karakterologije prepune zla i amorala. Čovek tog vremena nije imao utvrđene moralne norme. Božanstva su zato u prikazu bila intenzivno antropomorfizovana i suštinski naturalistička, što je odgovaralo slici i prilici ondašnjeg čoveka. Usavršavanjem ljudske zajednice i odnosa u njoj nastala su i monoteistička učenja (vera u jednog jedinstvenog i sve-moćnog boga), pre svih judeizam, zatim hrišćanstvo i islam. Bog u objavljenim religijskim monoteističkim religijama ima zajedničke kvalitete: vrhovno zapovedništvo, vrhovno i izvan ljudsko nadgledanje morala i moralne prakse, te prema kvalitetu ponašanja pojedinca nagrađuje ga ili kažnjava, ali i zajednicu pa i ljudski rod u celini.

Religija se kroz objavljena monoteistička religijska učenja postavlja kao propagator i nadzornik morala. Religija je imala i prednosti nad ondašnjim svetovnim zakonima. Religijsko monoteističko učenje se objavljuje preko proroka ili religijskog vođe kao božja volja i kao božja zapovest i ima snagu nepogovorne poslušnosti i povinovanja.

Objavljivanje monoteističkih religija počelo je Mojsijevom objavom vere judejskom narodu. Bog Jahva je svemoćan a plahovit i ima do tada nepoznatu karakteristiku božanstva jer je vrhovni sudija i vrhovni moralni autoritet. Mojsije objavljuje da je bog sveprisutan, svemoć i zna i meri i ono što čovek pomisli da čini, a ne samo ono što je učinio. Mojsije svojim saplemenicima lucidno instalira lukavstvo visokog nivoa sa dalekosežnim uticajem do današ-

njih dana. Pred Bogom i naumljeni a ne samo učinjeni delikti, imaju istu težinu i identično su nedopustivi, kažnjivi i neoprostivi. Mojsije je ovakvim predstavljanjem svemoćnog boga Jahve "nadmudrio" sve koji su skloni da ne poštuju zemaljske, ljudske zakone. Mojsije je imao iskustvo da se zemaljski zakoni u ljudskoj zajednici mogu lako izigrati lukavstvom i njihova jurisdikcijska oštrica izbeći jer zakon nije svevideći. Delikt se prvo mora utvrditi dokaznim sredstvima, tj. svedocima, da bi se izrekla sudska kazna. Jasno je da ljudi olako mogu lažno svedočiti, a i univerzalna ljudska odlika je nepouzdanost sećanja o nekom viđenom ili doživljenom događaju. Mojsije zato postavlja sveznajućeg i svevidećeg boga koji bdi nad ponašanjem i misli svakog čoveka. Bog Jahve se ne može obmanuti, a njegova kazna je izuzetno oštra za prestup i namenjena svim ljudima Mojsijevog plemena. Objavljivanjem boga Jahve Mojsije je postavio pravno moralne propise religioznog karaktera. Postojali su pisani zakoni pravnog kvaliteta (na primer, Hamurabijev zakonik za koji Mojsije nije znao). Međutim, Hamurabi je imao državu za razliku od Jevreja u Mojsijevo vreme. Mojsije u svojoj objavi soplemenicima pretilo da će svako biti kažnjen do četvrtog kolena ne samo za učinjeno nego i za zamišljeno zabranjeno delo. Mojsije postupa pronicljivo jer dobro poznaje ljude svog vremena. Svaki pojedinac bio je primarno zabrinut za svoje potomstvo pa je sakralno ruho pretnje bilo delotvorno. Mojsije je u svojoj objavi anticipirao i savremenu psihijatrijsku tezu o kazni, krivici i *Super Ego*. Mojsije je prvi uveo i pojam *zakletve* u potkrepljivanju dokaza i osiguranju objektivnog svedočenja računajući na strah pojedinca od božje strahotne kazne, jer bog ima saznanje i o čovekovim mislima, te ni one ne smeju biti prevarne. I danas se svedok na sudu zaklinje da će govoriti istinu stavljajući ruku na *Bibliju*.

Sva monoteistička religijska učenja imaju i nedostatke. Svako religijsko učenje na vrhu svoje aksiološke postavke ima natprirodno (svemoć i sveznanje natprirodnog svetvorca Boga). Nedopustivo je, a objektivno i nije moguće, o natprirodnom suditi, u njega se jednostavno veruje (suština dogme). Ovo je najbitnija zamka moralnih vrednosnih sistema utemeljenih na religijskim stavovima i učenjima.

Druga zamka monoteističkih religijskih učenja je u neizostavnoj tvrdnji svakog od njih da je upravo ono jedino pravo i autentično dato od Boga. Ovo dogmatizovanje jedne vere za posledicu ima obavezni pogrom drugih religijskih učenja i progon i uništenje njihovih sledbenika kao inovertika, što dehumanizuje čoveka. Militantni i borbeni karakter religija ogleda se u istoriji brojnim ali i savremenim verskim ratovima.

Hrišćansko religijsko učenje sadrži nesavršenosti kao i sve druge religije. Na primer: *Beseda na Gori* propoveda univerzalnu ljubav prema čoveku, ali u isto vreme prokazuje i anatemise sve one koji ne pođu Isusovim putem, odnosno putem vere u jednog i jedinstvenog **pravog** boga. Dakle, *respektivno kvalitetno hrišćansko načelo ljubavi prema svim ljudima biva istovremeno poništeno pozivom na mržnju prema sledbenicima druge veroispovesti*.

Religija je uticala na održanje i razvoj morala više od drugih društvenih institucija.

Religijski stavovi se kroz moral odražavaju i u medicinskoj etici. Transplantacija organa je najbolji primer za to. Metod lečenja transplantacijom organa i tkiva povinuje se načelima religijskih učenja jer hrišćansko učenje govori o vaskrsenju čoveka u istovetnom fizičkom obliku koje je imao za života. Znači, sve životne telesne karakteristike svaki čovek će imati i na dan vaskrsnuća. Ovo je bitna činjenica u psihološkom otporu davaoca, ali i porodice, da se donira organ spasonosan za nečiji život.

HOMO RELIGIOSUS

"Beži kud ti je volja, od sebe ne uteče."

Srpska narodna izreka

Homo sapiens je univerzalno i *homo religiosus*. "Religija je pre svega univerzalni ljudski fenomen", govorio je Karl Gustav Jung. Sve nauke koje se bave izučavanjem čoveka, jedinstveno zaključuju da je religijsko verovanje staro onoliko koliko i sam čovek.

Čovek je *homo religiosus* sigurno od onog momenta kada se definiše kao *homo sapiens*. Prvi umni čovek po kvalitetu svog psihičkog sigurno je mislio konkretno (magijski i animistički) te je svako svoje neznanje morao razrešiti univerzalno natprirodnim.

Izučavanje religije time i *homo religiosus* je multidisciplinarni naučni prostor. Elijade (verovatno najbolji poznavalac istorije religije) smatra da je religija nastala momentom čovekove spoznaje neba i Sunca, te je prvi bog bio nebeski ili sunčani. Time se može označiti spontana primarna arhajska ljudska religija u nastanku. Brojni istraživači dokazuju da je od pojave čoveka na planeti, postojala u njegovom psihičkom dvostrukost stava prema nevidljivom, natprirodnom i nadljudskom – *mistični* i *magijski* stav.

Mističnost je duhovnost – **zajednica s Bogom.**

Magija je moguće poimanje čulima, spoznaja čulima – **zajednica sa prirodom.**

Proističe da su sve nauke (prirodne nauke) i tehnika magijskog porekla, odnosno istorijski se razvijaju od magijskog, kao metod čovekovog umnog poimanja.

Neophodno je prihvatiti univerzalnost religijskog u svakom čoveku ne samo istorijski već i u kontekstu savremenosti i anticipirane ljudske budućnosti. Ovim se bavio i Jung: "Ideju Boga treba svesno priznati u čoveku". Onaj ko ne prihvati aksiom ove definicije rizikuje da Bog u njegovoj mentalnoj ukupnosti bude supstituisan nekim ili nečim drugim, što je nedovoljno za skladno životno funkcionisanje, a ponekad je i glupo. Bog kao nešto nedostižno ljudskom umu bio je milenijumima i u dalekoj budućnosti će biti odgovor i razrešenje svih umnih dilema svakog čoveka. Religija je univerzalni kvalitet i potreba čoveka jer podržava veru i nadu u mogućnost postizanja najvišeg dobra kao sintezu ljudske slobode i sreće.

Religija kao univerzalno svojstvo čoveka vodi kroz civilizacije ka stremljenju za humanističkim i demokratskim relacijama u zajednici. Savremena religijska učenja doprinose humanizaciji ljudske zajednice jer su utemeljena na visoko humanističkim načelima, odbacujući odmazdu prema drugim ljudima jer božje zapovesti nalažu ljubav i srcem i dušom prema drugim ljudima, odnosno bližnjima. Bližnji su i ljudi neprijateljski raspoloženi prema nekom pojedincu ili nekom društvu.

Supkulturni milje kome pripadamo poznaje religijsku univerzalnost u očiglednom primeru, recimo kada je neko izuzetno razočaran u ljude ili ima doživljaj sopstvene životne neuspešnosti, podiže i širi ruke ka nebu prateći ih pogledom i poziva Boga za svedoka. Svaku doživljenu bezizlaznu situaciju pojedinac bilo da je ateista ili teista, u nemoći razrešava pozivom svevišnjeg, svevidećeg, sveznajućeg i svemoćnog nebeskog Boga. Sve ovo je univerzalnost ljudskog ponašanja, ali i neporeciva potvrda da je svaki čovek *homo religiosus*.

MORAL I HRIŠĆANSKA RELIGIJA

Hrišćanska religija traje dva milenijuma. Najrasprostranjenija je u današnjoj civilizaciji, prihvaćena na svim kontinentima, u više konfesijskih oblika: *pravoslavlje, katolicizam, protestanstvo* itd. Magijski broj u hrišćanskoj religiji je sedam, te postoji sedam glavnih vrlina, nasuprot njima je i sedam smrtnih grehova. Konstantni parovi vrlina i grehova su:

1. **Smernost** – *gordost*.
2. **Darežljivost** – *srebrnoljublje*.
3. **Čistota** (moralna celomudrenost) – razvrat (nečistoća, blud).
4. **Čovekoljublje** (milosrđe) – *zavist*.
5. **Uzdržljivost** – *neumerenost* (u jelu i piću, lakomost, pijanstvo).
6. **Krotkost, trpeljivost** – *gnev*.
7. **Revnost u veri i molitvi** – *oćajanje* (lenjost i nemarnost prema svom večnom spasenju).

Pravoslavlje navodi i sedam svetih tajni **krštenje, miropomazanje, ispovest, pričešće, brak, sveštenstvo i osećanje jeleja – ulja**.

Svete tajne su kao i crkvene zapovesti, zanimljive sa aspekta normativne etike. Hrišćanske crkvene zapovesti su:

- 1) *moliti se Bogu,*
- 2) *poštovati sveštena lica,*
- 3) *ispovedati svoje grehe i pročišćavati se,*
- 4) *postiti,*
- 5) *ne činiti svadbe u vreme posta,*
- 6) *ne praviti jeretičke knjige* (neke lekcije ove knjige su jeretičke po crkvenim normama) i
- 7) *moliti se za one koji su na vlasti.*

Poznato je deset božjih zapovesti u hrišćanskoj religiji.

1. *Ja sam Gospod Bog tvoj, nemoj imati drugih Bogova osim mene.*
2. *Ne pravi sebi idola niti kakva lika, nemoj im se klanjati niti im služiti.*
3. *Ne uzimaj ime Gospoda Boga svog, uzalud.*
4. *Sećaj se dana odmora da ga svetkuješ, šest dana radi i svrši sve svoje poslove, a sedmi dan je odmor Gospodu Bogu tvome.*
5. *Poštuj oca svoga i mater svoju, da ti dobro bude i da dugo požiiviš na zemlji.*
6. *Ne ubij.*
7. *Ne čini preljube.*
8. *Ne ukradi.*
9. *Ne svedoči lažno na blišnjega svoga.*
10. *Ne poželi nešto što je tuđe.*

Hrišćanska religija nalaže dve najveće zapovesti, a to su:

1. **Ljubi Gospoda Boga svoga svim srcem svojim i svom dušom svojom i svim umom svojim i svom snagom svojom.**
2. **Ljubi blišnjega svoga kao samog sebe.**

Vera u natprirodnog Boga je osnova religijskog hrišćanskog učenja i pogleda na svet. Etička osnova hrišćanstva se zasniva na veri u zapovesti koje je propisao sam Bog. Hrišćanski pogled na svet priznaje Hristove reči: "*Bez mene ne možete činiti ništa. Bog hoće da svi postignu saznanje istine jer je potrebno da svi sve znaju.*" Prema hrišćanskoj religiji, apsolutnu istinu zna samo bog, jer je ona u privilegiji božanskog saznanja. Saznanje te transcendentalne istine, istine koja prelazi granice ljudskog iskustva i nema mogućnost naučne provere, jeste suština hrišćanskog učenja, jer se religija bavi *onostranim, iracionalnim i transcendentalnim*. Hrišćanska religija je pitanje istine i pitanje prenošenja te transcendentalne istine u svojину čoveku rešila Isusom Hristom kao posrednikom između čoveka i boga. Jedino bog sve zna, jer je reč božja, sadržana u *Svetom pismu*. **Sveto pismo** sadrži direktive za čovekovo ponašanje propisano hrišćanskim religijskim učenjem.

Apostol Pavle je rekao: "**Znam živeti u oskudici, a znam živeti i u izobilju.**" Ovaj stav objašnjava da, po hrišćanskoj religiji, zlo nije u zadovoljenju materijalnih potreba, nego u tome što čovek ne ume da postavi sebi limite, već izgubi svaku meru kada je sticanje materijalnih dobara u pitanju. Moralne norme savremenog društva nalažu poštovanje potreba drugih ljudi, tj. ne prisvajanje materijalnih dobara u ličnu svojinu van zakonitog sticanja, a prekršenje se kažnjava i sankcioniše pravnim normama.

Hrišćanska religija propagira kontrolisanje, savladavanje i umerenost polnog nagona i uči da postoje tri načina za realizaciju seksualnosti: *razvrat, uzdržavanje* (kaluđeri) i *brak*. Hrišćanska crkva insistira na seksualnosti kroz brak. Savremene moralne norme takođe regulišu ljudsku, odnosno humanu seksualnost. Moralne norme humane seksualnosti u evropskoj supkulturi su pod uticajem hrišćanskog učenja.

Hrišćanstvo daje izuzetan značaj i smisao poslu, koji se po hrišćanskom učenju "**ustanovljava radi umirenja našeg tela.**" Religijska dogma hrišćanstva prevazilazi ovim stavom suprotnost ka radu i stvaranju proizvoda rada kao suštine ljudskog bitisanja u zajednici.

Sličnosti i razlike između morala i religije

"Postoje mnoge religije, ali je samo jedan moral."

Fokner

Religijske norme kao *regulativne norme* ili zapovesti su najdirektnije povezane sa moralnim normama, ali se od njih i razlikuju.

Ludvig Foerbah, klasik nemačke filozofije, najznačajniji je po svojim učenjima o suštini religije. On je smatrao da je u osnovi potreba za religijskim iluzijama nastala iz osećanja inferiornosti i straha čoveka pred prirodom, a naročito pred tako očevidnom i neumitnom činjenicom kakva je smrt. Racionalističko gledište prepoznaje u čoveku potrebu za iluziono samozavaravanje i iluzionu veru. Realno, čovek ima potrebu za religioznošću zavisno od sopstvene psihičke strukture ličnosti, što je priznavao i Frojd.

Prema Kantu, osnovna funkcija religije je etička funkcija. On ne objašnjava zasnovanost morala na religiji ali dokazuje potrebu za njom ukoliko ona služi moralu. Kant smatra da je ideja Boga važna, jer podržava veru i nadu čovekovu u mogućnost postizanja najvišeg željenog životnog dobra kroz sintezu moralnosti i sreće.

Činjenica je da čovek može duhovno da se uzdiže ako veruje u nešto večno, božansko i uzvišeno. To uzvišeno osećanje ipak ne treba da postane dogma i fanatizam, jer je to najteži oblik zaslepljenosti ljudskog duha, ljudskog činjenja i ljudskog uma. Da je to rizik, uči nas ostvarena nadvlast religije u istoriji, primer je inkvizicija tokom srednjeg veka u brojnim državnim zajednicama.

Razlike i sličnosti religijskih – verskih i moralnih normi su u sledećem.

1. *Pojam svetost* je forma i izraz za *versku normu*. Svetost je natprirodna božanska osobina. Božansko izaziva osećanje divljenja i ljubavi, ali i strah od božanske svemoći i uzvišenosti.

Pojam dobro se koristi za *moralne norme*. Sankcije za prekršenje moralnih normi su griža savesti i dr. Čovek moralne norme uzima kao merilo svih stvari i vrednosti.

2. *Svete zapovesti* su prema religijskom učenju *obavezne i bezuslovne*. Apsolutna pokornost božanskom je suštinski zahtev vere i svake religije.

Moralne norme nisu bezuslovne. Čovek se slobodno opredeljuje i prihvata moralne norme i sam prema njima usklađuje ponašanje.

3. *Ogrešenja o verske norme* izazivaju osećanje greha prema bogu, odnosno prema svetosti. Spoznaja ogrešenja o veru ili Boga je veoma težak negativan emocionalni doživljaj, praćen nekom vrstom užasa pred svemoćnošću svetog i mogućih teških rdavih natprirodnih posledica po prekršioca.

Ogrešenje o moralne norme u čoveku stvara osećanje stida zbog narušavanja ličnog dostojanstva. Griža savesti je najteža sankcija za čoveka koji se ogreši o moral.

4. *Verske norme* su vezane za posebnu instituciju – Crkvu. Crkva strogo vodi računa da se vernici pridržavaju religijskih normi i u slučaju prekršaja preduzima stroge ovozemaljske sankcije. *Dakle, verske norme su mnogo efikasnije od moralnih*. Neke zajednice imaju ili su imale jasnu tendenciju, naročito srednjevekovne i hrišćanske, da verske norme pretvore u moralne zarad lakšeg vladanja pojedincem. Danas to čine neke islamističke državne zajednice.

Moralne norme nisu vezane ni za kakvu instituciju ili organizaciju, one se stiču i usvajaju odrastanjem i formiranjem ličnosti pod društvenim uticajem (porodica, škola, zajednica).

5. *Religija* pruža jedan zaokruženi pogled na svet, jednu sliku sveta u celini, jer vera nastoji da reguliše celokupan život ljudi. Kada religiozan čovek prihvati datu veru, ona skoro bez ostataka utiče na njegov moral i moralnu suštinu njegove ličnosti. Svaka religija nastoji da nametne svim vernicima poseban moral, apsolutno obavezan i bezuslovan – nameće ga kao izraz božje volje. *Tako se religija nadređuje svim drugim načelima svojih vernika i zahteva bezuslovno poštovanje i ponašanje prema tim normama*.

Na formiranje moralnih normi u datoj društvenoj zajednici značajno utiče religija.

6. *Sadržina verskih normi može se delom poklapati sa sadržinom moralnih normi*. Razlike su očiglednije jer svaka religija ima svoje sopstvene norme koje se u savremenoj zajednici bitno razlikuju od normi drugih religija ali i od moralnih normi te zajednice.

Stvaranje morala po načelima religija imalo je u istoriji civilizacija brojne negativne posledice. Religijski zasnovan moral je u opasnosti da se ogreši o neka humanistička načela zbog toga što na vrhu svoje aksiološke skale ima natprirodno, nedomašivo i nedorazumljivo – boga.

MORAL I PRAVO

"Prava pravda je savest."

Viktor Igo

Nastankom klasnog društva država na sebe preuzima obavezu kao društvena organizacija da očuva integritet zajednice primenom prinude i fizičke sile. Država pravnim normama uređuje odnose u ljudskoj zajednici na teritoriji koju obuhvata svojim granicama.

Pravne norme u državi sa klasnim društvom regulišu i odnose između potčinjene i vladajuće klase. Pravne norme tako štite državu određenog društvenog uređenja i parcijalne klase interese u njoj. **Ljudi su zbog toga pred zakonom, samo formalno jednaki.**

Državna prinuda u vidu pravne regulative kojom se regulišu društveni odnosi nikada ne pogađa sve podjednako i zbog toga što su ljudi ekonomski nejednaki u zavisnosti od svog klasnog položaja. **Kant** je to definisao: *"Pravo u sebi ne sadrži ništa etičko, već samo prinudu."* Država i ljudsko društvo su od vremena Kanta veoma napredovali.

Moralne norme su po suštini ljudska praksa i one su kao istorijska kategorija promenljive kroz istoriju ljudskih zajednica, ali i u aktuelnoj ljudskoj zajednici prema nastalim potrebama.

Čovekova moralna svest je uslov egzistencije pojedinca. Podrazumeva život za drugog čoveka i doprinos drugom čoveku u zajednici. Zbog toga filozofska učenja insistiraju da društvo formira čoveka, stvar je suštinski obrnuta.

ODNOS PRAVA I MORALA SA ASPEKTA REGULATIVNIH NORMI

Pravo se od nastanka stalno razvijalo kao potreba ljudske zajednice i potreba pojedinca u okviru te zajednice. Danas pravne norme bolje, pravednije i efikasnije regulišu odnose u zajednici nego što bi to mogle moralne norme.

Ne stoji više ni primedba da pravo ne sadrži u sebi ništa etičko. Danas je uspostavljena pozitivna povratna sprega je između morala i prava. Sve što je moralno nije uvek i pravno.

Moral i pravo se ne mogu poistovetiti zato što pokrivaju različite aspekte ljudskog ponašanja, jer ako je nešto pravno dopušteno, ne znači da ima i moralnu vrednost. Područje koje pokriva moral je znatno šire. *Pravne norme regulišu uglavnom ono što je zabranjeno.*

Moralne sankcije i moralni sud razlikuju se suštinski od pravnih sankcija i pravnog suda.

Pravni sud se zasniva na pravnim normama i ceni primarno posledice postupanja po pojedinca i po zajednicu. Pravo je tokom svog razvoja u svoje norme uvelo i moralni aspekt nekih nepravničkih ljudskih postupanja. Krivično pravo koristi pojam *vinost* ili krivica. Taj kriterijum je svakako, od sekundarnog značaja za pravo jer pravo presuđuje na osnovu nastale štete po zajednicu i izriče unapred zakonom predviđenu kaznu, uzimajući u obzir kao otežavajuću ili olakšavajuću okolnost i moralne procene postupka. Ovo poslednje pokazuje da humanizovane i demokratski savremene države humanizuju i pravnu sankciju.

Moralni sud donosi se na osnovu moralnih normi i ogrešenja o njih i sankcioniše samo ono što se može vezati za slobodnu volju, slobodan izbor i slobodnu odluku, drugim rečima, *samo ono što je učinjeno hotimično i svesno.*

Razlike između moralnih i pravnih normi

Moral i pravo nisu potpuno različiti ali se ne podudaraju po kvalitetima obima i sadržaja svojih regulativnih normi. Ponekad je pravna norma na višem nivou sa etičkog aspekta od slične moralne norme.

Radnja prema pravnoj normi može se temeljiti na motivima koji su moralno indiferentni, a nekada i amoralni, a da je sa pravnog stanovišta ispravna i društveno prihvatljiva.

Najbitnije razlike pravnih i moralnih normi kao regulativnih normi su sledeće:

1. *Pravo je heteronomno* i dolazi spolja. Pravo je uslovna hipotetična norma.

Moral je autonomna norma, izvire iz samog pojedinca – njegove ličnosti. Moral je bezuslovna, kategorična norma.

2. *Klasno društvo* obezbeđuje *pravnim normama* klasni svojinski odnos. Država stvara neposredno ili posredno pravo kroz sankcionisanje normi koje je neko drugi prethodno stvorio. Autoritet države stoji iza tako uređenih pravnih normi.

Iza moralnih normi je difuzno neorganizovano javno mnjenje.

3. *Državna sila prinudom garantuje efikasnost pravne sankcije*. Organi države, tj. sudovi, izriču kazne predviđene zakonom zbog kršenja pravnih normi.

Moral traži unutrašnju saglasnost sa primljenim obavezama da bi pojedinac u moralnom prekršenju doživeo *moralnu sankciju*. Moralna je samo ona radnja koja potiče iz unutrašnjeg čovekovog uverenja i osećanja dužnosti da se učini dobro delo prema drugome ili zajednici.

4. *Pravo* je obično na nižem etičkom stepenu od morala, a samo ponekad i na višem. Primer:

Kada postoji potreba za novim moralom, pojavljuje se pravo kao anticipator morala. Pravo je u tom slučaju, u etičkom smislu, više od morala. Primer za ovo je zakon o zabrani nošenja feredže muslimankama, donet u našoj zemlji posle Drugog svetskog rata. Opravdano, pravo je bilo progresivnije u odnosu na do tada postojeći i važeći običajni moral muslimana.

5. *Pravo utiče i na učvršćivanje morala*, zbog toga što je moralna sankcija relativno neefikasna sa aspekta društva, a efikasna je samo sa aspekta strukture ličnosti pojedinca. Društvo ponekad ima potrebu da moralne norme i njihovo pridržavanje potpomogne pravom.

Ljudi mogu odustati od moralnih normi ako im ih država nameće silom i prinudom, pa postaju ravnodušni prema takvim moralnim normama ili počinju da ih smatraju nemoralnim.

Primena grube prinude kao što je pravna sankcija, utiče razorno na moralnu svest i savest.

6. *Pravo je primarno negativno sa aspekta morala*, jer je to negativan sistem normi.

Moral daje podsticajne pozitivne norme a preko njih pozitivna uputstva za društveni život.

7. *Pravo je zatvoren sistem normi*, i nije sposobno da na vreme odrazi sve promene u društvenim odnosima, zbog toga izreka: **"Loš zakon, ali je ipak zakon."**

Brojni svesni čovekovi postupci u pravnom smislu su indiferentni, međutim svesni postupak nije indiferentan u moralnom smislu, jer je moralna norma autonomna.

Pravo razvojno zavisi od morala jer:

- nijedno pravo ne može da se zasnje, postoji i izvršava bez morala, niti nezavisno od morala,
- mora da postoji subjektivna moralna podloga za svaku pravnu normu.

PSIHOLOŠKA UČENJA O GENEZI MORALA

"Čovek želi od svakoga da je bolji, a od sina da je gori."
Srpska narodna izreka

Identifikacija deteta tokom odrastanja sa roditeljima je fundament psiholoških teorija o genezi (razvoju) morala.

Fromov stav je da je uticaj oca dominantan pre svega na sina, ali i na kćer, globalno i suštinski, s obzirom na tradicionalni milje porodičnog života i odrastanja deteta. From smatra da je otac bitan u genezi moralnosti kroz ugradnju shvatanja dužnosti, objektivnosti, razumnosti, strogosti i savesti, a majka je roditelj prema kome se u psihološkom smislu ugrađuju u ličnost deteta atributi ljubavi, nežnosti, samilosti i opraštanja. Objašnjenje je zasnovano na različitosti bioloških i društvenih funkcija i uloga oca i majke. Majka rađa, neguje dete, pršta mu i voli ga. Otac je vezan za dete i voli ga ukoliko ispunjava njegova očekivanja i uvek je strožiji prema detetu. **Dete je uz majku slobodno, a uz oca se oseća potčinjeno.** Moguća je i obrnuta pozicija roditeljskog uticaja ali retko.

Usvajanje morala i njegov razvoj svake individue teče u dve etape.

1. **Prva etapa** je nesvesna ili, pak, podsvesna i vezana je za najranije detinjstvo. Dete u ovoj fazi usvaja moralna ponašanja nesvesno njihove posebnosti, usvaja ih kao spoljašnje, po suštini tehničke obrasce ponašanja, pod dejstvom autoriteta. To je period uglavnom od četvrte do osme godine života. Ukoliko su autoriteti dobrog i pravilnog moralnog ponašanja (roditelji, vaspitači), u moral takvog deteta se ugrađuju preovlađujuće pozitivne i ispravne moralne tendencije. Dete u tom razvojnem periodu, usvaja ispravan vrednosni sistem moralnih normi. Ukoliko su moralne vrednosti autoriteta manje ili pak negativne, pada i vrednost vrhunskih etičkih principa ugrađenih u detinju ličnost.

2. **Druga etapa** razvoja morala deteta nakon osme godine sve više ima oblike individualizacije, a sve manje je oslonjena na prihvatanje načela i normi od autoriteta. Tako se polako postaje posebna odrasla ličnost, odnosno poseban neponovljiv odrastao čovek sa sebi specifičnom moralnošću. U ovoj fazi razvoja morala dete ne prihvata sve što mu je ponuđeno od autoriteta, nego čini sopstveni izbor i sopstvena opredeljenja, prihvatajući nešto u obliku kakav se nameće, ili to transformiše ili potpuno odbacuje. Novi su i inspiratori nametanja moralnih vrednosti u drugoj etapi razvoja morala u odrastanju deteta. Autoriteti su sada ne roditelji već često vršnjaci – posebno lider u grupi vršnjaka, idealizovani junaci iz javnog života – idoli. Društvo kao celina svojim svakodnevnim pravilima života lansira u razvoj morala deteta određene vrednosti življenja iz miljea supkulture u kojoj dete odrasta.

Kada se završi proces razvoja, izgrađivanja i usvajanja moralnih normi čovek postaje autonoman i u okviru svog morala funkcioniše tokom preostalog života. Sa psihološkog aspekta, čovek ima jaku potrebu da svoju moralnu specifičnost sačuva nepromenjeno, trajno tokom života. Moral je zbog toga najpounutrašnjenija vrednost individue.

Kazna u situacijama prekršenja moralnih načela je najspecifičnija psihološka vrednost morala. Kršenjem moralnih normi čovek doživljava posebne oblike unutrašnje psihološke kazne u formi griže savesti i osećanja krivice.

Griža savesti je osećanje nespokojstva zbog postupka, misli i želja koje savest ne odobrava, već osuđuje, najčešće zbog postupaka u iskustvu iz prošlosti. Gnev na samu sebe zbog neodobravanja postupaka sopstvene savesti dovodi individuu u stanje strepnje i straha od kazne ili osude drugih kao i osude od Super Ega. *Griža savesti je strepnja da se ne izgubi ljubav, a nekada prerasta u želju za samomučenjem.*

Grižu savesti karakteriše neprekidnost – **ona ne daje ni trenutak predaha čoveku. Griža savesti se pojačava usamljenošću, a olakšava ispovedanjem drugoj osobi o prekršenju moralnih načela.**

Griža savesti kao posebna vrsta unutrašnje kazne ima ulogu u procesu usvajanja vrednosnog sistema – internalizacija vrednosti, kroz ponavljanje kazne stvara se uslovni refleks i odgovor u vidu izbegavanja da se ponovi ono moralno prekršenje koje je u iskustvu bilo povezano sa neprijatnošću i unutrašnjom napetošću. Čovek tako stvara sistem izbegavanja zabranjenih postupaka pa i pomisli prema postupcima koji nisu usklađeni sa u njemu usvojenim moralnim stavovima. *Primer:* dete će osetiti unutrašnji stid i pri pomisli da izgovori nepristojnu reč za čije je izgovaranje, ranije od roditelja, prekoreno. Na sličan način se objašnjava i osećanje krivice u okviru griže savesti u odraslih.

Autosadističke tendencije su posebni kvaliteti griže savesti. Prema *Ničeu* samokažnjavanje je rezultat unutar refleksnog neiživljenog besa ili ljutnje slabih u odnosu na jake. Činjenica je da nisu samo slabi oni koji se samomuče, *tvrdi Frojd*, nego se i jaki i slabi podjednako muče jer podležu tiraniji sopstvenog Super Ega, pateći usled sopstvene agresivnosti utoliko više, ukoliko se ta agresija manje prazni prema spolja, prema drugima. Frojd smatra da agresija koja ne može da se isprazni ka spolja, odnosno ka drugim osobama, vraća se unutra, prema samom sebi i manifestuje se u obliku griže savesti, a najteži oblik njenog ispoljavanja je samoubištvo.

Zanimljiv je odnos griže savesti i vrline. Čovek koji se odlikuje vrlinama ima viši i snažniji osećaj griže savesti. *Vrlina ne proizlazi iz osetljivosti, kako se to uobičajeno pretpostavlja, nego je osetljivost posledica vrline.*

Stid je psihički fenomen povezan sa unutrašnjim moralnim sankcijama i ima svoje mesto u procesu samokažnjavanja. Stideti se znači sebe kazniti, *nezadovoljan sâm sa sobom*, čovek se stidi. Stid, prema Frojdu, u psihodinamskom objašnjenju vezuje se za *analnu (uretalnu) fazu razvoja ličnosti* (stid od umokravanja).

Svaki čovek ima sposobnost da se bar povremeno stidi. Pojedinač se stidi da jako pokazuje svoja lična osećanja, stidi se krupnih reči jer bi one nekada bile odraz njegovih emocija. *Stid stoji na straži naše privatnosti i čuva nas od razgolićenja stvari koje su duboko u nama.* Elementi stida su i u strahu od gubitka poštovanja prema samom sebi i strahu da se ne ispadne smešan, kao i da samopotcenjivanje ne postane poznato drugima.

Psihologija morala se bavi *ciljevima i načinima moralnog vaspitanja*. Cilj i potreba društva današnjice su da se u generacijama mladih formiraju moralno pozitivne karakteristike sa aspekta društvenih potreba. Poznato je da je karakter čoveka delom dat samim biološkim dispozicijama na rođenju. Vaspitanje je veoma značajno, počev od roditeljskog preko svih nivoa vaspitanja tokom formiranja ličnosti deteta. Smatra se da formirani moral ne može pretrpeti tokom brojnih životnih situacija transformaciju svoje osnovne suštine i specifičnosti.

SOCIOLOŠKA UČENJA O GENEZI MORALA

"Mnogo treba vremena da od deteta čovek bude."

Srpska narodna izreka

Geneza morala prema **sociološkim učenjima** ima uporište u stavovima da zajednica gradi čoveka, prema sebi i društvenim potrebama. *Ljudska savest je glas društva u pojedincu*. Sociolozi ne odriču ni činjenicu da i čovek stvara društvo. Odnos pojedinac – društvo je prema sociolozima, svakako uzajamni odnos, odnos povratne sprege.

Razmatrajući sociološku genezu moralnosti ne treba zaboraviti da je moral "proizvod" čoveka kao specifičnog bića na planeti. Čovek je moralan samim tim što je čovek – umno biće, jer bez moralnosti to ne bi bio. Moral je zbog toga najtešnje povezan sa samim identitetom i suštinom čoveka. Moral ne služi ničemu drugom do očuvanju ljudskog identiteta i ljudske suštine.

Društvene zajednice su značajni činioci morala. Posebnost morala determinišu narodi, države, religije, nacije, kao i unutar društvene delimične zajednice – porodica, škola, stalež, društvene klase, esnafska udruženja i dr. Bez obzira što sve ove zajednice utiču na formiranje morala, nisu jedini faktori geneze moralnosti ni sa aspekta socioloških učenja. Društvo svakako nije jedini faktor koji utiče na to da se neka moralna norma usvoji ili ne tokom odrastanja individue, jer bitnu ulogu ima nasleđena biološka datost samog čoveka.

Dete po rođenju zatiče već društvenu situaciju sa jasnim moralnim normama. Kroz svoje postepeno sazrevanje prima uticaje vrednosnog sistema preko više izvora. Ti izvori su: *lica sa autoritetom – roditelji, vaspitači, profesori, rukovodioci, direktori, vertikalno hijerarhijski sve do predsednika države*. Autoriteti su i vršnjaci – pre svih lideri, *idealizovani junaci* iz svakodnevnog i javnog života, iz literature i na kraju društvo kao celina sa svojim formiranim sistemima vrednosti i namerom da ih ugradi u svakog novog člana društva po njegovom rađanju.

Danas bitan značaj za formiranje ukupne ličnosti čoveka, time i njegovog morala, imaju mediji (televizija, radio, štampa, internet). Uticaj medija je danas ogroman. Mediji, sociološki razmatrano, menjaju ne samo svesne delove ličnosti nego *naročito imaju uticaj na nesvesno u čoveku*. Tako su moguća masovna jednoulja u prihvatanju ratova, što je istorijska činjenica u našem prostoru u nedavnoj prošlosti masovnim neprijateljskim opredeljenjem prema prokazanim i odabranim grupama i narodima. Sociologija morala bavi se, ili trebalo bi da se bavi, i vrednostima koje bi pomogle formiranju poželjnih moralnih ideala mladih, ideala čoveka i zajednice, što bi ubrzalo i napredovanje društva u celini, a posebno njegovih podgrupa, znači i podgrupe zdravstvenih radnika i lekarskog staleža.

Da bi se lakše razumeli značaj i smisao medicinske etike, neophodno je razumevanje i usvajanje iznetih psiholoških i socioloških stavova o genezi morala.

MORAL I SAVEST

"Gde je istina tu je i poštenje."

Srpska narodna izreka

Savest je subjektivan vodič čovekovog moralnog ponašanja. Savest diktiraju praktične čovekove potrebe, gde on odlučuje da li je izvestan akt moralno ispravan ili nije.

Pojam savesti je kroz istoriju različito shvatan. Prve pisane izvore nalazimo u Homеровim delima *Ilijada* i *Odiseja*, gde se savest prepoznaje u stavu pred sopstvenom – ljudskom osudom. Ističe se značaj samoosude, odnosno glasa sopstvene unutrašnje savesti, koja procenjuje šta je dobro a šta nije. U Sokratovom *Dajmonionu* se nalazi prototip savesti kao i u Aristotelovoj *koncepciji vrline*.

Termin savest u savremenom smislu nastaje u srednjem veku pod uticajem hrišćanstva. *Savest se tada shvatala božanskim nadahnućem koje vlada nad čovekom.* Neki autori tog doba su tvrdili da je postojanje savesti u pojedincu siguran dokaz postojanja Boga. Savest je poistovećivana sa moralnim osećanjem. Možda i nije ispravno da se savest shvati tako široko.

Individualističke teorije o poreklu savesti osporavaju joj urođeni karakter.

Asocijacionisti XIX veka tvrde da je geneza savesti edukativna. Smatrali su da savest oblikuju naši roditelji i uopšte autoriteti, odnosno vaspitači. Oblikovanje savesti ostvaruje se nagradom, pohvalom, prekorom ili kaznom. Autoritativne ličnosti se odnose na jednak način i prema učenicima – sopstvenoj deci i prema ličnim postupcima, tako da se u mladom čoveku učvršćuju asocijacije pre nego što i postane sposoban da sam sudi o njima.

Teoretičari XX veka sve više su razvijali tezu o društvenom poreklu savesti. Mada se i ranije smatralo da je savest društveno uslovljena.

Dirkhajm definiše savest kao dispoziciju za ocenjivanje samog sebe. Posebno kao dispoziciju za osuđivanje sebe i doživljaj krivice.

Frojd snagu koja generiše razvoj savesti ne naziva društvenom, već kulturnom. Po Frojdu kultura zahteva da se u čoveku uguše *naigon ljubavi* i *naigon smrti* (Eros i Tanatos). Takav kolektivni zahtev dovodi individuu u stanje odricanja i suprotstavljanja **naigonima**. Ovo je put za formiranje *Super Ega* u funkciji cenzora, savest je sinonim.

Neki autori smatraju da je savest izvesna vrsta stida. Stid je brana koja individui pomaže da ne razgoličuje neke stvari koje žive u njoj, u njenoj podsvesti i odraz su najdublje intime. Te se savest može označiti kao **straža naše privatnosti**.

Lekari i zdravstveni radnici su u vršenju profesije neretko u prilici da se suoče sa svojom savešću. Primer: Ukoliko je lekar na godišnjem odmoru, znači van profesionalne angažovanosti, i slučajno postane svedok saobraćajne nesreće u kojoj ima povređenih, on mora da profesionalno reaguje. Odluku mora doneti sam lekar i to odmah. Moralna savest nalaže da pomogne povređenima iako je samo slučajni svedok, ali je lekar i u toj prilici sa profesionalnom moralnom obavezom. Svaki zdravstveni radnik mora recimo da ima usvojen opšti moralni princip da je prisvajanje tuđe imovine amoralan čin i nikad ne sme da poklekne pred izazovom eventualnog prisvajanja materijalnih vrednosti koje mu ne pripadaju.

Savest je univerzalna psihološka vrednost savremenog čoveka proistekla iz moralnih načela, a funkcionalno ugrađena u moralnu ljudsku praksu.

VRSTE SAVESTI

Najprihvatljivija je podela na pravu i lažnu savest.

1. **Prava ili korektna savest** se odnosi na prihvatanje određenih dozvoljenih postupaka u životu i delatnosti pojedinca ukoliko su oni u skladu sa moralnim zakonima zajednice. Suprotstavljanje pravoj ili korektnoj savesti podrazumeva namernu odluku individue za nedozvoljen postupak i podleže sankcionisanju.

2. **Lažna ili pogrešna savest** je ona savest koja podrazumeva prihvatanje akcije iako je ona suprotna moralnim normama. Primer u lekarskoj profesiji: Ubijanje novorođenčeta sa oštećenim mozgom može naizgled biti korisno, ali je ono uvek u suprotnosti sa moralnim normama u svakom društvu, a posebno moralnim normama lekarske etike. Savest koja bi dozvolila lekaru da ovaj čin postane moralan bila bi lažna i pogrešna.

Poseban vid lažne i pogrešne savesti koja se odnosi na profesiju **lekara i zdravstvenih radnika proističe iz njihove lične neodgovornosti**.

Lekar i zdravstveni radnik su dužni da usvoje odgovarajući kvantum znanja da bi adekvatno, stručno obavljali svoju profesiju. Moguće je da oni svojom krivicom ne nauče ono što im je neophodno, za šta su sami odgovorni. Time oni krše moralni zakon što je savladiva pogreška, a mogla bi biti sprečena naporom da se naknadno stekne adekvatno znanje. Kvalifikativ *savladiva pogreška*, nije dozvoljen i kažnjiv je, jer i lekar i medicinska sestra savladivom pogreškom čine moralni prestup i dužni su da preduprede savladivu pogrešku i pretvore u savladivo pogrešnu savest tako što će naučiti ono što je neophodno za obavljanje profesije.

Savladivo pogrešna savest se deli na pouzdano savladivu i problematično savladivu.

a) **Pouzdan savladiva pogrešna savest** podrazumeva osudu u svetlu moralnog ponašanja, a može biti istinita i lažna. Lekar koji veruje da treba izvršiti obdukciju umrlog pacijenta da bi se potvrdila ili isključila sumnja ima istinito savladivu pogrešnu savest.

b) **Problematično savladiva pogrešna savest** isključuje procenu moralnosti neke akcije ili se takva procena čini samo iz straha da se greška ne primeti i ne otkrije. Ova savest se može nazvati i manipulativnom ili spekulativnom savešću. Primer: Lekar nije siguran da li su predviđene odgovarajuće zakonske sankcije za nesavesno činjenje određene radnje.

Sociolozi pored isticanja činjenica o neodvojivosti savesti od svesti insistiraju i na uzimanju u obzir čovekove motivacije da doprinese društvenoj sredini u zavisnosti od svoje životne dobi. Oscilacije savesti u različitim stadijumima životnog doba, mogu se ilustrovati indijskom legendom o etici, koja kaže: "Naš život je putanja ka kući istine i saznanja i taj put ima četiri etape. Na svom prvom razvojnom stepenu mladi čovek živi s učiteljem, prikuplja znanja i mudrosti, izgrađuje svoju ličnost, upoznajući svoje mesto u svetu. Svojim venčanjem ulazi u drugi stadijum života, koji ispunjavaju na jednoj strani dužnosti prema porodici, a na drugoj nesebičan rad za društvo. Kad kosa počne da mu sedi i koža da se bora tada je zreo za treće životno razdoblje koje treba da provede zadubljen u knjige starih mudrosti i posveti se meditacijama o poslednjim istinama. U četvrtom stadijumu čovek treba da se posveti kaluđerskom životu. Ništavilu sveta okrene leđa. Bogatstvo, čast i vlast mu više ništa ne znače."

MORALNI AKT

"Ako drugog poštuješ za sebe ne brini."

Srpska narodna izreka

Čovek sve aktivnosti ostvaruje pod kontrolom razuma, odnosno svesnosti. *Svaki akt individue i svaka radnja koju čini nije uvek pod potpunom kontrolom razumskog i svesnog.*

Moralni akt je svaka radnja i svako preduzimanje čovekovo u svakodnevnom životu ako se odvija pod kontrolom slobodne volje i svesno. Lekarima i zdravstvenim radnicima poznato je da postoje stanja privremene ili trajne duševne poremećenosti ili neusklađenosti kada je oštećeno čovekovo ukupno razumsko, snižena ili nedostaje njegova slobodna volja i slobodno odlučivanje. Čovekova činjenja u takvom stanju najčešće imaju za posledicu ogrešenja o moralne norme, jer u svakoj ljudskoj aktivnosti deluju moralni principi koji upravljaju njegovim postupcima. Potpuna svesnost o slobodi u odlučivanju i slobodi izbora opredeljujuće volje, kao i svesnost o namerama i svesnost o posledicama nakon preduzetog činjenja su neophodni da bi preduzeta aktivnost bila moralna. Često postoje poremećaji u nekom delu navedenih uslova. Lekari su zbog toga u sudskopsihijatrijskim veštačenjima neretko u situaciji da procenjuju da li je neko u momentu vršenja dela koje se kvalifikuje kao krivično ili dela koje je proizvelo moralnu i/ili materijalnu štetu, bio u stanju potpuno slobodne volje i potpuno očuvane svesnosti.

Preduzimanjem neke aktivnosti osoba vrši moralni akt. Moralni akt ima više oblika:

- 1. Potpuno slobodan moralni akt** je činjenje u očuvanoj punoj slobodi i volji izbora postupka pri punoj svesnosti. Takav moralni akt može po društvenom stavu biti dozvoljen ili nedozvoljen, rđav ili dobar.
- 2. Nepotpuno slobodan moralni akt** je ona radnja pojedinca tokom čijeg obavljanja nedostaje, ili je smanjeno saznanje o posledicama njenog izvršenja, ili su sputani slobodna volja i opredeljenje, ili se radi i o jednom i o drugom.
- 3. Pozitivan moralni akt** je čin izvršenja nekog dela u skladu sa istosmislenom kvalifikacijom. Postoji potpuna usklađenost postupka individue sa moralnim i pravnim načelima.
- 4. Negativni moralni akt** je činjenje radnje koja za posledicu ima prekršaj moralnih ili društvenih normi. Najčešće nastaje zbog ignorisanja načela, obaveza i dužnosti koje određuje društvo.
- 5. Direktno dobrovoljan moralni akt** je svako delovanje u kome postoji svesna namera da se započne i izvrši nameravana radnja.
- 6. Indirektno dobrovoljan moralni akt** je svaki postupak sa sekundarnim efektima koji bi mogli da budu predviđeni sa svim verovatnim posledicama koje direktno proizilaze. Razumevanje indirektno dobrovoljnog moralnog akta je bitno u lekarskoj profesiji i profesiji zdravstvenih radnika, jer su frekventni primeri ovakog moralnog ogrešenja. Hospitalizovanom bolesniku, na primer, zbog razloga bolesti može biti zabranjen unos hrane *per os*. Medicinska sestra, što nije neuobičajeno, može imati simpatije i naklonosti ka baš tom pacijentu, te mu omogućiti da konzumira hranu iako zna za lekarevu naredbu. Medicinska sestra je kao zdravstveni radnik, svesna da je takvo činjenje ogrešenje o profesionalnu etiku, a ukoliko nastanu posledice po zdravlje i život pacijenta može biti i krivično odgovorna.

Navike, kao dugotrajno ponavljane radnje, proizvode ustaljeni obrazac ponašanja i takođe spadaju u kategoriju indirektno dobrovoljnog moralnog akta.

MORALNO RASUĐIVANJE

**"Gde je stida tu je i poštenje."
Srpska narodna izreka**

Moralno suđenje ili moralno mišljenje je zapravo moralno rasuđivanje.

Osoba donosi moralne odluke, moralne zaključke i moralne sudove koji se odnose na moralno dilemske situacije u životu po sistemu izbora dobrog ili lošeg. Moralno rasuđivanje ili moralno mišljenje utemeljeni su na principima poštovanja drugih u zajednici i na čovekoljublju, pravdi, jednakosti, jednakopravnosti, uzvratnosti itd.

Forma i sadržaj su kvaliteti moralnog rasuđivanja, a po dejstvu su istovremeni i nerazdvojni.

a) Forma moralnog rasuđivanja su motivi i način rasuđivanja pojedinca u datoj životnoj situaciji u donošenju moralnog suda.

Pet je mogućih formi moralnog rasuđivanja, odnosno kvaliteta donete moralne odluke:

1. *moralno rasuđivanje bazirano na emocijama*, širini skale emocija i kontrole odluke na intrapsihičkom sadržaju neke osobe – *griža savesti*;
2. *hedonističko egocentrično* rasuđivanje potencira korist za sebe, jer je primarni narcizam jači od socio-motiva;
3. *iracionalno-intuitivno* odlučivanje odražava siromaštvo moralnog mišljenja u momentu donošenja moralne odluke ili moralnog suda. Ovako moralno rasuđivanje ima primenu moralnih principa po načelu moralne jednostavnosti. Poželjna je socijalno adaptivna primena moralne odluke što inače privileguje osobe koje socijalne motive nadređuju ličnim motivima;
4. *kognitivno bazirano donošenje moralne odluke* u formi moralnog rasuđivanja determinisano je internalizovanim principima uvažavanja moralnih načela. Ovo odlikuje dostignutu poželjnu moralnu zrelost pojedinca;
5. *bezosećajno moralno rasuđivanje i nezrelo moralno rasuđivanje* su oblici poremećaja po formi moralnog rasuđivanja. Razlog je u emocionalnoj nezrelosti. Takve osobe pri moralnom ogrešenju ne doživljavaju moralnu osudu (grižu savesti, osećanje krivice i stid).

b) Sadržaj moralnog rasuđivanja je vrednosni sistem moralnog rasuđivanja. Čovek u svakoj životnoj datoj alternativnoj moralnoj situaciji treba da se opredeli za kvalitetniju moralnu vrednost ocenjujući je ispravnijom sa aspekta vrednosnog sistema sopstvenog morala.

Vrednosni sistem moralnosti pojedinca po posebnosti je nesporan a doprinosi mu razvoj morala kroz vreme i uticaj društveno-političkog morala zajednice u kojoj živi.

Sadržaj moralnog rasuđivanja remeti se zbog neadekvatno usvojenih vrednosnih sistema moralnosti. Takvi ljudi u alternativnim dilemskim moralnim situacijama u životu, donose, po pravilu odluke koje odstupaju od poželjnih i onih koje očekuje zajednica, jer se te osobe egoistično odlučuju za moralne norme koje im obezbeđuju ličnu korist. Tako dominantne osobine u karakteru tih osoba postaju *prevara, koristoljublje, laž, egocentrizam, egoizam* itd.

Forma i sadržaj moralnog rasuđivanja se stalno prepliću u svakodnevnom životu po principu dinamičke interakcije.

MORALNO PONAŠANJE

**"Ko hoće da ga drugi poštuju, valja najpre da se sam poštuje."
Srpska narodna izreka**

Moralno ponašanje predstavlja svaku onu akciju čoveka regulisanu opusom moralnih normi, odnosno moralni akt i moralnu radnju ili moralno delanje.

Da bi neka akcija pojedinca imala kvalitet moralnog ponašanja, potrebni su toj akciji i voljni atributi kroz *samostalnost, samobitnost, samoprocenljivost i samoupravljenost ka drugima*. Ne sme biti ambivalentnosti u izboru dobra i zla. Životne situacije nameću trenutnu akciju moralne delatnosti. Moralno delanje se temelji i realizuje na usvojenim moralnim ubeđenjima i stavovima svake individue.

Moralno ponašanje određuju usvojeni moralni vrednosni principi individue, ali uvek pod uticajem interpersonalnih odnosa i složenih relacija individua zajednica. Trajna vrednosna načela u izboru moralnih ponašanja opredeljena su prihvaćenim životnim ciljevima te osobe. Poželjno očekivano moralno ponašanje su vrlina i moralno dobro ostvarenje.

Moralno ponašanje može trpeti poremećaj u smislu moralno neprihvatljivog delovanja individue usled poremećaja u sferi moralnog rasuđivanja.

Moralnost kao specifična dispozicija mozga *homo sapiens recensa* predstavlja deo njegove mentalne ukupnosti, veoma složena u dve suštinske posebnosti.

- *Prvi razlog složenosti moralnosti* leži u njenoj dvodelnoj zasnovanosti na moralnom ponašanju, s jedne strane, i moralnom rasuđivanju, s druge.
- *Drugi razlog posebne složenosti moralnosti* počiva u samoj genezi i razvoju moralnosti. Moralnost se razvija na celoj lepezi drugih psihičkih funkcija kao obaveznoj predispoziciji.

Formirana i usvojena zrela moralnost je trajna vrednost u mentalnoj ukupnosti svakog čoveka i ne menja se tokom života, jer je moralnost najintelektualnija psihička funkcija.

Moralno rasuđivanje i moralno ponašanje su u stalnoj korelaciji ali i u neprekidnoj interakciji.

SEKSUALNOST ČOVEKA kao moralna kategorija

Pitanje humane seksualnosti kao moralom kontrolisane kategorije sigurno je staro koliko i sam *homo sapiens*. Pitanje je samo naizgled jednostavno. Zbog toga je čovekova seksualnost predmet rasprava od davne prošlosti sve do danas.

Humana seksualnost je bitna za čoveka sadašnjice u dva vrednosna nivoa.

- *Prva* vrednost je u zadovoljenju individualnih emocionalno–nagonskih potreba.
- *Druga* vrednost je socijalna komponenta seksualnosti kao izvor i podrška za kreativne i stvaralačke ljudske aktivnosti.

Rasprave o seksualnosti čoveka i seksualnom moralu zasnivaju se na stavovima pojedinca ka sopstvenoj i tuđoj seksualnosti, kako je obuzdati ili ne obuzdati i kako je usmeriti.

Seksualni moral čoveka odlikuje dinamički konflikt dva oponenta u čovekovog bića:

1. **Eros** (ljubav) kao nagonska kategorija ima imperativnu snagu u težnji da pronađe objekt svog zadovoljenja u skladu sa čovekovom težnjom da ostvari zadovoljstvo i sreću.
2. **Princip realnosti** je drugi princip, a oponent Erosu sa ciljem da ga onemogući.

Znači, osnovnim nagonsko voljnim dinamizmima, čije je sedište u nagonskom – *Id*, suprotstavlja se suprotna snaga koja se formira kao prepreka i zabrana nastala iz realne životne svakodnevnice i principa životne realnosti.

Razvoj čovekove seksualnosti danas se najprihvatljivije može razumeti na psihodinamskom učenju koje je utemeljio Frojd. Frojd je prenaslao ulogu seksualnosti kao dinamičke snage u čovekovom životu, ali je ipak njegova koncepcija o dinamičnom razvoju seksualnosti trajni doprinos razumevanju humane seksualnosti. Frojd je dokazao neophodnost razlikovanja pojma *genitalno* i *seksualno*. Kritičari Frojdovog učenja i danas padaju u zamku jer govoreći o seksualnom, raspravljaju o onim stavovima koje je Frojd nazivao genitalnim.

Frojd je nazivu seksualno dao značenje koje podrazumeva osećanje prijatnosti, ugodnog raspoloženja i zadovoljstva, ističući da prijatna raspoloženja ne potiču samo i uvek iz sfere genitalija.

Frojd i psihoanalitičari razvoj seksualnosti čoveka dele na pet faza:

1. Prva faza – *oralna faza seksualnosti* je najranija faza i vezana za prva prijatna osećanja novorođenčeta prilikom uzimanja hrane.
2. Druga faza – *analna faza seksualnosti*. Dete u drugoj godini života ima zadovoljstvo i prijatan doživljaj vezan za analnu ekskreciju. Frojd je ovu fazu razvoja seksualnosti nazvao **analni erotizam**.
3. Treća faza – *genitalna ili falusna faza razvoja seksualnosti*. Prema Frojdovom učenju, odvija se između treće i pete godine, što je i period dečje fiksacije na genitalije kao novopronađeni izvor prijatnosti i zadovoljstva.
4. Četvrta faza – *faza latentnog razvoja seksualnosti* teče od pete do dvanaeste godine tj. do pubertetskog perioda.

5. Peta faza – *pubertetska faza razvoja seksualnosti* odvija se u periodu puberteta, genitalnog – polnog sazrevanja mladića i devojaka. To je faza konačnog sazrevanja seksualiteta, odnosno to je period pojavljivanja sekundarnih seksualnih karakteristika polova, sazrevanja genitalija i postizanja reproduktivne zrelosti oba pola.

Neophodno je podsetiti da je Frojd pri postavljanju teorije o razvoju seksualnosti zapravo odmah uvažio i činioce uticaja iz socijosredine. Istakao je poremećaje u konačnoj strukturi ličnosti vezane za uticaje roditelja i drugih osoba iz okruženja deteta tokom seksualnog razvoja.

Istorijski gledano, ljudska seksualnost i seksualno opštenje već u preistoriji razvoja ljudske zajednice nisu bili podređeni zabranama seksualnog opštenja među krvnim srođnicima. *Incest* je bio prihvaćena norma zadovoljenja seksualnosti, to potvrđuje i helenska kultura koja je obilovala legendama o incestnim vezama među bogovima. *Biblijska legenda o Adamu i Evi* nedvosmisleno ukazuje na to da su samo incestuozne seksualne veze mogle da stvore i razgranjaju potomstvo, odnosno ljudski rod. Poznato je, prema istorijskim izvorima, da je u nekim minulim civilizacijama zakon obavezivao na incest da bi se sačuvala čistota potomstva i rase plemena. Kasnije je čovek uočio da je svrsishodnija seksualnost sa članovima drugih – susednih ljudskih zajednica.

Podruštvljavanjem i razvojem čovekove svesti nagomilavale su se opservacije u domenu ljudskih saznanja o štetnosti incestuoznog seksualnog života. Čovek je shvatio da sklapanje braka među srođnicima unutar malih porodica ne povećava njihovu ekonomsku moć, već je, naprotiv, slabi povećavanjem članova porodice. Da bi obezbedili materijalnu i ekonomsku sigurnost porodici i potomstvu, povećali odbrambenu moć u odnosu na susedne zajednice, čelnici – poglavice prvobitnih zajednica gensa i plemena počeli su da se žene iz drugog gensa stvarajući rodbinske veze sa susedima. Primer vođa zajednice sledili su i njeni članovi. Žena je po sklapanju braka menjala mesto življenja i porodicu, odnosno pleme. Ovaj period ljudske civilizacije i razvoja ljudskog društva pokazao je i isključio incest. *Monoteistička religijska učenja ugradila su stavove o incestu kao smrtnom grehu* i značajno doprinela njegovom iskorjenjavanju, što je zadržano i u aktuelnoj civilizaciji.

Istorijski podaci govore da je sam seksualni akt pradačno i oduvek smatran koliko privlačnim, toliko i opasnim. Simbolično je još pračovek svaki seksualni čin na neki način povezivao sa smrću, orgazam je **"umiranje u malom"**. Dopustiti nekontrolisano seksualno opštenje, smatrano je od preistorije do danas socijalno opasnim. Ranije su postojale zabrane seksualne aktivnosti u raznim vremenskim periodima kako bi se umanjile ili otklonile opasnosti od seksualnog akta. U navedenom treba tražiti i uverenja da seksualni kontakt sa prostitutkom ne donosi relaksiranje, kompletan psihički i fizički doživljaj kao sa osobom koja se voli. Ovo je dokaz o potrebi čoveka da izgradi i stvori snažan emocionalni transfer prema jednoj osobi suprotnog pola i usmeri na nju svoje seksualno interesovanje.

Sušтина realizovanja ljudske seksualnosti je složenija od ostvarenja nativnog zadovoljstva samom realizacijom fizičkog seksualnog akta. Pojam ljubav i vođenje ljubavi među partnerima suprotnog pola viši je kvalitet mentalnog zadovoljstva i sreće nego što je to fizičko zadovoljstvo kroz zadovoljenje prirodnog seksualnog nagona.

Ne treba zanemariti biološku promiskuitentnu tendenciju nagonačke snage u čoveka kada se razmatraju moralni kvaliteti humane seksualnosti. Ljubav kao emocija usmerena ka jednom partneru suprotnog pola je potiruća energija mentalnog prirodne promiskuitetne pulzije.

Platon u svojoj terminologiji definiše ljubav kao silu koja teži potpunom sjedinjavanju dva telesna bića koja se vole kao sjedinjavanje kvaliteta duhovne i duševne prirode. *Platonov koncept ljubavi je idealan, ali ljudski ideali postoje odvajkada, kao i saznanje da je iluzorno težiti njihovom dosezanju.*

Sudbinu seksualnog nagona, kao i drugih nagona, determinisala je čovekova socijalna i kulturna nadgradnja. *Seksualnost je u tesnoj vezi sa sposobnošću za stvaranjem kontakta i izborom partnera.* Uspostavljanje kontakta među ljudima je prevashodno zasnovano na emocijama, povezano je sa sposobnošću da se drugi voli. Zbog toga svaka filozofija slobodne ljubavi i pokret za dopuštanje slobodne ljubavi bez obaveznosti prethodnog uspostavljanja emotivne relacije, dakle bez ljubavi, jesu kategorije izvan moralnog shvatanja seksualnosti čoveka. From u tom smislu kaže: *"Ljubav je aktivna snaga koja probija bedeme koji odeljuju čoveka od čoveka i koja ga sa drugim spaja. Događa se paradoks u ljubavi da dva bića postanu jedno i da ipak ostanu dva."*

Seksualne čovekove potrebe su kao i druge potrebe fizičke prirode, po suštini trenutne i povremene, stimulisane snagom nagonskog, za razliku od psihičkih čovekovih potreba, koje su trajne. From je ovo objasnio: *"Seksualno gladna osoba zadovoljava se oslobađanjem od napetosti, fizičke ili psihičke, to zadovoljenje sačinjava njeno uživanje. Ali, seksualno uživanje koje zovemo radost izvire iz obilja i slobode, pa izražava čulno i emocionalno bogatstvo."*

Lekar se u praksi suočava sa etičkim problemima braka svojih pacijenata. Treba uvažiti činjenicu da je brak socijalni a ne medicinski entitet i regulisan je pravnim normama u zajednici. Najveći broj ljudi tokom života prođe kroz brak, te se brak poima kao normalan životni događaj. Potreba da se bude normalan utiče na neke osobe da se venčaju po svaku cenu, iako osećaju da nisu opredeljene ili sposobne za bračni život. Neoženjenog muškarca ili neudatu ženu lekar treba da posmatra kao normalan varijetet ljudske prirode sa aspekta aktuelne civilizacije i zasnovanosti zajednice.

Apsolutna seksualna sloboda značila bi odbacivanje svake odgovornosti o posledicama polnog sjedinjavanja. Biti sa nekim u slobodnoj ljubavi znači spajanje bez psihičke investicije, što je po suštini regresija već dostignutih moralnih načela ugrađenih u humanu seksualnost.

Pobornici seksualnih sloboda naivno objašnjavaju da se tako izbegava interpersonalni sukob između raznopolnih partnera. Tvrde da među takvim partnerima nema svađa, što jeste činjenica, ali nema ni emocija.

Forsiranje ljubavi bez emocija, da se ne bi patilo, krajnji je vid vulgarizacije i degradacije čoveka. Ljubavi nema bez emocija ali i konflikata, sitnih duševnih trpljenja, jer se upravo kroz posledice gradi trajna ljubav. Trajna ljubav podrazumeva spremnost da se živi udvoje, uprkos individualnim razlikama koje su najuočljivije u periodu adaptacije na zajednički, recimo bračni život. Egoistički narcizam odlika je infantilne – nezrele ličnosti. Ostvarenje kompletnog zadovoljstva sa samim sobom nestaje tek sa psiho–fizičkim čovekovim sazrevanjem, kada je on sposoban da deo sebe vidi u doživljavanju drugog, u ljubavi koju drugi ispoljava prema njemu i obrnuto.

Lekari su kao ni jedna druga profesija u prilici da se suoče sa posebnim moralnim i etičkim problemima svojih pacijenata vezanim za ljudsku seksualnost. Time su deontološki odgovorni za nedovoljno znanje o funkcionalnoj složenosti humane seksualnosti.

MORALNOST

psihička funkcija

"Svaki po sebi sudi o drugome."

Srpska narodna izreka

Moralnost je jedna od deset psihičkih funkcija po evropskoj tradiciji pokušaja razumevanja čovekove mentalne ukupnosti kao specifičnog produkta samo čovekovog mozga.

Definicija moralnosti kao psihičke funkcije podrazumeva čovekove sposobnosti da sam sebi izriče norme kojih će se pridržavati tokom života, kao i da sam sebe kažnjava ako se ne pridržava normi koje je sam sebi zadao. Svaki čovek poseduje moralnost, bolje reći dispoziciju, da moralnost razvije ukomponovanu u svoju mentalnu ukupnost.

Super ego ili *savest* je nadležan da se u individui postojeća formirana moralnost realizuje tokom svakodnevnog življenja. Oružje Super ega za realizaciju poželjne i pravilne moralnosti pojedinca jeste **griža savesti** (*osećanje krivice* kojom čovek kontroliše sebe da čini samo moralno dopuštene radnje). Super ego je personifikacija roditelja – oca, za odraslog zrelog čoveka je to personifikacija boga, u funkciji ne samo da kažnjava za ogrešenje već i da nagrađuje i pohvaljuje za svako prihvatljivo i po moralnim normama pozitivno ponašanje. Super ego ima zadatak i da formira vrline u svakom čoveku kroz "*roditeljska – božanska*" uputstva kako treba nešto činiti, kako se treba ponašati u odnosu na druge u zajednici. To je **Idealno Ja** kao deo Super ega, prema savremenom psihijatrijskom učenju i učenju u psihologiji, što predstavlja skup pozitivnih osobina kojima ličnost teži da se ostvari preko svoje moralnosti.

Moralnost, kao psihička funkcija u razumevanju i izučavanju, deli se na **moralno rasuđivanje i moralno ponašanje**, a moralno rasuđivanje na *formu i sadržaj*.

Da bismo uopšte raspravljali o moralnosti kao psihičkoj funkciji čoveka, neophodno je shvatiti dispoziciju i preduslove za razvoj moralnosti u sklopu razvoja i formiranja čovekove mentalne ukupnosti.

DISPOZICIJA RAZVOJA MORALNOSTI

Dispozicija za razvoj moralnosti privileguje samo ljudski mozak. Bilo je dilema da li životinje imaju elemente moralnosti. Isticani su primeri požrtvovanja i pomaganja među jedinkama u nekim životinjskim vrstama. Primer je da majmuni pomažu jedan drugome da izvade trn iz stopala. Nesporno je da i u životinjskim vrstama ima primera uzajamnog pomaganja ali je ono uslovljeno nagonско instinktivnim opredeljenjima. Moralno ponašanje privileguje samo čoveka, jer je mnogo složenije od instinktivnog nagonскоg ponašanja. *Samosvest* je bitan uslov moralnosti čoveka. Životinje nemaju samosvest.

Moralnost – *psihička funkcija je po svemu specifična dispozicija mozga čoveka. Super Ego instanca*, je u svakoj ličnosti zadužena za realizaciju te dispozicije, odnosno za moralno procenjivanje i moralno delanje. Super Ego je onaj deo ukupne ličnosti koji procenjuje ispravnost, te nagrađuje ili kažnjava. Instanca Super Ego, praktično ima dvostruku ulogu:

– *kontrolu u vidu kazne* kroz grižu savesti i specifični strah koji može da spreči postupke ako nisu u skladu sa društveno-prihvaćenim normama ponašanja (uporište na roditeljskim zabranama i na onome što sankcioniše sredina);

– *drugi nivo* Super Ego instance znači prilagođavanje idealizovanim normama i idealizovanom ponašanju – *Ideal Ego*. Idealno Ja u osnovi ima humanističke kvalitete: *jednakopravnost, toleranciju, reciprocitet, pravdu, čovekoljublje, formiranje vrline individue*.

Moralnost je po sadržaju pre svega moralna normiranost i de facto psihička funkcija na čiji razvoj utiče zajednica. Sociolozi smatraju da je moralnost društvena pojava u određenom smislu, time i proizvod ljudskog društva, jer se moralnost razvija delovanjem ljudi, najmanje dva čoveka. **Polazišta socioloških učenja su da je čovek biće koje ima instinkt društvenosti, voli društvo i ne može bez njega.**

Moralnost kao psihičku funkciju izučava više naučnih disciplina, kao što su filozofija, sociologija, psihologija i psihijatrija. *Super ego* (savest) u razvoju i suštini moralnosti bitan je element prema učenju svih nabrojanih naučnih disciplina. Pragmatično posmatrano, Super ego ima dva polja funkcionalnog zaduženja, delovanja i ostvarenja.

Prvi prostor ostvarenja Super ega je ugrađivanje i razvijanje moralnosti u strukturu psihičkog, znači i strukturu, idealnih normi i ponašanja *ideal Ega (idealno Ja)*. Osnov za ovakvo učenje su humanistički kvaliteti prihvaćeni u današnjoj civilizaciji, koji podrazumevaju čovekoljublje, pravednost, toleranciju, jednakopravnost itd..

Drugi nivo zaduženja Super ega je ugradnja u intrapsihičko ličnosti moralnog rasuđivanja i moralnog ponašanja.

PREDUSLOVI ZA RAZVOJ MORALNOSTI

Moralno ponašanje uopšte počiva na nizu drugih psihičkih funkcija, kao što su *inteligencija, emocije, volja, pamćenje, kognicija, svest i nagoni*.

Nabrojane psihičke funkcije su preduslov za razvoj moralnosti. Neophodno je da se te psihičke funkcije razviju pojedinačno i u celini da bi se moralnost oformila kao kruna mentalne čovekove ukupnosti. Svest, emocije, inteligencija – razum, volja, nagoni i osećanje dužnosti su dispozicija za nastanak i razvoj moralnosti svakog pojedinca. Dobro i potpuno razumevanje moralnosti kao psihičke funkcije nije moguće ukoliko nemamo bar minimalna znanja o nabrojanim psihičkim funkcijama kao dispoziciji razvoja moralnosti.

Svest kao preduslov razvoja moralnosti

Razumeti svest kao posebnu psihičku funkciju čoveka moguće je samo deskriptivno.

Svest je osnovna psihička funkcija neophodna za nastanak i razvoj moralnosti. Svest je psihička funkcija i može se slobodno definisati kao isključiva posebnost čoveka. Podrazumeva čovekove sposobnosti da misli i oseća, ali i da ima saznanje o svojim mislima i osećanjima.

ma, da ih je svestan, da ih može preneti drugome i da je svestan da može preneti svoje misli drugim ljudima ili razumeti njihove.

Deskriptivnost objašnjenja svesti vezana je za termine kao što su: *društvena svest, roditeljska svest, građanska svest, moralna svest, svest u filozofskom smislu* itd. **Svest sa aspekta sveukupnog saznanjog ugrađuje se u moral savremenog čoveka i preduslov je za razvoj moralnosti.**

Svešću se čovekova ličnost integrativno povezuje u nagonско emocionalnom, motornom i saznanjnom smislu. Zahvaljujući svesti čovek može doživeti sopstveni identitet, saznanje o njemu, saznanje o svom integritetu u odnosu na druge ljude i u odnosu na prirodu. Može svesno kontrolisati i kočiti prenaplašene emocije, kao i nagonске pulzije. Svest omogućava čoveku da koristi stečena znanja i inteligenciju, da kontroliše znanje, i da je svestan i svih drugih psihičkih funkcija, kao i svog ponašanja, ponašanja drugih i procenjivanja kvaliteta i vrednosti tih ponašanja sa moralnog aspekta. Svest upravlja ponašanjem čoveka preko volje. Savremenici čovekovu svest i njegov mozak upoređuju sa memorijskim sposobnostima *artificijelnog mozga* – kompjutera. Ovakva komparacija nije adekvatna jer je čovekov mozak nedostižan za bilo koji kompjuter, sigurno i u budućnosti. *Kompjuter nikada ne može biti kao čovek – svestan svog upamćivanja i svojih intelektualnih operacija.*

Svest omogućava čoveku da poima svoju jedinstvenost i neponovljivost kao potpunu suprotnost drugim individuama, ali i svesnost o kontinuitetu sebe, da je uvek ona ista osoba koja je bila i pre minut, dan, mesec, godinu, deceniju, svejedno kad. Svesnost samog sebe u kontekstu svih u zajednici je naročito značajan pokretač moralnog ponašanja individue, njenog moralnog suđenja, dakle moralnosti kao psihičke funkcije uopšte.

Inteligencija kao preduslov razvoja moralnosti

Inteligencija je psihička funkcija za čiji su razvoj, baš kao i za razvoj moralnosti, neophodi preduslovi, kao što je nasleđe i urođena predispozicija za mogući domašaj njenog razvoja. Inteligencija ima specifične kvalitete koji dotoj osobi omogućavaju nadređen ili, pak, podređen odnos prema drugim ljudima. Naročito je to vidljivo u oblastima intelektualnog čovekovog iskazivanja i ostvarenja, kao što su pronalazaštvo, umetnost, profesija i dr. Inteligencija je specifična mentalna sposobnost pojedinca i izuzetno bitan preduslov razvoja moralnosti.

Inteligencija, ako se posmatra kao posebna, izdvojena psihička funkcija, podrazumeva one specifične mentalne sposobnosti individue koje joj omogućavaju:

- da shvati pojave oko sebe,
- da shvati prirodu,
- da shvati odnose između pojava i predmeta i da razluči bitno od nebitnog,
- da misli apstraktno,
- da je sposobna da predviđa mogućna događanja i, najbitnije,
- da donosi sud i zaključke o dogođenom, doživljenom ili predviđenom u budućnosti.

Inteligencija je uslov da čovek po želji može menjati sebe, menjati prirodu, poredak u prirodi i pravilnosti prirodnih pojava podređujući ih ličnim interesima i pogodnostima.

Inteligencija pomaže čoveku i omogućava mu da ostvari svrsishodnost života namernim razumskim usmeravanjem mentalne ukupnosti, na ostvarivanje relacija sebe i prirode, sebe i drugih u zajednici, a najbitnije sebe ka sebi, što je po suštini u funkciji razvoja moralnosti.

Emocije kao preduslov razvoja moralnosti

Emocije (osećanja, afektivni život čoveka), shvaćene kao posebna psihička funkcija, predstavljaju preduslov za čovekovo moralno ponašanje, odnosno razvoj moralnosti.

Moralno osećanje je izraz kojim neki autori danas žele maksimalno da istaknu značaj emocija u nastanku i razvoju moralnosti. Emocije su u toj meri važne za celokupno čovekovo funkcionisanje i poimanje sreće da bi se mogao s pravom uvesti naziv *homo emocionalis* kao univerzalni kvalitet čoveka. Emocije – osećanja podrazumevaju posebni odnos individue prema realitetu, odnosno prema konkretnim predmetima, osobama i okolini.

Emocije trpe promenljivost u vremenu iz trenutka u trenutak, jer različite situacije u svakom čoveku menjaju njegov doživljaj kroz percepciju tih situacija, te i njegovo ukupno psihičko stanje. Emocije su veoma moćni pokretači misli i delatnosti gledano psiho-energetski, jer je čovekova suština emocionalnost. Ponavljanje situacije ustaljuje emocionalni status čoveka, odnosno održava stabilnom mentalnu ukupnost i tako stvara mogućnost posledičnog ustanovljavanja njegovog ponašanja, a to je zapravo razvoj moralnih normi.

Emocije imaju tendenciju motornog pražnjenja, koje je nekada u suprotnosti sa moralnim normama ponašanja, tako da svaki čovek nauči da do izvesne mere kontroliše, modifikuje i koči emocionalno pražnjenje. To se ostvaruje preko intrapsihičkih mehanizama, kao što su intelektualna obrada, potiskivanje, projekcija, svesno prigušivanje i dr.

Teoretičari danas postavljaju i tzv. *emotivističke teorije o nastajanju i osnovama moralnosti*. Ti autori tvrde da upravo dejstvo dubokih intrapsihičkih osećanja i emocija generiše moralnu individuu, odnosno razvoj njene moralnosti. Objašnjenje je sledeće. Postojanje dubokih emocija u intrapsihičkom, utiče da individua različito doživljava svaku informaciju iz spoljnog sveta u odnosu na drugog čoveka i opredeljuje svoj poseban moralni stav, posebno moralno ponašanje i posebnu moralnu akciju u vezi sa baš tom spoznatom informacijom iz spoljnog sveta.

Specifične – posebne emocije u ukupnom emocionalnom svakog čoveka se pojmovno identifikuju kao *simpatija, empatija, antipatija, ljubav, mržnja, saosećanje* itd. Najbitnije specifične emocije mogu se grupisati kao pozitivne i negativne.

a) pozitivne emocije

1. **Ljubav** je specifična emocija i poima se kao stav ili predstava prema određenom objektu ili određenoj osobi koja u mentalnom doživljaju individue izaziva radost, zadovoljstvo, blaženstvo, sreću. Ljubav zahteva i aktivno delovanje da bi se ostvarila u mentalnom doživljaju, bilo da se radi o ljubavi prema detetu, roditeljima, raznog polnom partneru ili otadžbini. Za ljubav je potreba objekt.

Ljubav prema objektu nije zasnovana samo na savršenstvu atributa objekta već se usmerava i na njegove nedostatke, jer *kad ne bi bilo tako, ljubav bi bila samo jednostavni ekvivalent ličnog narcizma individue*.

2. Simpatija je pozitivna emocija prema drugom.

3. Empatija je individualna sposobnost uživanja u emocijama drugog.

4. Saosećanje je sposobnost da se bude zabrinut u situaciji kada je drugi u stanju ugroženosti.

Nabrojani pojmovi označavaju lepezu emocionalnog doživljavanja na skali emocionalnog intenziteta nižeg ranga od emocije *ljubavi*. Svi navedeni pojmovi posebnih emocija pripadaju grupi pozitivnih emocija i svi učestvuju u razvoju moralnosti individue.

b) negativne emocije

1. Mržnja označava suprotnu emociju ljubavi, zato je *negativna emocija*. Mržnja kao negativna emocija je snažna intrapsihička investicija, po intenzitetu je u rangu ljubavi i usmerava čoveka na ponašanje prema drugome ili drugima ili prema objektima. Psihički odraz mržnje je želja a često i akcija ka uništenju osobe ili objekta koji je predmet mržnje. Ljudi se ponašaju po stereotipu želje da izbegnu ono što ne vole, jer je to mogući izvor neprijatnosti, ali i da unište da ne postoji sve ono što mrze. Svedoci smo, nažalost, u našem sociokulturnom miljeu da je izgleda sve izraženija mržnja kao dominantna emocija u velikom procentu naše ukupne populacije.

2. Antipatija je negativna emocija individue prema drugome, odnosno emocija nepodnošenja nekog ili nečeg.

Mržnja i antipatija kao negativne emocije nisu generatori pozitivnog moralnog ponašanja. Učestvuju u formiranju negativnog morala i negativne i nepoželjne moralnosti.

Volja kao preduslov razvoja moralnosti

Volja je proces u psihičkom čoveka. Volja je namerno, usmereno i motivisano ponašanje, što je put za opredeljivanje i postupanje po odabranim moralnim normama.

Volja se smatra najmlađom psihičkom funkcijom.

Fiziološko psihološka definicija volje podrazumeva da je to izraz čovekove mogućnosti da izabere neki cilj, da izabere svrsishodne akcije i da opredeli delanje ka ostvarenju tog cilja. Ostvarenje voljne namere ometaju subjekti ili/i objekti, otpori i situacije. Ovakva definicija volje ima ozbiljne nedostatke, te se volja opravdano može i negirati kao posebna psihička funkcija. Kada bi čovek imao samo cilj u svom psihičkom opredeljenju, taj cilj bi bio želja i želji pridružena odluka o njenoj realizaciji kao svesna namera, a to ne bi bila volja. Tek akcija za ostvarenje te namere podrazumeva volju.

Volja kao realizacija čovekove svesne namere uvek je i uzrok intrapsihičkog konflikta motiva jer svaki motiv odabran i realizovan voljnom akcijom ima u intrapsihičkom čoveka svoj drugi motiv suprotne vrednosti.

Razumevanje intrapsihičke konfliktности zbog voljne aktivnosti i ostvarenja voljne namere najlakše je na sledećem primeru. Čovek savremene civilizacije trpi napetost, anksioznost ili bar strepnju od siromaštva, životne ugroženosti i motiviše se ka bogaćenju. Bogaćenje je moguće u datim društvenim uslovima zajednice nažalost, skoro uvek i najčešće na nemoralan, kriminalan način. Takvoj nameri voljne realizacije ka bogaćenju svakako da se u intrapsihičkom čoveka konfliktно suprotstavljaju motiv i svesnost o nečinjenju nepoštene, nemoralne radnje i nameću se ponašanja prema dobrim moralnim načelima.

Nagoni kao preduslov razvoja moralnosti

Nagoni su nasleđeni obrasci ponašanja i kao intrapsihički energetski dinamizmi podstiču čoveka na ta ponašanja.

Teorijski, *nagonsko čoveka se postavlja problemski kao izvesni energetski generator ukupne psihičke aktivnosti.*

Dileme u objašnjenju nagonskog su da li je čovek po svojoj suštini primarno razumsko, ili, primarno nagonsko nerazumsko biće. Prihvaćeno je objašnjenje da razum ima prednost nad nagonskim jer samo razumom čovek može da upozna prirodu i opredeli svoje ponašanje. Objašnjenje je i u tome da je razumsko – saznajno sredstvo za realizaciju nagonskih pulzija i ciljeva kao investitora i pokretača svake čovekove mentalne akcije.

Nagoni su preduslov nastanka, ali i formiranja i razvoja moralnosti po obrascima modeliranja moralnog ponašanja tokom odrastanja po rođenju. Čoveku je svojstven kvalitet da se u životu može odreći realizacije ili kontrolisati realizaciju nagonskih potreba u svim nagonskim sferama (u sferi nutricionog nagona, nagona za življenjem, seksualnog i roditeljskog nagona). Nativno realizovanje nagona za življenjem bez prilagođavanja društvenim normama i ograničenjima dovelo bi do apsurd. Pojedinač bi u takvoj situaciji nezasito prisvajao enormnu količinu materijalnih dobara i životni prostor podredio samo sebi i svom komforu. Druge ljude bi uskratilo i ne bi im ostavio mogućnost za život.

Posebno je važno kontrolisano i pravilno ostvarivanje seksualnog nagona. Nativno realizovanje seksualne nagonske pulzije izaziva niz poremećaja: *seksualne perversije, seksualne inverzije* itd.

Rađajući se i odrastajući u zajednici – porodici, čovek od samog svog nastanka *trpi* ograničenja i zabrane u domenu realizacije svojih nagonskih potreba. Kontrolisan nagonski život individue je bitan preduslov poželjnog moralnog ponašanja, odnosno preduslov razvoja i suština njegove moralnosti.

Gregarni motiv se definiše kao nagon – potreba da se živi u zajednici udružen sa drugima. Adaptacija pojedinca u zajednici ostvaruje se primarno preko usvojenih i ugrađenih socio-motiva od kojih poseban značaj imaju gregarni – socio-motivi.

Afilijacija ili društvenost je potreba čoveka i po kvalitetu je slična nagonskoj, te se zato govori o društvenim nagonima, jer istorijski gledano čovek ne može da živi van zajednice.

Gregarni nagon – društveni nagon u dejstvu na čoveka i proizvedenim posledicama daje moral, odnosno njegovu suštinu. Ovo je suštinsko objašnjenje i poimanje pojmova i morala i moralnosti. Gregarni nagon tera čoveka da se žrtvuje za druge – *altruizam*.

Altruizam po intenzitetu nagonse pulzije je u današnjeg čoveka vrlo snažan, jer on shvata da svoje zadovoljstvo, životnu uspešnost i sreću dopunjuje, ako ne i ostvaruje, požrtvovanošću ka drugim ljudima u zajednici.

Socijalni motivi se kod savremenog čoveka profilisu u: *motivu za radom, motivu za saznanjem, motivu za samopotvrđivanjem i motivu za društvenim položajem*. Ovi motivi su po suštini i redosledu nastanka prava nadogradnja socijalnog primarnog gregarnog motiva.

Zadovoljenje i ostvarenje gregarnih motiva doprinosi razvoju ljudske civilizacije. Gregarni motivi kao preduslov za formiranje i razvoj moralnosti su bitni i važni.

Osećanje dužnosti kao preduslov razvoja moralnosti

Osećanje dužnosti se razvija iz *socio-nagonse sfere* čoveka, tj. iz nagona društvenosti.

Istorijski, čovek je živeći u zajednici još od perioda gensa, podređivao svoj monizam zajedništvu. Modifikujući zajednicu, usavršavao ju je sve do savremene, u kojoj su jasno podeljene pojedinačne uloge. Individua se potpuno i željeno ostvaruje u zajednici počevši od ličnog profesionalnog i radnog afirmisanja do afirmisanja u bitnijim ljudskim sferama kao što su zadovoljstvo i ostvarenje sreće. Čovekovo ostvarenje kroz postizanje uspešnosti, sigurnosti i zadovoljstva u današnjem vremenu moguće je samo kroz njegovu svesnost o intenzivnom osećanju dužnosti prema svojoj sociozajednici i prema sebi lično.

Osećanje dužnosti je preduslov moralnosti i razvojno je začeto još u ljudskoj preistoriji.

Osnovano se može pretpostaviti da je na samom početku čovekovog življenja u zajednici – gensu, čovek razvio osećanje dužnosti da bi opstao. Osećanje dužnosti je kroz stotine milenijuma i hiljade ljudskih generacija uslovalo specijalizaciju pojedinaca, a potom i grupa koje bi se posebno bavile određenom profesijom, počevši od prvih specijalizovanosti za lov, ribolov, zemljoradnju, stočarstvo, zanatstvo, do današnjih profesija: umetnik, političar, naučnik itd. Bitno je da je napravljena jasna podela zanimanja u zajednici i da su se izdiferencirali zahtevi ka pojedincu i postavili limiti njegovog profesionalnog ostvarenja prema drugima. Osećanje dužnosti s aspekta odnosa zajednica – pojedinac menja se u vremenu.

Zajednica od pojedinca kao profesionalno specijalizovanog čoveka očekuje i nešto više od striktnog vršenja profesije. Na primer, od lekara se pored preciznog i poželjno dobrog dijagnostičkog i terapijskog rada, očekuje i adekvatna moralnost.

POREMEĆAJI MORALNOSTI

Poremećaje moralnosti treba tražiti u onim delovima ove psihičke funkcije koji u svom razvoju mogu pretrpeti nedoslednosti i kasnije se prepoznati kao neadekvatna ponašanja u zajednici. Razvojno moralnost može biti poremećena u delu moralnog rasuđivanja i delu moralnog ponašanja.

A. Poremećaji moralnog rasuđivanja

Poremećaji moralnog rasuđivanja su *nezrele pravne, asocijalne i misaone moralne odluke i stavovi*. Poremećaji moralnog rasuđivanja mogu se prepoznati kao poremećaji forme ili sadržaja moralnog rasuđivanja.

Poremećaji moralnog rasuđivanja po formi su u suštini nezrelo moralno rasuđivanje i/ili bezosećajno moralno rasuđivanje.

1. Nezrelo moralno rasuđivanje se kao poremećaj moralnog rasuđivanja pojavljuje kod onih individua u kojih u ukupnoj moralnosti dominiraju nedovoljno zreli moralni motivi. Takve osobe se uvek odlučuju za hedonističko – egocentrične, iracionalno – intuitivne, ili socijalno – adaptivne odluke u svim situacijama ambivalentnog ponašanja prema moralnim normama koje je prihvatilo društvo projektujući tako u suštini svoju nedovoljno zrelu moralnost.

a) *Egoistično-hedonistička orijentacija* u moralnom rasuđivanju je poremećaj forme moralnog rasuđivanja. Čovek sa ovom vrstom rasuđivanja uvek daje prednost sopstvenim, egoističnim potrebama. Orijentisan je samo na sebe odnosno na ličnu dobit, egocentričan je i egoističan. Njegova orijentacija i motivacija su u svakom interpersonalnom odnosu sa drugima prepoznatljivo usmerene ka ostvarenju lične koristi, hedonističkih i utilitarnih potreba. Ovakav oblik rasuđivanja imaju deca, histerične osobe, a posebno antisocijalne i narcističke ličnosti.

b) *Iracionalno-intuitivno donošenje odluke* je oblik nezrelog moralnog rasuđivanja. Bazira se na shvatanju da se moralni principi jednostavno znaju trenutno, direktno, intuitivno, bez interventnog procesa između znanja i usvojenih moralnih principa o toj situaciji. Karakteristično je za bolesnike u psihijatrijskoj nozologiji (za shizofrene, zatim za epileptičare i bolesnike sa poremećenom strukturom ličnosti – *moral insanity*).

c) *Socijalno adaptirana orijentacija* u moralnom rasuđivanju je forma nezrelog moralnog rasuđivanja usmerena socijalnim normama. Ona predstavlja suštinsku privrženost redu i poretku. Ove osobe imaju strah od kazne, odnosno poštuju i sa strahom uvažavaju socijalne autoritete. Individue sa nezrelim moralnim rasuđivanjem socio – adaptirane orijentacije su tokom razvoja moralnosti, moralne norme ugradile heteronomno plašeći se autoriteta, a ne autonomno – po izboru svoje ličnosti iznutra. Ovaj oblik poremećaja moralnog ponašanja je u stvari prelazan oblik moralnog rasuđivanja ka poželjnom zrelom rasuđivanju.

Ovakav stav ličnosti izražen je u detinjstvu i adolescenciji i u opsesivnih neurotičara, jer oni usmeravaju svoje ponašanje isključivo ka zahtevima i pritiscima spoljne sredine.

2. Bezosećajno moralno rasuđivanje imaju osobe kod kojih tokom razvoja moralnosti nije razvijena adekvatna skala emocija kao preduslov razvoja moralnosti. Znači nisu u kvalitetnoj meri razvili *altruizam, empatiju, praštanje, saosećanje i osećanje krivice*, odnosno *grižu savesti*. Naročito je potrebno da se razvije osećanje griže savesti, čiji su sastavni delovi *stid, gnev na samog sebe, strah i strepnja*.

Bezosećajno moralno rasuđivanje je vidljivo tokom detinjstva i adolescencije. U odraslih javlja se u sindromu shizofrenije i u *antisocijalnim* oblicima poremećaja ličnosti.

Poseban tip poremećaja moralnosti po formi je *antisocijalna ličnost*. Dijagnostikuje se kao moralna idiotija, moralno slepilo – *moral insanity*. Te ličnosti nemaju razvijeno osećanje krivice, odnosno moralna osećanja i nisu sposobne da se uklape u socio – grupu zajednice i prihvate poželjan organizovan način življenja u toj grupi. Te osobe ne prihvataju socijalne norme, čak ih ignorišu, kako bi ostvarile svoj emocionalno – nagoni komfor. Ova pojava karakteriše veliki broj recidivantnih prestupnika.

Poremećaji sadržaja moralnog rasuđivanja su poremećaji vrednosnih sistema u okviru moralnosti.

Osobe sa poremećajem sadržaja moralnog rasuđivanja zapostavljaju pozitivne moralne principe, kao što su *tolerancija, razumevanje za potrebe drugog, pravednost, pravda, jednakost, jednakopravnost itd.* Ove osobe se opredeljuju za negativne vrednosti, kao što su *egoizam, egocentrizam, negiranje društvenih potreba, koristoljubivost, laž, prevara*, a sve u službi ostvarenja lične koristi i ličnog komfora.

B. Poremećaji moralnog ponašanja – delanja

Poremećaji moralnog ponašanja su moralno neprihvatljive radnje proistekle iz poremećaja forme ili sadržaja moralnog rasuđivanja kao **negativna moralnost**.

Osobe sa poremećajem moralnog ponašanja čine:

- *dela protiv imovine drugih osoba – krađe;*
- *dela protiv tela i života fizičkih lica – tuče i ubistva;*
- *dela protiv društvene imovine – pljačke, falsifikati i prevare;*
- *posebna amoralna dela kao što su kockanje, prostitucija, silovanje.*

Poremećaj moralnog ponašanja nastaje kod ljudi čiji je razvoj moralnosti ostao nezreo ili je pogrešan *Super ego*. Insuficijentna je i griža savesti u takvih osoba. Socio-motivi su im manje razvijeni, po pravilu je izraženija narcisoidnost, egocentričnost i koristoljubivost.

Karakter neuroza je raniji naziv za poremećaje ličnosti u delu moralnog ponašanja. Definiše se kao antisocijalno ponašanje sa izrazitim poremećajem etičkog dela ličnosti.

Poglavlje II

LIČNOST I TEORIJE LIČNOSTI

POSEBNOSTI ČOVEKA SAVREMENE CIVILIZACIJE

Dvadeseti vek je bio finalizacija svih dodanašnjih ljudskih dostignuća.

Savremena civilizacija je zapravo vreme tzv. *treće tehnološke revolucije*. Karakterišu je izuzetna naučno-tehnička dostignuća koja su čoveku donela veoma krupne promene na polju kvaliteta života, ali nažalost i nemale negativne posledice.

Čovek ili umnost ljudska je kosmički fenomen. Nemoguće je definisati ovaj fenomen kao pojavnost. Čovek je fenomen veoma širok po obimu i neverovatno bogat po sadržaju.

Od pojave razumskog, umnog bića, bolje rečeno od pojave funkcionalnog odraza ljudskog mozga koji zovemo *saznajno*, čovek je pokušavao odgonetnuti sebe ka sebi, sebe ka drugim ljudima i sebe ka bliskom i najudaljenijem okruženju. Poznato je da su filozofi antičkog doba raspravljali o fenomenu čoveka.

Pojava antropologije kao nauke proistekle iz filozofskih nauka donela je optimizam i nadu da će se odgonetnuti fenomen *čovek*. Međutim, na početku trećeg milenijuma sva naučna antropološka sagledavanja ne zadovoljavaju objašnjenje čoveka po suštini ni u istorijskoj dimenziji, ni u sadašnjoj pojavnoj formi, a čini se još manje u futurističkoj anticipaciji. Holistički pokušaj razumevanja fenomena čovek bio bi najpribližniji. Holistički definisano, čovek trajno u vremenu promenljivo ostvaruje i plasira svoju posebnost kroz sposobnost da istovremeno transformiše i menja prirodnu stvarnost u okruženju i svoju sopstvenost. **Čovek opredmećuje sopstvenu moć nad okruženjem i samim sobom, stičući tako atribute bića prakse.**

Utemeljeno na savremenim naučnim stavovima neophodno je savremenog čoveka u nedomašivoj i nedorecivoj suštini pokušati razumeti kroz lepezu sledećih odrednica.

1. *Čovek je organsko biće, odnosno biološko materijalno biće* – živi organizam koji permanentno dok traje izmenjuje materiju sa svojom okolinom.
2. Utemeljen na osnovama najdiferenciranije žive materije – *ljudskom mozgu*, čovek je *jedinstveno somatopsihičko biće*, jer je jedini na planeti razvio psihički život i razumsku svest.
3. *Čovek živi u zajednici. Komunikaciju sa drugim osobama ostvaruje pomoću govora tj. jezika* i tako stiče atribut društvenog bića.

4. *Čovek se rađa sam, živi sam i umire sam.* Ovakav stav proističe iz aksiomatske činjenice da je *čovek individualno i neponovljivo biće u svakom pojedinačnom obliku.* Živeći u zajednici čovek naizgled poprima sličnost sa drugim pojedincima ali do poslednjeg trenutka svog trajanja zadržava osobine jedinstvene i neponovljive jedinice datog imena.
5. *Čovek je biće univerzuma i neograničeno biće sa aspekta pripadnosti ljudskom rodu.* Kao neponovljiva jedinka, čovek je biće konačno, smrtno i ograničeno.
6. Čovek je i posebnost među živim bićima, biće potreba i ambicija, što podstiče težnju ka individualnoj afirmaciji potreba kroz pronalazke. Pojednostavljeno, čoveku su potrebni vazduh i priroda, potrebna mu je i pomoć drugih ljudi iz okruženja, potrebno mu je voljeno biće, potreban mu je partner za život udvoje i ostvarenje nežnosti prvog reda.
7. *Čovek je uprkos slobodi izbora potreba i opredeljenja samoostvarenja, u suštini zavisno biće.* Čovek mora da spozna ova tri kruga egzistencije: a) *krug nagonско-emocionalne prirode, gde se pojedinac ostvaruje samo u prisustvu voljene osobe drugog pola;* b) *krug porodično-prijateljskih odnosa i komunikacija, gde se pojedinac oslanja na snagu emocionalne uzajamne naklonosti u tom krugu;* i c) *krug egzistencije u kontekstu ukupne prirode i društveno radne sredine.*
8. *Čovek je svesno i stvaralačko biće koje radi.*
9. *Čovek je promenljivo (kroz vreme) razvojno biće, dakle dinamičko biće.* Ma koliko da mu je kratak život u beskrajnom protoku vremena, čovek trpi permanentne ne samo biološke promene i transformacije.
10. *Čovek je biće bezgraničnog ostvarenja, jer nastoji da shvati sva zbivanja ne samo u bližem okruženju nego i u kosmosu.* Za razliku od drugih životinja koje koriste blagodeti prirode, čovek prirodu transformiše i modelira prema stalno promenljivim i novim ličnim zahtevima pomoću stvorenih novih oruđa i novih proizvoda. Čovek osvajanjem kosmosa samo potvrđuje sebe kao biće univerzuma.
11. *Homo duplex je prihvatljiva i opravdana definicija savremenog čoveka,* jer on živi i postojava u dve predstave o sebi i dvostrukosti u sebi. Jedno je čovek u privatnom životu a drugo u javnoj komunikaciji, što je neophodnost da bi se savremeni čovek ostvario.
12. *Svakako da je čovek i dualitet fizičke i psihičke osobitosti pomirene u jedinstvu psihofizičkog neponovljivog identiteta.* Njegaš kaže da je čovek čoveku "**ponajveća tajna**".
13. *Smisao življenja čoveka zasniva se na stalnom razvijanju, usavršavanju i plasiranju njegovih sposobnosti. U stalnom razrešavanju životnih protivrečnosti, usavršavanju stvaralačkih sposobnosti, planiranju i odabiranju ciljeva.*
14. *Čovek je ovozemaljsko živo biće koje svoju egzistenciju ostvaruje praktičnim osvajanjem sveta, pri čemu se odnos između čovekove esencije i egzistencije određuje praksom – protokom vremena i života.*

Fenomen čovek nije moguće definisati, ali je moguće shvatiti suštinu, čoveka kao fenomena sadašnjosti, a svakom pojedincu, pa i lekaru i studentu medicine, ostaje privilegija i obaveza da individualno definiše čoveka, odnosno sebe.

Dva kvaliteta – **sloboda** i **humanizam** su nedorazumene i vrednosno neupotpunjene posebnosti i nezaobilazni su kvalifikativi posebnosti čoveka na početku XXI veka.

LIČNOST – ČOVEKOVA SUŠTINA

"Budi ono što jesi ako želiš da budeš srećan."

Aristotel

Zrelost psihičkog života znači ostvarenu definitivnu strukturu mentalne ukupnosti čoveka, što podrazumeva ličnost sa individualnim posebnostima i neponovljivostima.

Doba psihičke zrelosti čoveka očekuje se da korelira sa dobom biološke zrelosti. Međutim, u savremenoj civilizaciji ta odstupanja su česta, odnosno uočljiva je diskrapanca kašnjenja mentalne zrelosti za biološkom.

Mentalna zrelost sa aspekta psihijatrije nije statičan period u životu bilo koje osobe. Naprotiv, i doba mentalne zrelosti je period stalnih dinamičkih prilagođavanja, adaptacija i izmena diktiranih i uslovljenih uglavnom događanjima u socio-sredini.

Današnja civilizacija opredelila je dve nauke čija je osnova naučnog postojanja i bavljenja struktura čovekove ličnosti. To su *psihologija* i *psihijatrija*. Psihijatrija – grana današnje naučne medicine jeste naučna disciplina predodređena da možda u budućnosti, kroz jednu deceniju, ili jedan vek, odgovori na pitanje šta je čovek. *Danas i psihologija i psihijatrija poznaju i koriste brojne teorije o ličnosti čoveka, o strukturi te ličnosti, o crtama, temperamentu i karakteru čoveka.* Postojanje brojnih aktuelnih teorija o čovekovoj ličnosti dokaz su nepotpunog odgovora na pitanje šta je suština čoveka. Ipak lekari, posebno psihijatri, koristeći stavove pojedinih teoretičara pravilnije i potpunije razumeju čoveka – pacijenta.

Čovek, sinonim – **čovekova ličnost**, nije onakav kakav sam sebi izgleda nikada i nikada onakav kakvim ga drugi vide.

Kvaliteti psihičke zrelosti definisani kao crte ličnosti su veoma brojni i raznovrsni, ipak pojednostavljeni mogu se razvrstati na:

1. **crte karaktera** (*moralnost, vrednosni sistem jedinke*);
2. **crte temperamenta** (*način emocionalnog reagovanja*);
3. **način adaptacije**;
4. **posedovanje posebnih sposobnosti i interesovanja**;
5. **karakteristične navike**;
6. **tipične motive i potrebe kao bitnu pokretačku snagu individue**;
7. **stavove** (*tendencija da se pozitivno ili negativno reaguje na neku osobu, situaciju, predmet ili instituciju*);
8. **karakterističan način zadovoljenja potreba pojedinca**;
9. **predrasude** (*intenzivni neosnovani stavovi koji se teško menjaju*), *itd.*

Ličnost je jedinstvena organizacija osobina koja se formira uzajamnim delovanjem organizma i socijalne sredine i koja određuje za pojedinca karakterističan način ponašanja.

Za studente je značajno da usvoje navedene stavove o ličnosti i razumeju naizgled sinonime za termin ličnost – **karakter** i **temperament**.

KVALITETI LIČNOSTI temperament i karakter

Pradavno, sigurno sa prvim apstraktnim poimanjem sebe i pojava u svom okruženju i apstraktnim poimanjem drugih ljudi u zajednici, čovek je morao na temelju sposobnosti apstraktnog mišljenja zaključiti da je poseban i različit u odnosu na sve druge i da je svaki među drugima poseban i različit. Te posebnosti i različitosti intrigirale su razumsko u čoveku kroz istoriju do danas. Potreba čoveka da upozna sopstvenu ličnost je stara koliko i samo apstraktno ljudsko mišljenje. **Pokazala se neverovatno složenom tako jednostavna namera, upoznati sopstvenu ličnost, sopstveni temperament, sopstvene motive ponašanja i na tim znanjima graditi lične vrline, korigovati lične mane i oformiti sebe kvalitetnim, prihvatljivim i priznatim od drugih.**

Današnja civilizacija opredelila je dve nauke čija je suština bavljenje strukturom čovekove ličnosti. To su *psihologija i psihijatrija*. *Danas i psihologija i psihijatrija usaglašeno definišu karakter i temperament čovekove ličnosti.*

Temperament

Temperament podrazumeva karakteristične osobine koje se odnose na način emocionalnog reagovanja i na emocionalno stanje individue, a izražava se psihomotorikom. Temperament neke osobe *predstavlja brzinu, snagu i trajanje reakcije u datoj situaciji, kao i energiju koja se pri tome angažuje*. Zanimljivo je da se na karakter gleda kao na osobine koje su determinisane nasleđem ili konstitucijom, odnosno biološkom datošću.

Temperamentom kao kvalifikativom ili najbližim odrazom mentalne ukupnosti čoveka bavili su se i Hipokrat i Galen, Krečmer i Šeldon, a danas istraživači i naučnici u oblasti psihijatrije. Svi dodanašnji pokušaji podele ljudi na tri ili više grupa na osnovu predominantnih osobina vezanih za temperament su samo u funkciji lakšeg razumevanja ljudskog psihičkog.

Termin **temperament** odnosi se na *oblike i način emocionalnog reagovanja individue*. Još je Hipokrat učio da se ljudi razlikuju međusobno po jačini, brzini i trajanju reakcije na datu situaciju u interpersonalnom odnosu ili konfliktu. Pokušao je da te reakcije kategorizuje i grupisao je sve pojedince u četiri grupe **kolerični temperament, flegmatični temperament, sangvinički temperament i melanholički temperament**.

Gilford u svojoj faktorskoj analizi temperamenta sve karakteristike temperamenta ličnosti sistematizuje u tri grupe sa po pet faktora antipodnih označenja:

1. *Kognitivni faktori temperamenta se odnose na ponašanje i aktivnosti uopšte, čine ih parovi:*
samopouzdanje – nesigurnost;
impulsivnost – promišljenost;
uzdržljivost – neobuzdanost;
živost – tromost;
objektivnost – preosetljivost.

2. *Emocionalni faktori temperamenta su:*

uravnoteženost – egocentričnost;

emocionalna zrelost – emocionalna nezrelost;

trajanje raspoloženja – naglo menjanje raspoloženja;

vedrina – potištenost;

hladnokrvnost – nervoznost.

3. *Socio-nadgrađeni faktori temperamenta su sledeći:*

sigurnost – plašljivost;

tolerantnost – kritizerstvo;

samostalnost – oslanjanje na druge;

prijateljski odnos prema drugima – neprijateljski odnos prema drugima;

socijalna inicijativa – pasivnost.

Karakter

Karakter se često koristi kao sinonim za ličnost. Međutim, ovaj pojam ne treba poistovećivati sa pojmom ličnost. **Ličnost je širi pojam od pojma karakter** jer obuhvata sve mentalne osobine pojedinca. **Karakter je uži pojam od pojma ličnost** jer podrazumeva pojedine aspekte ličnosti koji se kvalifikuju etičkim i moralnim kriterijumima, a ispoljavaju u socijalnim interakcijama ("slab ili loš" karakter, "dobar ili čvrst" karakter itd.).

Karakter reprezentuje relativno stabilnu i predvidivu organizaciju i integraciju niza motiva, stavova, vrednosti, odbrambenih mehanizama i načina reagovanja u datoj socijalnoj situaciji. Karakter se formira i stiče procesom učenja u socijalnoj i supkulturnoj sredini.

Postoji, ipak, opšta saglasnost da se *termin karakter ličnosti odnosi na voljne i moralne karakteristike ličnosti*. Karakter je sposobnost upravljanja voljom (upornost, doslednost, energičnost, odnosno sposobnost upravljanja etičkim principima (savesnost, vrednosni sistem: poštenje, čovekoljublje, težnja istinitosti i dr.).

Motivi. Dosadašnja znanja o karakteristikama ličnosti i njenoj psihologiji pokazuju da svaki čovek poseduje osnovne činioce strukture ličnosti na kojoj se i zasniva sistemska organizacija ukupne ličnosti. *Suština i srž strukture ličnosti su u motivima čoveka i potrebama, dakle čovekova osnovna emocionalna dispozicija, njegova glavna ubeđenja, stavovi i vrednosti, a naročito poseban način dinamičke povezanosti ovih faktora.*

LIČNOST U SVETLU UČENJA NORMATIVNE ETIKE

Holistički pokušaj definisanja fenomena čovek ima danas najveće uporište i najveća očekivanja u psihološkim i psihijatrijskim učenjima o ličnosti.

Sveukupna znanja psihijatrije i psihologije o razumevanju ličnosti čoveka sintetisana su u stavu da čovek uvek funkcioniše u svom *totalitetu*. Totalitet podrazumeva integralno dinamičko funkcionisanje ličnosti u interakciji nasleđenih dispozicija (mozak sa svojom mentalnom funkcionalnošću), individualni razvoj ličnosti od detinjstva do zrelosti, specifičan za svaku individuu, kao i uticaj svakodnevnog življenja, odnosno uticaj zajednice. Nesporna je nedeljivost trojstva – biološko, psihološko i socijalno.

Praktična etika, ili normativna etika, ili etika u praksi, obrazlaže norme poželjnog, ispravnog, pravilnog, jednom rečju dobrog postupanja u svakodnevnom životu. Normativna etička usvojenja u stavovima svakog pojedinca usmeravaju njegovu ličnost u pravcu postizanja vrhunskog dobra u postupanju ka sebi, ka drugima i ka prirodi. Usvojeni normativno-etički stavovi ili moralna praksa specifični su za svako profesionalno ponašanje u delatnom životu. Teoretičari ličnosti govore i kodifikuju posebno etičko-deontološka ponašanja, te se govori, recimo, o lekarskoj etici, o etici pravnika, novinara, vojnih lica, političara itd.

Kodirana očekivanja u ponašanju ljudi u svakodnevnom životu podrazumevaju samooценu i ocenu od drugih, da li je neki postupak dobar ili rđav, odnosno moralan. Kriterijumi su postavljeni u svakoj zajednici i promenljivi kroz generacije, ali i promenjivi tokom života pojedinca. Kriterijumi funkcionišu u obliku normi ili pravila i predstavljaju modele ponašanja koje nije dopustivo kršiti.

Poželjna ličnost u svetlu normativnog etičkog kodeksa treba da u svakodnevnom životu teži moralnom, dobrom i humanom postupanju. Ovo svakako nije moguće ostvariti uvek i trajno jer nije moguće postaviti realne merne parametre zato što su uvek subjektivni. Subjektivni su i kao stavovi samog pojedinca u kontroli njegovog postupanja, ali su subjektivni i u oceni zajednice i zavisni od datih trenutnih potreba.

Termin ličnost nije moguće sveobuhvatno definisati. Na primer, u engleskom jeziku ima 18.000 reči koje označavaju neke od osobina ličnosti.

POŽELJNE POZITIVNE OSOBINE LIČNOSTI

"Čini drugom što je tebi drago da ti se učini."
Srpska narodna izreka

Definišući ličnost u psihologiji kao i u psihijatriji, pa i u antropologiji, misli se na dobre i poželjne kvalitete ponašanja. Filozofi još antičkog doba su se bavili ljudskim vrlinama, a i današnja nauka ima bar iste terminološke stavove.

Vrline kao poželjne pozitivne osobine ličnosti su:

- 1. Humanost** (čovekoljublje, milosrđe) je vrлина koja podrazumeva razvijanje čovečnosti, insistiranje na poverenju među ljudima, veru u ljude i milosrđe. Humanost je stalna potreba i spremnost da se pruži pomoć drugom i uvek vodi računa o dobru i dobrom osećanju drugih.
- 2. Pravednost** (pravičnost) je vrлина zalaganja za opštu jednakost svih ljudi, a najbitnije moralnu, socijalnu i ekonomsku. Da bi se ovladalo vrlinom pravednosti neophodno je zauzimati stav i donositi svoje mišljenje bez emocionalne investicije u odnosu na drugog.
- 3. Tolerancija** je vrлина koja počiva na sposobnosti da se u svakoj situaciji uvaži stav i mišljenje drugog. Ljudska sloboda podrazumeva pravo na svoje mišljenje i ponašanje bilo ono i neobično za druge, jedini limit je neprekoračenje granice pristojnosti, odnosno granice moralne prakse.
- 4. Samokritičnost** je vrлина koja podrazumeva pravilno poznavanje sopstvenih mana a ne samo vrлина svakog trenutka i biti dosledan. Samokritičnost prema sebi podrazumeva ličnu sposobnost korigovanja sopstvenog ponašanja i shvatanja u svakom momentu.
- 5. Poštovanje potreba drugih** je vrлина a odnosi se na uvažavanje posebnih stanja i raspoloženja drugih osoba. Recimo, poštovanje potreba drugih podrazumeva da obuzdamo ličnu znatiželju i ne insistiramo da nam se nešto saopšti ukoliko taj drugi nema nameru ili potrebu da to učini.
- 6. Altruizam** je poželjna vrлина ličnosti a nastaje iz nadgrađenih socio motiva tokom razvoja ličnosti. Podrazumeva nesebičnu spremnost da se u svakoj situaciji pomogne drugom bez očekivanja reciprociteta a posebno ne koristi.

Brojne su još vrline, odnosno poželjne pozitivne osobine ličnosti poznate u našem supkulturnom miljeu. Najčešći nazivi poželjnih vrлина ličnosti su: *ljubaznost, dostojanstvo, plemenitost (velikodušnost), samopožrtvovanje, smernost, darežljivost, radinost, druželjubivost, solidarnost, kolektivnost, disciplinovanost, odgovornost, samoinicijativnost, hrabrost, skromnost, poštenje, vernost, uzdržljivost (samosavlađivanje), iskrenost, izdržljivost, istinoljubivost, uzvišenost, doslednost, trpeljivost, psihološko – moralna zrelost.*

NEPOŽELJNE NEGATIVNE OSOBINE LIČNOSTI

"Jedna greška večna muka."
Srpska narodna izreka

Nijedan čovek u strukturi svoje ličnosti nije bez mana. Nije moguć idealan razvoj i formiranje zrele ličnosti a da ta ličnost nema i nepoželjne, negativne ili moralno neprihvatljive stavove i ponašanja. Psihijatrijsko objašnjenje bi bilo da je biološka fundamentalnost starija od formiranja i sazrevanja ličnosti, a u temelju svake strukture je narcizam – samoljubivost. Fundamentalni narcizam ima energetske snagu nagonskog, te je neophodna stalna samosvesna kontrola poriva i sebičnosti.

Najčešće a nepoželjne, moralno neprihvatljive negativne osobine ličnosti su:

- 1. Egoizam** je negativna i nepoželjna osobina u strukturi ličnosti a podrazumeva egoističnu težnju ostvarenja vlastite dobiti i vlastitog dobra. Egoizam je izraženiji u one individue gde su rudimentarnije razvijeni socijalni nagoni.
- 2. Sujeta** je nepoželjna i negativna osobina koju odlikuje stalno nastojanje individue da ostvari priznanje i pohvalu od zajednice. Sujetu generiše podcrtani narcizam, odnosno samoljublje – potreba lične spoznaje o sopstvenoj uspešnosti i pristrasno autovrednovanje mereno o druge ljude.
- 3. Zavist** je negativan i nepoželjan kvalitet ličnosti – nekvalitetna emocija prema svakom onom ko ostvari uspeh pa makar njegova uspešnost nemala nikakvu dodirnost ili značaj za tu individuu. Zavist je usmerena najčešće ka licima iz bližeg okruženja koja imaju slične ili identične društvene pozicije.
- 4. Ljubomora** je negativan a veoma složen kvalitet emocionalnog gde samoljubivost daleko nadmašuje ljubav prema drugoj individui, recimo partneru. Psihopatološki ljubomora je moralna mana izrasla iz nerealizovanosti i inferiornosti Ega.
- 5. Mržnja** je najnegativnija i najnepoželjnija emocija sa aspekta psihijatrije. Ova negativna emocija se generiše iz nezadovoljstva, neostvarene ambicioznosti i osećanja nerealizovanosti ličnosti koja mrzi.

Naš supkulturni milje obiluje terminima koji imenuju nepoželjne, negativne osobine ličnosti kao što su: *tvrdičluk (srebrnoljublje), taština, tvrdoglavost, koristoljublje, verolomstvo (izdajstvo), karijerizam, podlost, osvetoljubivost, ciničnost, ulizištvo (poltronstvo), malodušnost, dvoličnost (licemerstvo), parazitizam, lažljivost, demagogija, kleveta, inertnost (učmalost), malograđanština, primitivizam, bahatost, prostaštvo, oholost (uobraženost), nadevenost, zloba, pakost, pohlepa (lakomost), pohota, gnev, mrzovolja, bes, agresija* itd.

FUNKCIONISANJE ZRELE LIČNOSTI psihodinamsko objašnjenje

Psihodinamsko objašnjenje utemeljeno na Frojdovom učenju savremeno je najprihvatljivije u razumevanju funkcionisanja ličnosti. Ovo učenje objašnjava razvoj ljudskog psihičkog, dakle formiranje ličnosti.

Frojdovo učenje da se ličnost strukturiše kroz svoja tri dela: **Id, Ego i Super Ego** (*ONO, JA I NAD JA*) savremena psihijatrija i preuzima u stručnu upotrebu psihijatrijske prakse.

ID – ONO predstavlja nesvesni deo ličnosti ili psihe – duše. Čine ga vitalni motivi tj. nagoni većim delom a u manjoj meri i sadržaji potisnuti u podsvest tokom života.

EGO – JA – dete po rođenju ima samo Id (nasledene nagone) a tokom psihičkog razvoja u prvim godinama Id se transformiše u Ego. Ego – ja, ličnost se formira pod uticajem društvene sredine, primarno porodice – roditelja a potom bliže i šire zajednice. Razvojni potencijal Ega dolazi iz Ida. Ego predstavlja naše svesno Ja. Postoji i pre-svesno i nesvesno Ja.

SUPER EGO – NAD JA razvija se uporedo sa Egom dakle u ranom detinjstvu kao instanca identifikacije deteta sa moralnim stavovima i zabranama roditelja ili osoba koje roditelje zamenjuju. Psihijatrija kao savremena nauka razlikuje nesvesni deo Super Ega i označava ga terminom "dečja savest" ili "infantilna savest". Za svesni deo Super Ega koristi se termin "zrela savest".

Najviša psihička funkcija – naša svest predstavlja svesno Ja ili Ego. Zadatak svesnog Ja je da obezbedi socijalnu adaptaciju ličnosti što nije lako jer se trpi značajan ometajući pritisak pravih energentskih sila – Ida (nagona), infantilne savesti (nesvesni deo Super Ega) i realiteta. Id – nagoni zahtevaju potpuno zadovoljenje ad hok i odmah bez obzira na pravila ponašanja i ne obazirući se na moralne stavove i obasce Super Ega. Infantilna savest kao nesvesni deo Super Ega zahteva da se ličnost ponaša po normama ugrađenim i prihvaćenim tokom ranog razvoja ličnosti u detinjstvu. Realitet ili zrela savest, deo Super Ega ne dopušta ponašanja ličnosti koja nisu u skladu sa prihvaćenim normama bilo da su to pisana ili nepisana pravila.

Istorijski razmatrano termin "savesť" odnosno savremeni pojam Super Ego je poznat iz davnog antičkog doba. Homer peva o stidu pred sopstvenom osudom i osudom drugih. Psihoanalitički još Frojd raspravlja o oblicima savesti u prvobitnoj primitivnoj zajednici videći je u zabrani ubijanja životinja totema, ili zabrane ženidbe unutar gensa.

Instanca ličnosti kroz Super Ego može se shvatiti u dva dela:

- a) Ego stanje – kritički roditelj (otac);
- b) Ego stanje – nagrađujući roditelj (majka).

Super Ego zrele ličnosti (prihvaćeni moralni stavovi i moralna praksa) je personifikacija roditelja.

TEORIJE LIČNOSTI

biologističke, humanističke i socijalne

Danas prihvaćene i važeće teorije o ličnosti uglavnom se bave izučavanjem razvoja čovekove ličnosti, a biće sigurno aktuelne i u nastalom XXI veku. Sve teorije o ličnosti mogu se podeliti u tri grupe: *biologističke, personalističke i socijalne teorije ličnosti.*

Biologističke teorije ličnosti naglašavaju ulogu nasleđa i bioloških dispozicija. Ove teorije posebno mesto daju objašnjenju nagonskim potrebama čoveka, te se ova grupa teorija naziva i instiktivističke teorije ličnosti. Ova grupa teorija ličnosti temelji se na Frojdovom konceptu razvoja ličnosti čoveka (Id, Ego i Super Ego), psiho-socijalnom i psiho-seksualnom razvoju ličnosti po fazama, teoriji nesvesne motivacije i na princip zadovoljstva – eros itd.

Personalističke (humanističke) teorije ličnosti naglašavaju individualni, specifičan razvoj svake ličnosti i posebnost ličnosti. Personalističko teoretsko objašnjenje ličnosti čoveka zastupa Olportova teorija.

Socijalne teorije ličnosti u prvi plan ističu značaj sredine i socijalnih faktora u razvoju strukture ličnosti čoveka. Ova grupa teorija značajno mesto u objašnjenju koncepta daje interpersonalnim odnosima. *Teoretičari nosioci učenja svrstanih u ovu grupu teorija ličnosti su From, Saliven, Adler i dr.*

Frojdova teorija ličnosti

Sigmund Frojd (1856–1939) čitav svoj dugi i plodni život posvetio je jednostavnom i uzvišenom pitanju šta je čovek. Izučavao je nervni sistem, zatim duševne bolesti, poeziju, mitove i na kraju društvene i kulturne institucije. Frojd je uveo psihoanalizu, bio je duhovno neuništiv, bio je čovek koji se nije plašio onog što je zabranjeno u utvrđenom konvencionalnom stavu civilizacije i sveta. Frojd spada u malu grupu ljudi koji su svojim epohalnim otkrićima i učenjima zadužili ljudski rod. Istinita je a ne samo duhovita opaska da su tri najveća čovekova razočaranja sledeća:

prvo – otkriće Galileja i Đordana Bruna da Zemlja nije centar sveta,

drugo – kada je Darwin dokazao čoveku da mu poreklo nije božansko nego od primata, i

treće – Frojdovo otkriće da je čovekova podsvest dominantnija od svesti.

Frojd je uvodeći psihoanalizu zasnovao psihoterapiju kao tehniku lečenja. Psihoanaliza je metoda za otkrivanje psihičkih sadržaja i procesa, i ona je sistem psiholoških saznanja.

Frojdova teorija ličnosti bazira se na podeli ličnosti u tri dela:

– **Ono** ili **Id** – nagonski, pretežno nesvesni deo naše ličnosti koji je prepun želja i prohteva iz motiva, često neprihvatljivih;

- **Ja** ili **Ego** – svesni deo ličnosti koji uspostavlja komunikaciju sa realitetom i sa sobom;
- **Nad Ja** ili **Super Ego** – naš unutrašnji kontrolor, naša savest, savest individue.

Teorija nesvesne psihike prema Frojdovom učenju je osnovni pokretački mehanizam delanja i htenja individue, pri čemu omaške u svakodnevnom životu i snovi otkrivaju nesvesne sadržaje ličnosti.

Frojdova teorija psiho-seksualnog i psiho-socijalnog razvoja ličnosti od ranog detinjstva, kroz detinjstvo i tokom adolescencije, zasnovana je na ideji da je **"dete otac odraslog čoveka"**. Taj razvoj u Frojdovoj interpretaciji teče u pet faza: *oralna, analna, falusna, period latencije i genitalna faza*. Koncept **Erosa** kao zadovoljstva u najširem smislu poimanja – ne samo seksualnog kao što se to inače tumači posebna je dimenzija i vrednost u Frojdovom učenju i objašnjenju.

Frojdovo učenje u celini gledano je biologističko – zasnovano na teoriji nagona i motiva. Govoreći o dva antagonistička nagona: **Erosu** i **Tanatosu**, Frojd zalazi u prostore i zamke biologizma, odnosno dualizma i metafizike. Možda je ispravna zamerka Frojdovom ukupnom učenju da je isuviše veliki značaj posvetio formativnom uticaju detinjstva na strukturu ličnosti zrele individue. Psihoanalizi se može izreći zamerka u smislu prenatrženog panseksualizma u ukupnom teorijskom objašnjenju i pridavanje previše značaja infantilnoj seksualnosti. Isto tako prenatržio je ulogu podsvesti nad svesnim aktivnostima u čovekovom ponašanju. **Frojdovo epohalno učenje ovim načelnim zameranjem ne može se umančiti**. Psihoanalitičko Frojdovo učenje je pravi lek protiv alijenacije – otuđenja, jer eliminiše psiho-fizički dualizam, a potencira razumevanje čoveka na osnovama evolucionog antropološkog pristupa čovekovoj ličnosti i mentalnoj ukupnosti.

Jungova teorija ličnosti

Karl Gustav Jung (1875–1961), poreklom Švajcarac, jedan je od najpoznatijih svet-skih mislilaca uopšte. Svojim radovima i teorijama je obogatio ljudsku misao. Karl Jung je živeo relativno dugo i ceo život mu se odlikuje izvanredno širokim stvaralačkim opusom i po bogatstvu i po originalnosti njegovih teorija o čoveku. Moglo bi se danas s pravom reći da mu pripada prva stolica pored Frojdovog trona.

Jungova teorija o ličnosti čoveka izuzetno je složena i višeznačna, jer pored ega i individualno nesvesnog on uvodi i **pojam kolektivno nesvesno**, kao i stavove i funkcije ličnosti. Prema Jungu, kolektivno nesvesno je zbir latentnih tragova sećanja kao poruka iz čovekove prošlosti, odnosno iz bivših civilizacija. Jung smatra da strukturne komponente kolektivno nesvesnog čine arhetipovi, univerzalni oblici čovekovih ideja i misli. Označava ih kao **"trajan talog u psihi"**.

Introverzija i ekstroverzija su Jungovi najbitniji i najvažniji stavovi u teoretskim razmatranjima. Pod **ekstroverzijom** podrazumeva čovekovo orijentisanje ka spoljašnjem, takozvanom objektivnom svetu, dok **introverziju** objašnjava orijentisanjem individue ka subjektivnom svetu, odnosno svom unutrašnjem svetu.

Teorija ličnosti Karen Hornaj

Karen Hornaj (1885–1952) *bitno je zamerala Frojdu što je iz koncepta svoje teorije isključio moralni faktor ne pridajući mu važnost*. Bila je energično protiv instinktivističke orijentacije u objašnjenju nastanka mentalnih poremećaja, posebno neuroza. Hornaj je zastupala gledište prema kome razlike u civilizaciji nesumnjivo izazivaju razlike u strukturi ličnosti, ali i razlike u strukturi dogođenih psiho–patoloških ispoljavanja.

Karen Hornaj u svom delu *Neurotična ličnost našeg vremena* polazi od bazične aksioznosti koja se zasniva na osećanju bespomoćnosti deteta. Ona smatra da je dete nesigurno u odnosu sa roditeljima koji su jači i veći od njega, bespomoćno je u konfliktu i suočenju sa autoritetom roditelja, što kroz vreme formira u detetu neurotične potrebe sa težnjom pokušnog prilagođavanja i prevazilaženja osnovne teskobe – bazične anksioznosti deteta, odnosno čoveka tokom formiranja strukture ličnosti.

Hornajeva navodi univerzalne razvojne potrebne uslove strukture:

1. potrebu za naklonošću i odobravanjem,	6. potrebu za ugledom,
2. potrebu za nekim na koga će se osloniti,	7. potrebu za ličnim uspehom,
3. potrebu svođenja života u uže granice,	8. potrebu za savršenstvom i nepovredivošću,
4. potrebu za moći,	9. potrebu za samodovoljnošću,
5. potrebu za iskorišćavanjem drugih,	10. potrebu za ličnim uspehom

Ovo su bitne neurotičarske potrebe u odrastanju i struktuiranju ličnosti. Nabrojane potrebe mogu da se jave u svake individue, a mnoge od njih su poželjne za kvalitetnu i poželjnu strukturu ličnosti. *Sve nabrojane potrebe su "neurotičarske". Ukoliko zagospodare čovekom, odnosno, detetom tokom razvoja generiše neurozu.*

Olportova teorija ličnosti

Gordon Olport (1897–1967), rođen je u gradu Montezuma, Indijana. Olport je veliko ime u psihologiji i psihijatriji iako nije osnovao svoju školu. Njegovo učenje predstavlja zao-kružen filozofsko psihološki sistem, koji je u isto vreme *"eklektičan, kritičan i originalan"*.

Prema nalazima Olporta i Odberta, englesko jezičko područje ima oko 18.000 reči koje označavaju neke osobine ličnosti. Katel je pokušao da sve te termine svede na prihvatljiv broj od 171 reči. On je isključio sinonime i retke reči, a ostala grupisao u 35 glavnih *"grozdova crta"* i na kraju došao do 12 primarnih crta ličnosti nazvavši ih *"faktori."*

Uobičajena individualnost zauzima centralno mesto u Olportovom učenju kao polazna činjenica konstituisanja nauke o čoveku. Prema Olportu, *osobine imaju motivacioni karakter, one ne pokazuju samo način, relativnu doslednost u ponašanju, već podstiču ličnost na određenu aktivnost*. Olport polazi od činjenice da u čoveku postoji veoma mnogo motiva, ne samo–instinktivnih i urođenih, kao što su glad, žeđ i seksualnost, već i nadgrađenih tj. socio-motiva. Olport objašnjava da je moguće da čovek ono što na početku čini iz biološke potrebe

kasnije pretvori u individualnu, ličnu i samostalnu pokretačku snagu (recimo lovac krene da lovi iz potrebe da obezbedi hranu, a vremenom njegovi budući odlasci u lov mogu postati rukovođeni samo željom za lovom, bez težnje da ulovom dođe do hrane). Olport smatra da nešto što je ranije bilo sredstvo da se zadovolji određen biološki motiv u brojnim primerima postaje autonoman, nezavisan motiv i naziva ga **"funktionalnom autonomijom motiva"**.

Olport je kritikovao psihoanalitičare i njihovu teoriju da je svest podređena podsvesnom u čoveka. Njegova protivteza je bliska dijalektičkom materijalizmu. Olport je osporavao i bihevioralno objašnjenje čoveka kao reaktivnog bića.

Humanistička suština Olportove teorije ličnosti umanjena je primarnim koncentrisanjem na individuu, a ne na zajednicu.

Ego psihološke teorije ličnosti

Ego psihologija posvećuje prilagođavanju Ega sredini posebnu pažnju. Ego odbrane nisu uvek patološke, već su često konstruktivne i zdrave. **Hartmanova** je *osnivač ove Ego psihološke teorije i pravca*.

Ego psihološka teorija ličnosti smatra da Ego ima i druge funkcije pored onih koje mu je Frojd dao u svom učenju naročito na nivou svesnih funkcija. Hartmanova smatra da *ciljevi Ega nisu uvek u vezi sa svesnim ciljevima* i razvija učenje o psihološkoj Ego teoriji ličnosti.

Maslovljeva teorija ličnosti

Abraham Maslov (1908–1970) osniva pojam **samoakuzacije** kao idealno postavljen cilj i težnju ka najpotpunijoj realizaciji sopstvenih mogućnosti individue. *Maslov smatra da je samorealizovana samo ona osoba koja uspe da razvije svoje potencijale do krajnjih granica individualne – lične dispozicije, koja se odlikuje visokom objektivnošću, humanošću, sposobnošću da se raduje življenju i životnoj kreativnosti.*

Čovek je u osnovi pozitivan za Maslova, a devijantno ponašanje se razvija pod uticajem okoline ukoliko ona onemogućava zadovoljavanje inherentnih potreba pojedinca. Maslov hierarhizuje potrebe individue i primarnim smatra fiziološke potrebe, a poslednje su estetičke, duhovne potrebe. *Najsnažnijim potrebama smatra znanje, lepotu i poštovanje.*

Fenomenološke teorije ličnosti

Rodžers je *osnivač fenomenološke teorije ličnosti*. On smatrajući da postoji inherentna samoaktualizirajuća tendencija ličnosti individue. Konflikt, po Rodžersu, nastaje u momentu kada se potreba za priznanjem odnosno podrškom suoči sa tendencijom samoaktualizacije. *Rodžersova teorija ličnosti je jedinstvena među teorijama ličnosti jer je nastala iz praktičnog terapijskog rada autora i zasniva se na odnosu klijent – centrirana psihoterapija.*

Postoje i brojne druge značajne ideje i teorije o razvoju ličnosti čoveka, manje – više slične ili uklopljive u ovako kratko iznešeni tekst o nabrojanim teorijama ličnosti. Namena ovog udžbenika ne nalaže potrebu za opširnijim poglavljem o teorijama ličnosti.

Korisno je pomenuti pozitivne i negativne moralno psihološke osobine ličnosti sa aspekta aktuelnog naučnog saznanja i aktuelne naučne medicine, posebno njene discipline, psihijatrije. Očekivano je u današnjoj civilizaciji da se svaki čovek u privatnom životu i u svojoj profesiji treba da odlikuje većim brojem pozitivnih moralno psihičkih osobina – crta svoje ličnosti, nego onih negativnih. Negativne treba da svesno suzbija i umanjuje.

Pozitivne moralno-psihološke osobine koje proklamuje savremeno društvo su brojnije. Sve se mogu pretvoriti u nepoželjne crte ličnosti – mane dodavanjem prefiksa "**ne**", te bi na primer glasile: *neiskrenost, neljubaznost* itd.

Fromova teorija ličnosti

Erih From (1900–1980) je psihoanalitičar, *nije lekar*. From je poznatiji među filozofima i sociolozima nego među psihijatrima i psihoterapeutima.

Erih From je u isticanju socio-činilaca, kao značajnih za dinamiku razvoja čovekovog ponašanja i struktuiranja ličnosti najdalje otišao u svom učenju. *Prema njegovom gledištu, ličnost neke osobe je limitirana ali i određena odnosom te individue sa celim društvom.* From to opravdava nespornom potrebom čoveka za udruživanjem, za sticanjem statusa u društvu, za stvaralaštvom i za ostvarenjem osećanja o sopstvenom identitetu.

From smatra da se čovek tokom razvoja osamostaljuje, često ne znajući sam šta će sa slobodom. Ponaša se kao da je "**osuđen na slobodu**", te u "**bekstvu od slobode**" ispoljava *sadomazohizam, autoritarnost, destruktivnost i komformizam*. Samo ljubav, "**umeće ljubavi**" je postizanje potpunog osamostaljenja u slobodi ili je to situacija osmišljavanja sopstvene egzistencije. From objašnjava da je neuroza nekada i šansa čovekova i da predstavlja nemirenje sa postojećom situacijom odnosa individue i sredine.

From je tvorac učenja poznatog kao **Humanistička psihoanaliza**. Osnova ovog učenja je u uspostavljanju ravnoteže i jedinstva sa prirodom od koje se čovek odvojio u toku svoje razvojne egzistencije. *On smatra da je alijenacija kroz istoriju postigla vrhunac u kapitalističkom društvenom uređenju.*

Adlerova teorija ličnosti

Alfred Adler, (1870–1937), bečki psihijatar. *Jedan je od prvih i najznačajnijih Frojdovih učenika*, ali i prvi koji se odvojio od učenja svog učitelja. Preuzeo je ulogu Frojdovog kritičara umesto uloge saradnika i sledbenika.

Adler u svojoj teoriji ličnosti smatra da je fundamentalna čovekova težnja za superiornošću i nazvao ju je "**volja za moć**", Adler je pored Frojdovog trpeo i Ničeov uticaj. Adler is-

tiče ulogu svesnog dela ličnosti i kaže: *"Čovek je svesno biće, sposobno da planira, da upravlja svojim potrebama"*. Isticao je i vrednost faktora i uticaja socio-sredine: *"Ljudi su prvenstveno društvena bića, međusobno su blisko povezani i razvijaju stil življenja koji je pretežno društveno usmeren"*. Adler smatra da je **"instinkt vladanja"** jači od seksualnog, *te dete ne ispoljava edipalne želje, već želje za gospodarenjem nad majkom*.

Tokom života svakog čoveka, prema Adleru, postoji potreba da se prevaziđe lično osećanje manje vrednosti u svom intrapsihičkom. Individua ima potrebu da kompenzuje neostvarenost. Ista individua je vođena intenzivnom željom da dostigne viši nivo i ostvari veće vrednosti – **nadkompenzacija**. Adler smatra da u osnovi želje, nastojanja ka ostvarenju i volje za moći stoji agresivnost u ličnosti a ne seksualnost kao intrapsihički pokretač.

Adler je prvi spekulativno teorijski opisao čoveka kao koristan organski sistem čiji je životni cilj samorealizacija kroz socijalno prilagođavanje. Jedinstvo ličnosti je objektivno i nezaobilazno i sa objektivnog i subjektivnog aspekta.

Težnja za savršenstvom je primarni izvor ljudske motivacije prema Adlerovom učenju. Svaki čovek, nažalost, već u ranoj mladosti shvati neke svoje nedostatke, slabosti i inferiornosti, čime se aktiviraju motivacija i težnja za nadoknadom (kompenzacijom) nesavršenstva. Kompenzacija se postiže u inferiornoj oblasti ili u nekoj drugoj *supstitutivnoj*. Demosten je, na primer, od mucavca postao najbolji besednik svog vremena.

Salivenova teorija ličnosti

Saliven je, reklo bi se, više nego From insistirao na društvenoj determinisanosti ličnosti čoveka, odnosno njenoj zavisnosti od interpersonalne relacije. On je dao izuzetan doprinos i psihoanalizi, tvrdeći da se razvoj ličnosti ne završava u ranom detinjstvu, već da se ličnost izuzetno značajno oblikuje i tokom adolescencije.

Saliven razvoj ličnosti razmatra u šest faza: **faza odojčeta, faza detinjstva, faza dečastva, faza pre adolescencije, faza rane adolescencije, faza kasne adolescencije i postadolescentna faza**.

Salivenova razmatranja ličnosti su događanja po relativno postojanom obrascu međuljudskih relacija koje oblikuju i karakterišu humano življenje u zajednici. On smatra da nema ličnosti koja bi se mogla razviti van odnosa sa ljudima, odnosno van interpersonaliteta i personalnih relacija. *Saliven smatra da se individua (ličnost) specifično ponaša prema drugim ljudima*. To su poznate Salivenove interpersonalne teorije i učenja u psihijatriji.

Geštalt model ličnosti

Geštalt teorija se bazira na učenju **geštalt – kvalitet** (*kvalitet forme*). Geštalt insistira na kvalitetu celine i novoj sintezi kao suštinskom novitetu. Ova teorija polazi od saznanja da **doživljaj celine** ne zavisi od njenih pojedinačnih komponenata, recimo *spoznaja pravougao-nika ne zavisi i nije u reciprocitetu sa linijama koje ga na crtežu prikazuju*.

Početkom XX veka pod uticajem Ajnštajnovе teorije polja u Nemačkoj se razvila geštalt psihologija, ali i kao reakcija na učenja eksperimentalne psihologije tog vremena. Osnivači geštalt psihologije su Kurt Kafka, Wolfgang Koler, Maks Verthajmer i Frederik Perls, mada se može reći da je svojim radovima Kristijan fon Erenfels preteča geštalta.

Prema Geštalt modelu objašnjenja ličnosti, čovek ima prethodno brojne potrebe, što čini jedan geštalt – organizujuća figura je dominantna potreba u datom trenutku, a pozadina polja je celokupnost okoline i ukupne ličnosti. Zadovoljenje potrebe, teorijski, potreba postaje kompletna i više ne vrši uticaj, te je mozak oslobođen za formiranje novih geštalta. Ukoliko potrebe nisu prepoznate i izražene, nezadovoljene potrebe formiraju nekompletne geštalte, te se harmonija figura – polja, okolina – organizam, značajno remeti a konsekvence su psihopatoška ispoljavanja, recimo neurotična.

Transakciona teorija ličnosti

Koncept transakcionalnog objašnjenja ličnosti počiva na principu strukturalne i funkcionalne organizacije tri nivoa ego stanja.

1. **Prvo ego stanje je odrasli** – slično Frojdovom učenju. Ego procenjuje stvarnost što je princip postojanja neke vrste kompjutera u nama.
2. **Drugo ego stanje je roditelj**. Radi se o usvojenim stavovima od naših roditelja po tipu "**negujućeg roditelja**", onog roditelja koji brine i štiti i "**kritičnog roditelja**", onog roditelja koji kritikuje i obezvređuje ličnost u razvoju.
3. **Treće stanje ega je dete** sastoji se iz dva dela "**oslobođeno dete**" – spontano i nestašno i "**adaptirano dete**" – naučeno da se ponaša kako treba.

Prema transakcionalnoj teoriji ličnosti, tokom svakodnevnog življenja, "*igraju*" se psihološke igre jer po "**teoriji uloge**" individua prihvata neke socio-uloge. Bitan cilj međuljudske komunikacije je razmena stimulacije koja tako između osoba stvara transakciju. *Smatra se da se psihološke "igre" odvijaju po unapred utvrđenom, nesvesnom planu i da sadrže skrivene duple poruke.*

Bihevioralna teorija ličnosti

Bihevioralna teorija ličnosti *bazira svoju osnovu na Pavlovljevom učenju o uslovljavanju ali i na drugim teorijama proizašlim iz osnovnih teorija učenja.*

Bihevioralna ideja je da se ponašanje uči tokom života, dakle uslovljava se. Pozitivne posledice nekog ponašanja – biheviora – potkrepljuju ponašanje koje ih je izazvalo, dok negativne posledice nekog biheviora suzbijaju te posledice. *Nagrade favorizuju jedno ponašanje a kazne ga suzbijaju, što je u suštini pozitivno i negativno potkrepljivanje.*

Bihevioristi objašnjenje ličnosti temelje na opservaciji autonomnog, motornog i kognitivnog ponašanja, dostupnog posmatranju i kvantifikaciji.

TEORIJA AGRESIVNOSTI

agresija i nasilje

Agresivnost se izučava kao kvalitet strukture ličnosti, ali i kao ljudska karakteristika.

Agresivnost je svaka verbalna ili fizička akcija preduzeta u nameri da se nekome nanese šteta ili povreda bez obzira na to da li je namera realizovana do kraja. Svakako, u moralnoj ljudskoj praksi agresivnost nije poželjna osobina koju treba podržavati.

Terminom agresivnost u nauci se označavaju neprovocirani napadi i/ili neprijateljske radnje. Agresivno ponašanje je neprijateljsko i destruktivno činjenje protiv ljudi ili predmeta.

Agresivnost je složena pojava od dve komponente:

1. *aktivnost* – komponenta agresivnosti je biološka karakteristika čoveka, kao i drugih živih bića i suprotna je pasivnosti. Smatra se da je aktivnost *maskulina* (muška), a pasivnost *feminina* (ženska) osobina u strukturi ličnosti;
2. *destruktivnost* – komponenta agresivnosti nije urođena već stečena osobina, nekada i naučena prilikom odrastanja u datoj supkulturi.

Kvaliteti čovekove agresivnosti su:

- *verbalna agresivnost* – prema ljudima;
- *fizička agresivnost* a) prema ljudima b) prema predmetima.

Agresivnost može biti:

- a) *manifestna*;
- b) *latentna* (prikrivena) – ćutanje je, recimo, poseban vid latentne agresije i nekada snažnije deluje nego da se agresivnost prema nekoj ličnosti verbalizuje.

Motivi agresivnog ponašanja mogu biti:

- a) **intenzivno agresivno ponašanje** – motivisano emocionalnim dizbalansom;
- b) **instrumentalno agresivno ponašanje** – motivisano težnjom za nekim koristoljubivim ciljem.

Agresivnost i agresivno ponašanje predmet su današnjeg multidisciplinarnog izučavanja i tumačenja. Odgovor na pitanje šta pokreće agresivno ponašanje u čoveku je kompleksan. Sve današnje teorije o agresivnosti i agresivnom ponašanju mogu se podeliti na pet grupa.

1. Biološke teorije o agresivnosti i agresivnom ponašanju nastale su u XIX veku i dopunjavane kroz celi XX vek. Pobornici biološkog objašnjenja smatraju da je agresivnost posledica bioloških i strukturnih promena u čovekovom organizmu. Istraživanjima je utvrđena češća zastupljenost XYY hromozoma kod ljudi koji izdržavaju zatvorsku kaznu (prestupnici i više-struki prestupnici). Smatra se da na agresivnost i agresivno ponašanje utiče viši nivo testosterona, a u eksperimentalnim radovima to je dokazivano dodavanjem testosterona ispitanicima, što je za posledicu imalo povećanu sklonost ka agresiji. Anatomofiziološka izučavanja su po-

kazala da strah od izazvane agresije postoji kod osoba sa oštećenjem amigdaloidnih jezgara. Draženjem laterarnog hipotalamusa izazivana je grabežna agresivnost. Za ventromedijalni hipotalamus vezuje se iritativna, odnosno provocirana agresija.

2. Teorija socijalnog učenja agresije objašnjava agresiju kao naučeno ponašanje. Objašnjenje je u fenomenu instrumentalizacije. Agresija može biti pozitivno potkrepljivana kroz ostvarenu dobit. Naučeno agresivno ponašanje može biti prihvaćeno kao imitacija drugih, recimo identifikacija sa delinkventnom osobom, posebno ako je delinkventna aktivnost bila nagrađena. Agresivnost može biti i ponašanje naučeno od roditelja ukoliko oni sami ispoljavaju agresivnost i destruktivnost.

3. Frustracione teorije agresivnosti temelje se na bihevioralnom objašnjenju *stimulus – reakcija* (S–R). Frustracija je stanje izazvano sprečavanjem neke akcije da se ostvari cilj i prati je bes kao emocionalnim kvalitetima. Bes je bitan inspirator agresije. Prema ovim teorijama, bitno je i postojanje simbola agresije, kao što je oružje. Teoretičari u frustraciono objašnjenje agresivnosti uključuju i situaciju odvajanja (separaciju) deteta od roditelja, posebno majke. Takva deca imaju kada odrastu povišenu sklonost ka nasilničkom i agresivnom ponašanju.

4. Kognitivne teorije agresivnog ponašanja ističu važnost odluke kao psihičkog procesa u datoj socijalnoj situaciji. Agresivno ponašanje prema njima je posledica elaboracije socijalnih potreba, ciljeva i iskustva.

5. Instinktivističke teorije agresivnost objašnjavaju motivima, instinktima.

Frojdovo učenje agresivnost objašnjava *tanatos* nagonom – nagonom smrti. Tanatos je u širem tumačenju nagonska pulzija za destruktivnim ponašanjem i destrukcijom.

From u smislu neoanalitičkog objašnjenja agresivnost deli na *benignu* i *malignu*. Smatra se da je benigna agresivnost urođena i normalna odbrambena reakcija u funkciji opstanka individue. Maligna agresija je isključivo ljudska karakteristika, nije biološki determinisana, ali je destruktivna sa pretnjom biološkog uništenja i za napadača i za napadnutog. Maligna agresija nije provocirana nego je posledica unutarnje želje za uništenjem i razaranjem.

Konrad Lorens objašnjava agresiju kao instinkt unutrašnje ekscitacije vezan za energiju podsvesnog.

Konačno, agresija u manifestaciji i izazvanim posledicama je značajan problem i civilizacije na početku XXI veka. Smatra se, po istraživanjima da je u SAD već danas glavni zdravstveni problem nasilje, agresija i kriminal.

Agresivno ponašanje nije u skladu sa moralnim načelima, te zbog štetnih posledica zauzima značajan prostor u oblasti pravnih regulativnih normi svih savremenih zajednica.

PROBLEMI ALIJENACIJE U SVETLU FROMOVOG UČENJA

"Da li ti je nekad dosadno? Jes' kad neko dođe."

Narodna mudrost sa Durmitora

Pojam alijenacija ima u ovom momentu samo jasnoću etimološkog značenja. Brojni autori različito formulišu suštinu pojma **alijenacija** – otuđenje.

Mnogo je nejasnoće u interpretaciji alijenacije sa aspekta mnogih nauka koje se njome bave, pre svih sociološke, filozofske, medicinske u prvom redu, a zatim političke nauke itd. *Istorija same teorije alijenacije je duga i proteže se kroz više civilizacija, reklo bi se, od antičke do savremenog doba.* Nastojanja naučnika da se pojam alijenacije svede na što približniji nivo i pomire različita gledišta danas bismo mogli označiti relativno uspešnim.

Danas se pod alijenacijom podrazumevaju **izolovanost, samootuđenje i bespomoćnost u psihijatrijskom smislu**. Na primer: alijenacija je otuđenje duševnog bolesnika od društva.

Svaka epoha ima svoj ključni etički koncept objašnjenja problema odnosa individua – zajednica. Za **Kanta**, taj pojam je *dužnost*, za **Hopsa** – *mir*, za **Bentona** – *sreća*, za **Karen Hornajevu** – *alijenacija čoveka*. Samootuđenje izraženo kroz osećanje nemoći pojedinca sve je univerzalnija odlika savremene zajednice.

Alijenaciju – otuđenje, najkvalitetnije raspravlja Erih From u svom originalnom učenju **Humanistička psihoanaliza**. From objašnjava otuđenje kao posledicu nemogućnosti potpunog ostvarivanja ljudske prirode – suštine u zajednici. Prema Fromu, čovek u savremenoj socio-zajednici ne doživljava sebe kao centar svoga sveta, kao ni stvaraoca sopstvenih postignuća, već kao posledicu radnji u pokoravanju društvenim zahtevima. Čovek posledično doživljava samog sebe kao što čulima doživljava stvari, a razumom zbog toga ne uspostavlja individualnu produktivnu vezu ni sa sobom ni sa spoljnim svetom. Zato From insistira na otuđenosti društva i ne prihvata kriterijum mentalnog zdravlja kao prilagođenost pojedinca društvu, već prilagođenost društva potrebama pojedinca.

Otuđenje je akt putem kojeg neko ili nešto postaje tuđe nekome ili nečemu. Alijenacija u svakodnevnom životu znači prenošenje vlasništva, recimo sa jedne osobe na drugu otuđenjem. Alijenacija u medicini, posebno u psihijatriji, podrazumeva odstupanje od normale.

Alijenacija na terenu socioloških razmatranja najizraženija je u buržoaskom kapitalističkom uređenju države. Čovek je zarobljenik novca, odnosno nametnute potrebe da stiče novac i nametnutog stava da ako poseduje novac, rešava sve lične probleme.

Pravi humanizam je, reklo bi se u kontekstu sadašnjeg društva, realizovan samo u medicini, jer čovek čoveka leči, a šta je veće i humanije od toga. Međutim, savremeno društvo neumitno alijenira (otuđuje) bolesnika od lekara. Bolesnom je potreban novac, posebno u najbogatijim državama Zapada, da bi ga lečili dobri lekari, što je u sukobu sa vršenjem najhumanije – lekarske profesije. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti u Srbiji u tranziciji već nas je suočio sa ovim oblikom dehumanizacije.* Bolesnik za koga lekar nema dovoljno vremena takođe je alijeniran od najpotrebnijeg mu – od lekara.

Konformizam kao univerzalna čovekova tendencija postao je mehanizam pomoću kojeg na pojedinca i njegove stavove utiču **anonimni autoriteti**, te se otuđenje realizuje kroz potrošački duh, kroz odnos prema sopstvenom slobodnom vremenu i druge aspekte društvenog života.

SAVREMENI ODNOS INDIVIDUA – ZAJEDNICA

*"Ljudski život ima smisla ako je u njemu moguće
ostvarivanje duhovnih i moralnih vrednosti."*

Sokrat

Sa pojavom čoveka kao razumnog bića nastala je i svesnost o sopstvenom postojanju. Kognitivno poimanje sebe uslovalo je i čovekovu brigu za ostvarenjem sopstvenih potreba. Svestan sebe i stalnog proširivanja ličnih ambicija za proširenje potreba, čovek je morao potražiti podršku drugog čoveka – najbližnjih u gensu. Reciprocitet je morao biti posledičan, jer da bi dobio od drugih morao je u njih i uložiti. Neminovnost ovakvog odnosa uspostavljenje je prvobitne ljudske zajednice. Zajednica je pojedincu postajala sve bitniji faktor te ju je on stalno oblikovao i usavršavao. Danas se socijalna zajednica podiže na nivo značajniji od svakog pojedinca i prostor je ostvarenja najambicioznijih stremljenja čoveka. Finalizacija svih čovekovih ambicija maksimalno je dostignuta u XX veku. Ne sme se zaboraviti – *monizam je fundamentalna ljudska suština*.

Razvojne tendencije savremenog društveno-ekonomskog poretka i rezultati postignuti u XX veku nameću pitanje nije li čovek već *zakoračio na same margine svoje biološke plastičnosti*. **Dvadeseti vek je suočio čoveka sa raznim pojavnim oblicima problema otuđenosti i dehumanizacije**. Maksimalno je razvio potrošačko društvo kao univerzalna suština savremene civilizacije.

Potrošačkim društvom nastalim u XX veku maksimalno je ostvarena milenijumska tendencija i ambicioznost čoveka da stvara, stiče i prisvaja materijalna dobra. Proizvodni procesi su u toj meri usavršeni da je dostignuta priželjkivana maksimalna proizvodnja predmeta u jedinici vremena. Ogromnom količinom proizvoda realizovana je psihološka ljudska tendencija da uživa u neograničenoj potrošnji.

Potrošnja se i na početku trećeg milenijuma ohrabruje i podstiče pre svega pronalaženjem novih proizvoda i predmeta za potrošačku namenu. Posebno podsticanje ostvaruje se reklamama sa zadatakom da opredeli ljude ka što većoj kupovini, kao garantu povećavanja, produžavanja i daljeg usavršavanja proizvodnje. **Uvećavanje čovekovog čulnog uživanja karakteristično je za potrošačko društvo**. Posledica toga je suprimiranje individualnih ljudskih potreba za duhovne vrednosti i njihovo nadređivanje suštini i smislu čovekovog postojanja.

Savremena civilizacija maksimalnim ulaganjem i stimulisanjem kupovine i potrošnje proizvedenih predmeta pomerila je i vrednosne sisteme. Čovek više nije najveća vrednost i zadovoljstvo sebi i drugom čoveku, već je supstituisan predmetima, garderobom, materijalnim dobrima (stanovi, kuće, automobili itd.). Ako je to tako, onda smo suočeni sa dehumanizacijom međuljudskih odnosa. Što je negativna odlika novog XXI veka.

Dvadeseti vek je imao još jednu karakteristiku vrednu pominjanja. *Dovedena je do usavršenosti interpersonalna komunikacija razvojem sredstava za masovnu javnu komunikaciju* (televizija, štampa, radio, internet, telekomunikacije itd.). Svakako da su ove tekovine ostva-

rene sa početnim ambicijama pozitivne usmerenosti. Međutim, tako brz protok i dostava informacija na celoj planeti sa svakog mesta, do svakog čoveka, izazvali su i paradoksalno negativne posledice. Informacije su ulenjile duhovnu – mentalnu aktivnost pojedinca.

Čovek je očigledno nenamerno, ali konsekventno prihvatio stavove obrađivača informacije kao sopstvene ne trudeći se da razume ili raspravi u sebi značaj te informacije. *Univerzalno se uprosečavaju stavovi savremenih ljudi o političkim, socijalnim, kulturnim i svim bitnim zbivanjima u aktuelnom svetu.*

Sredstvima javnog informisanja postignut je vrhunski marketing u ujednačavanju stavova u odnosu na predmete potrošnje, recimo odevne predmete i sl. Savremeni čovek tako gubi individualnost i identitet individualnog i na svim se poljima uprosečava, poistovećuje sa drugim jedinkama po stilu odevanja, po opredeljenju za kulturu, iste filmove, iste političke stavove. **Ovakvo događanje nije kompatibilno sa fundamentalnom suštinom čoveka kao umnog, dinamičnog i razvojnog bića.** Konfliktnosti i posledice po čoveka, ali i savremenu civilizaciju, mogu se samo anticipirati u pesimističkim očekivanjima.

PERSPEKTIVE DEZALIJENACIJE ČOVEKA XXI VEKA

Alijenacija je činjenična karakteristika čoveka savremene civilizacije. Ovu definiciju potvrđuje proklamovani NOVI SVETSKI POREDAK lansirajući globalističke ideje – Novi humanizam. Novi humanizam favorizuje pravdu, slobodu i posebno ljudska prava svima i jednaka za sve utemeljena na moralnim kriterijumima odgovornosti čelnih i privilegovanih pojedinaca u državama uređenim na humanim demokratskim principima. Paradoksalno, na samom početku XXI veka čovečanstvo je suočeno, više nego ikad u istoriji, sa pojavom brojnih humanitarnih kriza i pretećih humanitarnih katastrofa. *Dezalijenacija čoveka je verovatno put ostvarenja proklamovanog novog humanizma u novom svetskom poretku.*

Neophodno je učiniti da se čovek kao svako pojedinačno biće vrati jedinstvu i ravnoteži sa prirodom od koje se očigledno odvojio u dodanašnjoj ushodnoj razvojnoj egzistenciji.

Civilizacija mora u XXI veku podržati sledeće individualne ljudske kvalitete:

1. Razvojno nadređivanje socio motiva – altruizam nasuprot individualnom narcizmu.
2. Razvojno nadređivanje individualne kreativnosti i stvaralaštva nasuprot destruktivnosti.
3. Razvojno nadređivanje svesnosti o identitetu i individualnosti nasuprot komformizmu i hedonističkim tendencijama.
4. Razvojno nadređivanje individualne ljubavi prema bližnjima i svim ljudima nasuprot agresivnosti i koristoljublju.
5. Razvojno nadređivanje umne posebnosti i savesnosti nasuprot uprosečavanju i individualnoj iracionalnosti.

Navedeni stavovi su opravdani jer temelje na primarnoj datosti ljudske individue kao tendentno pasivnog, inertnog i zavisnog bića. Civilizacija je uznapredovala do tih granica da se može kompetentno posvetiti investiranju u razvojne kvalitete svakog svog člana kao posebne individue i vrednosti.

Poglavlje III ETIKA I ETIČKA UČENJA

ETIKA – NAUKA O MORALU

Etika je kao i moral, veoma širok, sadržajan i razvojni pojam. Jezička upotreba termina etika u svakodnevnom životu se prepliće sa pojmom moral i obrnuto. Pod pojmom moral često se podrazumeva etika a pod pojmom etika moral. Svakako da su to pojmovi potpuno različitog značenja. *Etika je teorija, odnosno filozofija o moralu – filozofska nauka.*

Etika etimološki vodi poreklo od dve grčke reči: *ethos* (navika, uobičajena radnja) i *et-hikos* (prebivalište, čud, narav, narav ljudi na prebivalištu). **Zato je etika teorija o etosu.**

Etika je znači filozofija morala. Filozofija etimološki potiče od starogrčke reči *filos* – ljubitelj, prijatelj, odnosno *fileo* – voli i *sofija* – mudrost, znanje (filozofija je ljubav prema mudrosti, odnosno znanju – mudroljublje).

Etika kao teorija o moralu izučava sve pojave, sve fenomene koji su povezani sa moralom. Etika proučava poreklo, način postajanja (nastanka i razvoja), vrednovanja morala i saznavanja o moralu. Zato je etika filozofija morala ipak najpreciznije **etika je filozofska nauka o moralu.**

Reč etika može biti upotrebljena i u označavanju nekog konkretnog morala, konkretnog društva, ili konkretnog čoveka. Primer: *etika tog društva, ili etika tog čoveka.*

Etika kao filozofija se pojavila istorijski u najranijim filozofskim učenjima davno minulih civilizacija na našoj planeti i usavršavajući se održala do XXI veka. Etika je posledično u najtešnjoj vezi sa drugim filozofskim naukama i filozofijom u celini. Etika kao nauka se danas oslanja na *ontologiju, metodologiju saznanja, logiku, metodologiju nauke, nozologiju, filozofsku antropologiju i aksiologiju.*

Etika se kao posebna filozofska disciplina pojavila vrlo rano jer se etička učenja mogu naći u najranijim poznatim nam filozofskim učenjima starog veka. Etika je kao nauka povezana sa društvenim naukama (*sociološkim, psihološkim, pedagoškim, političko-pravnim i sa naukama koje proučavaju društvo i istoriju*) i posebno sa humanističkim naukama (*kulturološkim naukama, lingvističkim naukama, naukama o umetnosti i sa medicinskom naukom*).

Razumeti i usvojiti etička naučna saznanja (filozofiju morala) biće lakše ukoliko se pozabavimo istorijskim razvojem etike u okviru filozofije.

ISTORIJAT ETIČKIH UČENJA

Filozofija – mudroljublje, morala se pojaviti sa pojavom prvih apstraktnih spoznaja čoveka u preistoriji. Ljubav prema mišljenju ili filozofiranje, samom pojavom kao svojstvom razumskog čoveka imala je u sebi i začetak etike. Etika je neodvojiva od filozofije kao celine jer fundamentalno razmatra pitanje šta je dobro, šta je pravilno, šta je moralno, a šta ne, što je suština i filozofije.

Postavljanje pitanja do sumnji u neke postavke koje su izgledale istinito i prihvaćeno je i istorijski nastanak etike. Teogenost mišljenja, filozofiranja, traženje novih odgovora nije štetno već naprotiv, razvojno potrebno u svim filozofskim naukama pa i u etici. Aristotel je govorio: "Sve druge nauke su potrebnije od filozofije, ali nijedna nije bolja od nje". Galileo Galilej je tvrdio da je neznanje majka zlobe, zavisti, srdžbe i svih poroka i grehova, što je prihvatljiva maksima i na početku trećeg milenijuma. Tradicija je veoma bitna. Primer je još antički stav *ex nihilo nihili fit* – iz ničega ništa ne nastaje i prihvatljiv je i danas i polazište je savremenih naučnih stavova.

Čovek je bio i do danas ostao najveća zagonetka samom čoveku. Pokušajem razumevanja čoveka, dakle filozofijom, ljudi se bave od pojave razumskog, odnosno kognitivnog, kao funkcije ljudskog mozga. Razlike između filozofije Starog veka, antičke filozofije i moderne postoje. Antički filozofi su se služili polemikom, diskusijom odnosno govorom kao osnovnim oružjem filozofske nauke, a moderni filozofi eksperimentima, merenjima, kibernetikom, računarima i robotima.

Etika kao filozofska nauka od samog nastanka se temelji na postavljanju pitanja šta je čovek, šta je suština života i vredi li zarad te suštine živeti? Filozofi i mislioci Starog veka kroz antičko doba do modernih filozofa naučnika posvećivali su život traganju za odgovorima na ova pitanja.

Filozofija i filozofska misao su u suštini opredeljene da iznađu istinu i istinito objašnjenje neke nepobitnosti i nespornosti, te je to suština i nastanka etike i etičkog medicinskog promišljanja. Studenti kao budući akademski obrazovani ljudi treba da usvoje dodatne stavove etike, odnosno filozofiranja o suštini života i kvaliteta življenja.

STARI VEK I ETIČKA UČENJA DREVNIH CIVILIZACIJA

"Vrlina je znanje."

Sokrat

Etika kao nauka sigurno se pojavila tek u vreme kada je u zajednici moral i moralni život dostigao značajan nivo. Preduslov za pojavu etike kao filozofije o moralu je izgrađeno praktično moralno iskustvo, odnosno postojanje moralne i ljudske prakse.

Izučavanje moralnih vrednosti čoveka i morala zajednice je milenijumska tradicija, a po pisanim izvorima od vremena Helenskih mislilaca. Činjenično je da je istorija etičkih učenja u praksi i teoriji duga. Etika kao filozofska nauka pojavila se i razvijala sa pojavom klasne ljudske zajednice – klasnog društva. Izučavanje etičkih učenja u Starom veku ima odlike stavova mislilaca determinisana klasno društvenom pripadnošću. Izučeni su otkriveni sačuvani spomenici, pisana dokumenta, grobnice i drugi izvori davno nestalih civilizacija Vavilona, Asirije, Egipta, Indije, Persije, Kine, Inka, Maja i antičke Grčke. Posedujemo danas čitave biblioteke iz vremena tih civilizacija te imamo saznanja i možemo izučavati prošlost od pre 3 do 5 hiljada godina.

ETIČKA UČENJA U ANTIČKOJ GRČKOJ

Sokrat, Platon, Aristotel

Filozofija se kao disciplina izuzetno i posebno razvila u antičkoj Grčkoj.

Milenijumska istorija antičke Grčke, a posebno bar pet vekova pre nove ere, krca-ti su upamćenim čuvenim filozofima. Njihova učenja su bila oslobođena magijske i religijske sputanosti, dakle bila su slobodna. Filozofija tih ljudi je pre svega bila zasnovana na prirodnim naukama. *Filozofi antičke Grčke su utemeljeli i biologiju, fiziku, matematiku i medicinu kao višu zasnovanost na već razvijenim učenjima prirodnih nauka.*

Homerovi spevovi *Ilijada* i *Odiseja* poseban su dokument o filozofiji, naukama i medicini već milenijumske tradicije.

Znanje i prenošenje znanja bila je osnovna vrednost filozofa antičke Grčke. Veliki filozofi tog vremena shvatali su da je neznanje generator ljudske zlobe, ljudske zavisti i drugih poroka, užasnih grehova čovekovih prema sebi i prema drugom čoveku. Zato su negovali znanje i težili da istaknu znanje kao najveću čovekovu vrlinu i vrednost. Svoja učenja darivali su drugim ljudima. Želeli su da svi ljudi isto znaju i po pravilu osnivali sopstvene škole, u kojima su svoja znanja prenosili sledbenicima i tako se nastavljali u piramidi ljudskog razvoja u znanju.

Začeci naučne etike su u filozofskim učenjima znamenitih filozofa antičke Grčke. Medicinska etika istovremeno se rađa i razvija sa etikom nesporno pre Hipokratove epohe.

Sokrat

Sokrat (469 – 399. godine pre nove ere) je u pravom smislu otac naučne etike. *Prvi je u etička razmatranja ugradio naučni pristup* i ostao ovekovečen svojim etičkim učenjem.

Danas se može tvrditi da je Sokrat osnovao i usmerio budući razvoj evropske etike, odnosno etiku evropske tradicije. Sokrat je etiku kao učenje o dobru, sreći ili spasenju postavio u središte ukupne filozofije, čime je formirana etika kao samostalna nauka o čovekovom ponašanju.

Sokrat je proklamovao princip Dajmonion (glas sopstvene savesti). Smatrao je da ga čovek nosi u sebi kao poseban organ pomoću kojeg razlikuje dobro od zla. Prema njemu svaki čovek treba da se pridržava svojih intimnih i autentičnih ličnih principa. Svaki čovek ima izbor da u ponašanju, odnosno etičnosti bude loš ili dobar, jer je *Dajmonion* zadužen da postupke svakog pojedinca razgraniči na loše i dobre. Princip *Eudajmonija* (najviše dobro, sreća, blaženstvo) je identičan vrlini i sreći kao životnom cilju, a može se ostvariti samo razumnim saznanjem. *Ovo je u celom Sokratovom učenju najvažniji stav.*

Sokrat je učio po sentenci ***vrlina je znanje***, a pre Sokrata filozofi su smatrali da je znanje vrlina. Znanje je i moćno i korisno za čoveka. Sokratova formulacija znanja kao kvalitet čoveka stapa se s mudrim postupanjem. Govorio je *poznaj samog sebe*, što znači neprekidno usavršavaj sebe i obogaćuj svoju ličnost samo znanjem. **Sam Sokrat se nije tokom čitavog svog života zadovoljavao postignutim znanjem, već je težio novom saznanju i smatrao sebe i svet nesavršenim.** Želeo je da to prenese na svoje učenike i smatrao je da tako poimanje treba da ima svaki čovek.

Sokratova možda najveličanstvenija sentenca i životni moto glasi: ***"Nepravdu je bolje trpeti nego je činiti."*** Sokrat je i sebe formirao na ovoj sentenci, što je i dokazao, osuđen na smrt primio je mirno presudu, popio ponuđeni otrov ne prihvativši predlog svojih moćnih prijatelja da se odluči na bekstvo ili pak odrekne svog učenja.

Sokrat je shvatio da nadmoć na zemlji u čitavom svetu i kosmosu ima čovekov um. Razvijao je i učenje u tom smislu. *"Niko ne greši svojevoljno, nego svako greši što ne zna šta je dobro, a ne zato što neće dobro. Niko ne dela protiv onog što je najbolje saznanjem, već iz neznanja. Ljudskim delom ne upravlja volja već svemoćni um. Čim čovek sazna šta je dobro, on će to i da učini. Požude ne mogu savladati um, jer je on najjači"* **Sokrat je apsolutno s pravom verovao da domašaj ljudskog uma nema granice.** Čovek ima nelimitiranost kosmičkih razmera da uvek dograđuje svoje znanja i da kroz generacije zida piramidu znanja.

Trajne su ljudske vrednosti Sokratove sentence: *"Vrlina se ne rađa iz blaga, već se iz vrlina rađa blago"*. Potcenjivao je materijalno bogatstvo i negovao znanje i ličnu etičnost kroz vrline. ***"Ljudski život ima smisla samo ako je u njemu moguće ostvarivanje duhovnih i moralnih vrednosti."*** Sokrat je u skladu sa ovakvim svojim shvatanjem vodio i privatni život. Lično je savladao svaku požudu za materijalnim bogatstvom i umovanje nadredio materijalnom i izuzetno kvalitetno živio u postignutom duhovnom zadovoljstvu. Nepokolebljivog uverenja, Sokrat je govorio da onaj čovek koji od ma koga primi materijalna dobra ili novac *"njega (tog čoveka) postavlja sebi za gospodara, da robuje ropstvo sramotno ništa manje teško nego bilo koje drugo ropstvo."*

Sokrat je zbog svojih stavova od savremene vlasti kao *"štetan čovek i čudna ličnost koja istražuje stvari ispod zemlje i gore na nebu i svemu tome uči i kvari omladinu..."* osuđen na smrt. Smrtnu presudu Sokrat je prokomentarisao: *"Za to nisu krivi zakoni, nije kriva otadžbina koja takve zakone ima, već su krive sudije koji ih loše primenjuju."*

Sokrat je bio protiv relativizma i proizvoljnosti, a zakone je smatrao opštom i nužnom obaveznošću. Stoga je i prihvatio osudu na smrt. Prihvatanjem osude Sokrat je pobedio vreme, a smrt je bila samo fizički kraj tog čoveka, ali ne i njegovog dela.

Platon

Platon (427 – 347. god. pre nove ere) *Sokratov je učenik, najveći i najznačajniji sledbenik.*

Stvaranje legende o Sokratu, može se reći, isključivo je Platonova zasluga, jer je Platon bio fasciniran različitošću Sokrata od svih ondašnjih filozofa sofista. Sokrat je živeo dosledno i apsolutno radio i ponašao se u skladu sa svojom filozofijom i njenim načelima. **Sokrat nije ostavio nijednu napisanu reč, skoro sve poznato nam o Sokratu zapravo zapisao je Platon ili je prepoznatljivo u Platonovoj misli.** Platon u svojoj polemičkoj raspravi *Odbrana Sokratova* na briljantan način veliča izuzetni intelekt i umnost, a posebno uzvišenost Sokratove ličnosti sa moralnog aspekta.

Platonovo etičko učenje ima dva nivoa:

1. *etičko učenje u užem smislu* – o najvišem dobru i najvećoj vrednosti života;
2. *etičko političko učenje* – učenje o odnosu i stavovima pojedinca i društvenih slojeva u odnosu prema državi.

Platonovo etičko učenje u užem smislu idealizuje apsolutnu istinu kao nepromenljivu veličinu vanvremensku i suštinu svega postojećeg. Ukoliko se ostvari, onda je to najviša vrednost života i najveće životno dobro. *Apsolutna istina ili ideja postoji iznad sveta nezavisno, sa apsolutnim važenjem u tom svetu.* Platon kao centralnu ideju postavlja lepotu i dobro pored istine. *Lepota i dobro su po njemu identični i podudarni sa pojmom apsolutne ideje.* Platonova najviša ideja je ideja dobra, *postiću je samo **dobri i poslušni** da bi postali srećni i moralni.*

Platon vrednuje *vrlinu* primarno tvrdeći da je mogu postići oni pojedinci koji umeju da obuzdaju samog sebe, svoje strasti, svoje nagone, negujući harmoniju i red. Smatrao je da je bolje podnositi nepravdu i patnju nego nekom afektivnom reakcijom remetiti svoju unutrašnju homeostazu ostvarene harmonije i reda. *Platon, nije ignorisao hedonističke težnje poput Sokrata, već im se prilagodio i vrednovao ih kao činilac čovekove sreće, uz uslov da se koriste sa merom.* Platonova zasnovanost ideja moralnosti i etičnosti ovog nivoa su u stvari metafizički harmonija življenja, odnosno postizanje interakcijskog sklada između dobra, lepote i istine. Platon stoga ljubav smatra naklonošću koju čovek oseća prema imaginarnom svetu, odnosno savršenom i idealnom. Ljubav je prema Platonu postepena, generiše se na opažanju lepote tela, a preko lepote tela prepoznaje se lepota duše koja u suštini privlači. Preko nje se ljubav formira prema idealizovanoj lepoti. *Platonska ljubav* je pojam proistekao iz ovakvog Platonovog stava za *kontemplaciju i poštovanje* – za trajnu ljubav prema osobi suprotnog pola, nikad ostvarenu *fizičkim kontaktom.*

Etičko političko Platonovo učenje je drugi nivo njegovog učenja. Ono razmatra odnos pojedinca i grupa pripadnika društvenih slojeva prema državi. Ovaj nivo Platonove etičke filozofije temelji se na ličnom stavu da su najvažnije vrline razboritost, mudrost i hrabrost, samim tim i pravednost i pravičnost. Pojedinaac, odnosno čovek može postati idealno pravičan samo na način na koji funkcioniše država.

Platon razlikuje kod svakog čoveka osnovne generatore: požudu, ili nagone, volju i razum, odnosno um kao sastavne delove duše, smatrajući da u svakom čoveku preovlađuje jedan od njih. Platon shodno postojanju tri vrste potreba i funkcija u čoveku smatra da analogno u državi treba da postoje samo tri staleža, odnosno osnovna društvena nivoa.

– Prvi društveni stalež u kome dominira razum ili um predstavljaju **vladari**.

– Drugi stalež su ljudi kod kojih dominira volja, znači i odvažnost, srčanost i hrabrost. To su **vojnici ili čuvari države i njenog poretka**.

– Treći stalež, najbrojniji čine oni koji u državi ostvaruju materijalna dobra: **zanatlije, seljaci, radnici, trgovci**, jer su to pojedinci kod kojih dominira požuda ili nagoni, tj. potrebe za ostvarenjem dobara.

Platon smatra da je ostvaren idealizovan pravičan čovek samo onaj kod koga su požuda ili nagoni, volja, razumnost ili um u harmoniji. Vrlina kao najviša čovekova vrednost iskazana je samosavlađivanjem pojedinca, odnosno obuzdavanjem strasti i nagona, kao i ostvarivanjem mere i harmonije. Platon smatra da čovek treba da živi u skladu sa svojim prirodnim osobinama i da bira za poziv delatnosti za koje po sastavu svoje duše ima najviše smisla. Platon ističe da je najveći životni cilj čoveka valjano življenje u okviru onog delanja za koje je on od prirode predodređen. Samo je takav čovek koristan kao deo velike celine – *države*.

Platon u svom političko-filozofskom delu **Država** raspravlja i o lekarskoj praksi, moralnosti lekara i etičkim ciljevima lekarske profesije. Platon u trećoj knjizi *Država* precizno određuje zadatke lekara u državi idealizovanoj po svom modelu učenja. Taj Platonov stav o lekarima inspirisan je psihološkim i biološkim elitizmom tako da bez dileme i nalaže i preporučuje: *"I lekarsko zanimanje, o kojem smo govorili, odredićeš u našoj državi kao i sudsko zakonodavstvo, a oba će se, prema tome, starati samo o građanima koji su telesno i duševno zdravi, one koji nisu telesno zdravi, pustiće da umru a one koji su duševno bolesni i nepopravljivi osudiće na smrt."* Ovakav Platonov stav o lekarskom pozivu i medicinskoj, odnosno lekarskoj etici, daleko je od humanizma i modernih etičkomedicinskih stavova.

Aristotel

Aristotel (384 – 322. godine pre nove ere) je *Platonov učenik*. Aristotel u svoje etičko-filozofsko učenje uvodi pojam forme – *entelehije* kao savršenstvo i pokretača razvitka. **Smatrao je da postoji opšte dobro izraženo kroz pojedinosti, a zadatak etike je da definiše to dobro.** Najviše dobro je sreća, blaženstvo – *eudajmonija*. Treba poći od onog šta je čoveku specifično, osobeno, čime se on izdiže iznad ostalih živih bića i odrediti kriterijum sreće. Aristotel ga je lako našao. Taj kriterijum čovekove sreće je u njegovoj umnoj delatnosti i delatnostima povezanim sa razumskim tj. umnim.

Aristotel je postavio teoriju da čovekova duša ima tri bitne komponente.

- **Prva komponenta** je taj razumski, umni, svesni stav čoveka o čoveku na Zemlji.
- **Druga komponenta** su čovekovi afekti, osećanja, mada njih imaju i životinje.
- **Treća komponenta** je vegetativni deo kao podloga afekata, što su biološke dispozicije i instinktivno – nagonske sile u čoveku. Podrazumevaju se hranjenje i rastenje, što je zajedničko i biljnom i životinjskom svetu.

Aristotel razumsko ili umno čovekovo, odnosno njegovu psihu, razlaže na tri elementa koja čine mentalnu ukupnost.

- *Prvi element su zavist, ljubav, ljutnja – afekti.*
- *Drugi element su dispozicija i stavovi* – dispozicija je ono što je podloga afekata.
- *Treći element su čovekovi razumski svesni stavovi* – svesno izgrađene i sticane osobine tokom života.

Prema Aristotelu, ono što nazivamo vrlinama i porocima su zapravo stavovi nastali kao posledica svesnog izbora i opredeljenja individue i predstavljaju moralne stavove te ličnosti.

Aristotel u svom etičkom učenju ističe značaj akcije u formiranju morala, nasuprot Sokratovim učenjima o nadređivanju intelektualizma svemu i traženju vrline u znanju i suvom poznavanju zla i dobra. *Aristotel smatra da vrline nisu urođene čoveku, da čovek po samoj svojoj prirodi nije ni dobar, ni loš.* On postaje dobrim ili zlim navikavajući se na dobra ili loša dela i tako stvara svoj karakter. ***"Dobar čovek se postaje praktičnim ponašanjem. Kao što se plivanje samo u vodi uči, a muzika vežbanjem na instrumentima, tako se i pravedan postaje pravednim postupkom"***, suština je Aristotelovog stava.

Trudeći se da objasni vrlinu, Aristotel razlikuje intelektualne vrline – *dijanoetičke* i moralne vrline – *etičke*. Etičkim vrlinama smatra hrabrost, velikodušnost, umerenost, samosavlađivanje, druželjubivost, časnost, istinoljubivost, društveni takt, darežljivost, raspoloženje, prijateljstvo i pravednost kao najvišu vrlinu. Intelektualne vrline su razumnost, mudrost, nauka, praktična spoznaja, usvajanje veština i drugo.

Aristotel smatra da su etičke vrline karakterne vrline, a dijanoetičke ili intelektualne vrline su više vrline od etičkih jer su vrline razumskog – umnog, mišljenja i spoznavanja. Intelektualne vrline se stiču iskustvom i učenjem.

Etičke vrline se ne stiču iskustvom i učenjem, već su to vrline navike.

Aristotel smatra državu odgovornom za vrline navike, odnosno stvaranje morala (etike) jer zakonodavac treba da uredi i naredi dobre navike i tako stvori dobre građane. Aristotel smatra da ako je čovek primoran da čini i da se pridržava dobrih, zakonom propisanih dobrih navika vremenom će spoznati zadovoljstvo življenja, vršeći te dobre navike i dobra dela koje mu je nametnuo zakonodavac. Aristotel etičke – moralne vrline smatra sredinom dve krajnosti (dva antipoda), preterano i nedovoljno, premalo i previše. Ovakav Aristotelov stav ne podrazumeva aritmetičku ili jednostavnu količinsku sredinu dve krajnosti, već ***zlatnu sredinu prihvaćenog razumskog svesnog čovekovog ponašanja jer krajnosti od toga i u jednom i u drugom smeru predstavljaju mane.*** Aristotelova zlatna sredina je prava optimalna mera moralnih – etičkih kvaliteta čoveka, što pretpostavlja ukupno ponašanje pojedinca po principu pravog ponašanja.

Aristotel tako nabraja poželjne, prave ljudske moralne vrline:

1. **darežljivost** – sredina između tvrdičluka i rasipništva,
2. **hrabrost** – sredina između kukavičluka i naglosti,
3. **duhovnost** – sredina između mrzovolje i lakrdijaštva,
4. **skromnost** – sredina između drskosti i stidljivosti,
5. **pravi ponos** – sredina između poniznosti i preterane sujete,
6. **umerenost** – sredina između neosetljivosti i razuzdanosti.

Poželjno moralno ponašanje čoveka, ponašanje razumom određeno – znači srednje ponašanje je sredina između preterivanja i zaostajanja za merom, sredina između dva rđava smera.

Aristotel smatra da je etika deo nauke o čoveku koja treba da mu donese sreću jer je produkt njegove umne svesne aktivnosti. Dakle, bio je veoma progresivan u naučnom doprinosu shvatanjima čovekove sreće i uživanja. *Aristotel je znao da svi ljudi teže uživanju i sreći ali da svi ne teže ka istom uživanju i istoj formi sreće.*

Aristotel je bio etički realista u praksi. Smatrao je vrlinu specifičnom čovekovom delatnošću i specifičnom odlikom pojedinca u odnosu na druge ljude. Tvrdio je da će uman, razborit i učen čovek pronaći pravu meru – **ničeg previše** – što je okosnica etike.

Aristotel je smatrao najsvetijom dužnošću da se istini da prednost nad svim drugim moralnim vrednostima, pa i nad prijateljstvom. Ostao je njegov aforizam: **"Prijatelj mi je Platon ali mi je istina draža."**

KINIČKI ETIČKO-FILOZOFSKI PRAVAC

Antisten, Diogen

Kinici su, živeli uz minimalne potrebe, lutali kao beskućnici (kinik – "pas"), tako se njihova etika zvala **etika nemanja potreba**. Otvoreno su prkosili običajima i običajnim normama, suprostavljajući se svim dotadašnjim obzirima ponašanja i kulture u znak protesta protiv vlastodržaca ondašnje države Grčke i protivnika svog učenja. Zbog toga su dobijali pogrdna imena, kao i sam njihov pravac.

Za filozofe kinike najkarakterističnije je da su se suprotstavili zvaničnoj politeističkoj religiji, odnosno mnogobožaćkom verovanju, smatrajući da postoji samo jedan bog. *Kinici su sve vrednosti društvenih institucija, kao što je država i brak odbacili.*

Kinici su ignorisali uobičajena životna pravila, čak nisu poštovali ni ona osnovna, kao što je, recimo, pristojnost. Kinici smatraju osnovnim ljudskim vrlinama samosavlađivanje, svođenje potreba na minimum, samodovoljnost kao jedini put da se postignu potpuna sloboda, oslobođenje i sreća. **Kinici nisu verovali, za razliku od Sokrata, u vrlinu i vrednost saznanja.** Predlagali su bekstvo iz civilizacije i gradova u prirodu i usamljenost.

Kinici su tvrdili da ne postoji nikakvo čovečanstvo, već samo ljudi, odnosno ljudi pojedinci i da nije moguće govoriti o dobrim i rđavim ljudima, već samo o ljudima. Takav stav ne priznaje utvrđene, prihvaćene i postignute vrednosti i nazvan je **nihilizmom**, a kinička filozofija i etika nazvane **nominalističkim**, zbog odbacivanja kategorije zajedništva.

Antisten

Antisten (444 – 366. godine pre nove ere) je Sokratov učenik, a od Platona je stariji sedamnaest godina. Antisten je imao neobičan životni put. Do Sokratove smrti živio je u aristokratskom sloju, ne odstupajući od postojećeg ponašanja filozofa tog vremena i Sokratovih sledbenika. Antisten je naglo odbacio i prezreo sve do tada prihvaćene i cenjene vrednosti. Insistirao je na jednostavnoj dobroti, družio se sa običnim ljudima, radnicima, seljacima i oblačio se kao i oni. Svoju filozofiju i etičko učenje sprovodio je pod vedrim nebom, na ulici, na trgovima, govoreći neoficijelnim jezikom razumljivim neukim ljudima.

Antisten je sve filozofe svog vremena smatrao bezvrednim, tvrdeći da sve što oni mogu znati, može znati običan i jednostavan, neobrazovan čovek. Verovao je u čovekov povratak prirodi, negirajući i ne prihvatajući ni državu ni brak, ni privatnu svojinu, ni religiju. Odbacivao je do prezira čulna zadovoljstva i raskoš, bogatstvo i materijalna dobra. Smatrao ih je prividnim dobrom, a suštinski bezvrednim, nepotrebnim čak i zlim, nedostojnim svakog mudrog čoveka. Antisten čineći sve to zapravo insistira na tome da čovek treba da živi unutar sebe slobodno, ne vezujući se ni za šta što je društvo utvrdilo i nametnulo.

Diogen

Diogen (403 – 329. godine pre nove ere) otišao je dalje od Antistena u svom negiranju postojeće etičke filozofije. Diogen je prozvan kinikom jer je odlučio da živi kao pas, odbacujući sve konvencionalnosti vezane za religiju, oblačenje, ishranu, pristojnost, ponašanje, vođenje domaćinstva itd. Postoji legenda da je živio u buretu. Diogen je živio kao indijski fakir prosjačeći. Bratimio se sa svim ljudima i sa životinjama. Za života kolale su razne priče o njemu.

Ostala je legenda da je osvajač Aleksandar Makedonski porazivši Atinjane potražio Diogena sa namerom da ga pridobije za sebe kao neobično umnog čoveka, a ekscentrika, te mu je ponudio svoju moć pitanjem šta želi da učini za njega. Diogen je odgovorio: "Sklonite mi se sa svetlosti." Smatrao je da zemaljska dobra ništa ne vrede. Težio je moralnoj slobodi, oslobođenju od želja, naročito od želja ka zemaljskim materijalnim dobrima kao svemu nadređenoj vrlini. Diogen je govorio: "Spoljašnja dobra su nepouzdana, ona su dar sreće, a ne nagrade za naše sopstvene napore. Samo subjektivna dobra, vrlina ili zadovoljstvo postignuto rezignacijom pouzdana su i mudar čovek ceniće samo njih".

Diogen je u svom etičkofilozofskom učenju tvrdio da je svet rđav i da, svakog pojedinca, treba naučiti da živi nezavisno od zajednice. Čoveku pojedinačno, nije potrebno mnogo, on je dovoljan sam sebi, jer se tako može ostvariti u potpunoj nezavisnosti i ličnoj slobodi. Potrebe treba svesti na minimum, opredeliti se za skroman, prirodan i jednostavan život.

Etičkofilozofsko učenje kinika Diogena i Antistena, ima smisla samo kao reakcija na nehumanost i kao borba protiv izveštačenosti kulture koju su nametnule vladajuće grupe u klasnom društvu ili u službi protiv izopačenosti civilizacije, odnosno potrošačkog društva.

Zahtev kinika za povratak prirodi i potpunu jednostavnost, sa ignorisanjem ljudskih saznanja, ne može biti opredeljenje čoveku, a posebno ne mladim generacijama.

HEDONIZAM – ETIČKOFILOZOFSKI PRAVAC Aristip, Epikur

Hedone (čulno zadovoljstvo) najviše je moralno dobro i postignuće čoveka prema stavovima filozofa hedonista.

Tvorci hedonističkog pravca etičkog učenja smatraju vrhuncem čovekovog ostvarenja **ataraksiju duše**. *Ataraksija je postizanje smirenosti, nepomućenosti kompletnog duševnog mira kroz duševnu ravnotežu, bezbolnost, i to bez uzbuđenja*. Hedonisti smatraju da su neugodnosti i bol uzroci nemira duše.

Tri su vrednosna stava u učenju hedonista.

1. *Čovekove neke potrebe su prirodne i to nužne*, kao što su glad, žeđ, i treba ih zadovoljiti.
2. *Prirodni ali ne tako nužni* su prohtevi za delikatnim jelom, pićem i čovek može da ih se odrekne da bi postigao ataraksiju.
3. *Treće čovekove potrebe su neprirodne*, a to su pre svega želja za postizanjem ugleda, slave, bogatstva. Njih treba izbegavati.

Aristip

Aristip je čuveni hedonista antičke Grčke. Učio je o važnosti sadašnjeg trenutka za ostvarenje sreće i ataraksije duše. *"Trenutno zadovoljstvo je ono što je vredno i poželjno, jer za buduća zadovoljstva nismo sigurni da ćemo ih doživeti, a ranija zadovoljstva su i inače protekla, dakle jedino je sadašnjost naša."* Ovaj citat je suština Aristipovog hedonističkog učenja.

Epikur

Epikur (342 – 271. godine pre nove ere) najznačajniji i najupamćeniji je protagonista hedonističkog etičkog pravca. Njegovo ime je eponim za hedonizam.

Epikur smatra da ništa tako ne uznemirava čoveka i ništa tako ne narušava i ugrožava njegovu sreću i duševnu skladnost kao bol i strah od smrti. *"Strah od smrti je nepotreban, jer ako nešto ne doživljavamo ili ne možemo doživeti, onda to ne može za nas biti ni dobro ni zlo. Strah od smrti je, znači, bezrazložan, jer dokle mi postojimo nema smrti, a kad smrt dođe, nas više neće biti."* Suština Epikurovog stava je da čovek treba da se oslobodi straha od smrti, straha od bola i straha od kazne bogova.

Epikur u svojoj knjizi **Ciljevi života** kaže: *"Ne znam kako bih mogao shvatiti dobro ako iz njega odbacim zadovoljstva ljubavi, ako odbacim zadovoljstvo koje pruža čulo ukusa i ona koja dolaze od slušanja i gledanja. Početak i koren svakog dobra je zadovoljstvo, koje dolazi od stomaka. Čak se i mudrost i kultura moraju ovom pripisati. Zadovoljstva duha sastoje se u razmišljanju o zadovoljstvima tela."*

Hedonističko Epikurovo učenje ostalo je upamćeno i po pojmu *epikurejski vrt*. Epikur je smatrao da se zadovoljstvo u životu može postići izbegavanjem rasprava sa bilo kim, o bilo kom problemu, jer to može da naruši emocionalnu usklađenost individue, a time i potpunost zadovoljstva duše. *Epikur smatra da se treba kretati samo u krugu prijatelja i istomišljenika i tako izbeći neprijatnosti izazvane raspravama i oponirajućim stavovima*. Tako se ljudima koji padnu u izrazitu afektivnost u diskusiji i ne mire se sa stavovima suprotnim od onih koje zastupaju, kaže da idu u epikurejski vrt. Epikur smatra prijateljstvo značajnijim od primarne vrline i čovek treba da mu teži.

Hedonizam nije prihvatljiva etička filozofija života, ali u medicinskoj etici ima trajnu vrednost. *Stavovi aktuelne naučne medicine imaju identična Epikurovim, humana polazišta – osloboditi čoveka bolova* (lekovi, brojni analgetici i činjenja da čovek ne pati trpeći bol u bolisti ili trpeći duševni bol), *te osloboditi čoveka straha od smrti*. Današnja civilizacija je postigla da je čovek oslobođen straha od života posle smrti, u raju ili paklu. U Epikurovo vreme taj strah je nametala religija i zahtevalo se kao u epohi srednjeg veka i religioznom hrišćanskom učenju da se u privremenom životu na Zemlji treba što više uzdržavati, patiti i trpeti da bi se obezbedilo trajno zadovoljstvo i sreća u raju posle smrti.

Epikurov koncept kako prevazići strah od smrti je originalan, ali je upotrebljiv i u savremenoj lekarskoj praksi. Epikur je smatrao da je duša, kao i telo, sastavljena od atoma i da smrt znači razlaganje tih atoma. Posle smrti nema ništa, ni pakla, ni raja, a sve sazajno i sve zadovoljstvo čovek ostvaruje samo tokom života.

STOICIZAM – ETIČKO UČENJE

Zenon, Epiktet, Marko Aurelije, Seneka

Stoička etika se razvijala paralelno sa epikurejskom etičkom filozofijom i takmičila se sa njom. Stoička etika je, kao delom i hedonizam (*epikurejstvo*), mogla biti prihvaćena u prostoru Grčke i Rimske imperije zahvaljujući ondašnjim aktuelnim društvenim događanjima, odnosno propadanju robovlastičkog sistema Grčke i krizi i uzdrmanosti Rimskog carstva. *Neumitnost propadanja, transformacije i raslojavanja imperije i robovlasničkog sistema terala je mudrace – pojedince i grupe da se kroz etičko filozofsku – orijentaciju i nove vrednosne etičke sisteme odupru i suprotstave uticaju i prodoru varvarskih i primitivnih religija i hrišćanstva*.

Stoicizam je rigorozan i koherentan racionalizam po suštini stavova o moralu. Stoici neguju ideju determinizma u fizici i ideju univerzalne solidarnosti ljudi i bića uopšte.

Zenon

Zenon (336 – 254. godine pre nove ere) *rodonačelnik je i osnivač stoicizma kao filozofskog etičkog pravca sa Hrisipom*. Najznačajniji sledbenici su im bili *Epiktet* u Grčkoj, a *Seneka* i *Marko Aurelije* u Rimu.

Stoici su konkurentski bili nastrojani prema epikurejskoj filozofiji i tražili su specifičnu i autentičnu filozofsko–etičku orijentaciju. Postigli su je samim izborom mesta svog sastajanja i vođenja rasprava. *Bile su to otvorene dvorane sa stubovima (stoa) na glavnom atinskom trgu a ne vrtovi.* Pristalice stoicizma bili su i Grci i Rimljani, ali i bogati i siromašni. Rimom su u to vreme vladali okrutni rimski carevi **Kaligula** i **Neron** a u Atini je na vlasti bila **"tiranija tridesetorice"** sa gubilištem na sred Atine. Suština stoicizma bio je tihi protest protiv tiranije sa simboličkim ritualom čišćenja od grehova. Zahtevi su im bili jedinstveni ali je svaki pojedinac, mislilac u grupi imao cilj da intelektualnim naporom postigne sopstveni unutrašnji mir i spokojstvo u uravnoteženosti ličnih emocija.

Epiktet

Epiktet (50 – 138. godine) je bio Grk poznat po sentenci *"podnosi i apstiniraj"*. Epiket je učio da se protiv svih spoljnih događanja treba boriti koncentrisanjem na sopstvenu unutrašnju uravnoteženost. Neophodno je obuzdati ličnu žudnju i strast da bi se sačuvala razumska sopstvena unutrašnja sloboda.

Marko Aurelije Antonije

Marko Aurelije (121 – 180. godine), Rimljanin, čuveni vojskovođa i vladalac, živio je strogo asketski. Kada je bio svestan bliske sopstvene smrti, rekao je svom stražaru: *"Obrati se izlazećem Suncu, moje Sunce je na zalasku."* Aurelije je pred smrt proglasio sina **Comodusa** za svog naslednika rekavši: *"Nešto malo kasnije i vi nećete biti viđeni, niti od stvari koje sada vidite, niti od ljudi koji sada žive. Sve je u prirodi podložno transformaciji, promeni i padu. Smrt je samo predah, odmor od protivrečnosti postojanja."*

Seneka

Seneka, Rimljanin, bio je senator i pobornik stoičke etike. Seneka je tvrdio da je zadatak stoičkog etičkog učenja trostruk:

- 1) *da utvrdi životna dobra – znači stvarnu vrednost svih stvari;*
- 2) *da odredi odnos nagonskih težnji prema tim vrednostima;*
- 3) *da pronade kriterijume po kojim će se čovek rukovoditi i ponašati tokom života.*

Iako je Seneka bio lični Neronov učitelj i državnik, pogubljen je kao žrtva svog učenja i svoje etičke filozofije, slično kao Sokrat.

Moral stoičara i njihovo etičko–filozofsko učenje podrazumevali su da mudrac – čovek treba da spozna i shvati zakonitosti svetskog događanja i zbivanja uopšte, ali da shvati i njegovu nepromenljivost. Stoičari smatraju da se na svetsko događanje ne može uticati i to sa-

znanje mudracu donosi sreću i spokojstvo. Primiti svetsku nužnost u svom saznanju kao unutrašnju svoju prirodu za stoičare znači slediti slobodu moralne sopstvene volje. *"Čovek treba da spozna nužnost, da izdrži i podnese sve neizbežne udarce i nedaće života, i to smerno, izmireno sa neumitnom sudbinom."* **Stoički čvrsto treba podnositi neugodnosti svakodnevnog života da bi se ostvarila unutrašnja sreća i zadovoljstvo.** Potrebno je ovladati svojim emocijama i strastima, ne uznemiravati se spoljnim događanjima i gubitkom ili ostvarenjem materijalnih dobara. Premisa je stoičara da čovek treba da se pokori onom što nije u njegovoj vlasti i da to prihvati. Čovek treba da jača ono na šta može da utiče, odnosno da to razume i da je svestan načina primanja i doživljavanja sopstvene sudbine.

Stoičari od vrlina posebno ističu *čovekoljublje, život u sveopštem bratstvu i čovečnosti, kao i želju da se sopstveni život posveti blagostanju drugih ljudi.* Zalagali su se za jednakost svih ljudi tvrdeći: **"Svi ljudi su podjednaki i pripadaju velikoj zajednici"**, insistirali su na dobroti prema robovima i ljubavi prema neprijateljima. *Druželjubivost, blagost, milostivost i blagonaklonost* stoići su smatrali vrlinama neophodnim za častan ljudski život. *Smrt su stoići shvatali kao neizbežnu posledicu života, smrt se mora podneti kao i život, dostojanstveno i mirno.*

Stoići su smatrali da takozvana opštetežeća dobra – bogatstvo, zdravlje, počasti i sam život nisu istinska dobra, a sva takozvana – zla i smrt, a posebno bol – nisu zla. Oni su bili indiferentni prema svim tim vrednostima, *smatrali su da je jedino zlo život onog koji odbija mudrost.* Stoičari misle da je mudrac stoičar kada ostvari apsolutnu vlast razuma u sebi, čovek pun vrline, distanciran od svake imaginacije, svake afektivne ogoljenosti i svake strasti. Za stoičare vrlina nema sredinu, čovek je ili *čovek vrline* ili *čovek poroka*. Međutim, sve greške su jednake, što je suštinski paradoks stoičke etičke filozofije. Prema stoičarima, mudrac stoičar znači biti **"građanin kosmosa"**. Stoicizam osetljiv na istočnjačke uticaje u suštini je postao pravi misticizam, misticizam živog kosmosa. Stvorili su ideju jednakosti učeći da su svi ravnopravni. **Stoička etika je pasivistička u suštini**, jer insistira na uzdržavanju, trpljenju, ograničavanju i indiferentnosti prema svemu sudbonosnom i spoljašnjem.

Etičko učenje stoičkog pravca sa aspekta aktuelne medicine i medicinske etike ima prihvatljive elemente. Nastojanje lekara je podređeno cilju da svom pacijentu u najtežim trenucima bolesti sačuva mir, njegovu unutrašnju slobodu, da bi se snagom svoje volje i svog karaktera suprotstavio bolesti i neminovnosti lošeg njenog ishoda. Lekar često ima nezahvalnu profesionalnu ulogu da pripremi svog bolesnika za neumitni loš ishod bolesti. *Medicinska etika nalaže humanistički i optimistički stav koji treba preneti bolesnom i njegovoj porodici i u najbezizlaznijim okolnostima teške bolesti izvesno smrtnog ishoda.*

Lekar ne uliva danas samo nadu već i sam neguje optimizam i ulaže znanje i veštinu kako bi se postigao povoljan ishod bolesti.

ETIČKA UČENJA SREDNJEG VEKA

Srednji vek je poznat kao "*vek mračnjaštva ljudske civilizacije*".

Srednji vek se na evropskom kontinentu nastavio na period zavidnih dostignuća nauke i kulture, kao i medicine antičkog doba i *post-hipokratovskog vremena*. Istorijski, srednjevekovna civilizacija profilisala je specifičnosti filozofskih, religijskih i naučnih vrednosti u okviru tada vladajućeg klasnog feudalnog društvenog uređenja. Razvojno očekivani trend dostignutog nivoa ranijih civilizacija na početku drugog milenijuma zamračen je dominacijom dogmatskih učenja. Brojne već postignute vrednosti su suspendovane u utilitarnoj proizvodljivosti tumačenjem moćnika iz aristokratskog društvenog sloja. Etika se kroz srednji vek razvijala na dogmatskim poimanjima čoveka i njegovog ovozemaljskog života. Međutim, ceo period srednjevekovne ljudske istorije u Evropi, a i na drugim kontinentima utemeljio je sveukupne civilizacijske vrednosti na dogmatizmu i religiji, ali i unošenjem misticizma.

Etičke vrednosti, time i etika, u srednjem veku su podređene utilitarnim potrebama nadvlašćene grupe – klase, samoživim potrebama monarha – vladaoaca determinisane bogodatošću velikodostojnika Crkve i vlastele. *Epoha srednjeg veka u suštini je zaustavila razvoj nauke i naučne misli i prestala da neguje čovekoljublje u pravom smislu te reči*. Etičnost, ljudsko dostojanstvo i brojne druge vrednosti kvaliteta i prosperiteta ljudskog življenja podređeni su dogmatskim stavovima i dogmatskim učenjima.

HRIŠĆANSTVO I ETIČKA UČENJA Filon, Sveti Avgustin, Toma Akvinski

Hrišćanstvo, kao filozofija i kao religija nastajalo je kroz praktično tri puna veka, počevši od prve godine računanja vremena nazvanog nova era.

Utemeljivač i osnivač hrišćanstva je Isus Hristos, Nazarećanin, nepoznatog etničkog porekla. Po saznanjima, Nazaret, mesto Isusovog rođenja, u to vreme su nastanjivali Feničani, Jevreji, Sirijci, Arabljeni i Grci. Hrišćanska religija koju je utemeljio Isus, u suštini je učenje reformisanog kulta Jehovine monoteističke apoteoze. Isus uči da jedan bog nije više kao Jehova, bog jednog izabranog naroda, već je bog svih naroda i apsolutni jedinstveni gospodar sveta u kome su svi narodi i sve postojeće živo i neživo pred njim izjednačeni, potpuno su u njegovoj volji i vlasti kao robovi. Neki istoričari pokušavaju objasniti da je hrišćanstvo kao religija jevrejskog porekla jer se u hrišćanskom učenju Jevreji pominju kao božji izabranici. Otpor prema Isusovoj propovedi i učenju u jevrejskom narodu uzrokovao je njegovo raspeće. *Opravedana je istorijska pretpostavka da je antisemitizam proklamovan od pobornika ortodoksnog hrišćanstva, prokazivanjem jevrejske izdaje Hrista Rimljanima, a ne Isusovim učenjem.*

Filon

Filon (35. god pre nove ere – 54. god nove ere) je iz Aleksandrije. Filon je propovedao da je biblijsko učenje, odnosno hrišćanstvo superiornije od grčke filozofije.

Filon se ne tretira kao propovednik hrišćanstva onako kao što je prikazan sveti Petar, nije pravi misionar hrišćanstva, ali je omeđio hrišćansku misao prema grčkoj filozofiji. *Filon je princip Dajmoniona iz grčke filozofije nazvao anđelom. Ustrojio je hijerarhiju među anđelima, razlikujući anđele i arhandele.* Po Filonu, đavoli su otpadnici od anđela – loši anđeli i simboli su ljudskog zla.

Sveti Avgustin

Sveti Avgustin (354 – 453. godine nove ere) *čuveni je protagonista hrišćanstva. Razlikuje u ljudskoj duši (psihi) inteligenciju od saznanja, žudnju od radosti, strah od tuge.*

Sveti Avgustin pravi razliku između dobra koje je stvarni izraz ljubavi u odnosu na usmerenu ljubav. Konačno, razlikuje ljubav najvišeg ranga koja se moguće razvija među ljudima, ali i u odnosu između Boga i čoveka, nazvavši je *caritas*.

Sveti Avgustin uzima čoveka za predmet svoje filozofije. To je čovek koji želi istinu i lepotu življenja. *Čovek je za Svetog Avgustina stvarno i ravnopravno jedinstvo duše i tela.*

Sveti Avgustin je priznavao dualizam tela i duše ali je razvijao učenje kao novi vid dualizma oslonjenog na čovekovo postojanje u vremenu i čovekov odnos prema večnosti. Ta dvojnost čovekove prirode nije izražena samo kroz konflikt duše i tela već i kroz novu kategoriju konflikta čovekovog psiho-fizičkog bića datog u vremenskoj genezi, ali sa težnjom za večnim životom. Smatrao je osnovnom suprotnošću čovekove sudbine suprotnost između savršenstva i žudnje za kompletnim životom. Čovek samo egzistira na Zemlji ali ne postoji što je osnova njegove sentence o *tragikomediji ljudskog postojanja uopšte.*

Toma Akvinski

Toma Akvinski (1225–1274) *je govorio da je čovek biće na višem stepenu razvoja od životinje, ali na nižem od anđela.* Toma Akvinski kao antropolog i filozof tezu o čoveku i objektivnom svetu hijerarhije i dužnosti svodi na hijerarhijski princip koji se uvek odnosi na čoveka. *Ispod čoveka su materijalna a iznad njega duhovna bogatstva, te je u objektivnom svetu moguće utvrditi lestvicu za čoveka.* Toma Akvinski postavlja na tom učenju **deveto-stepenu poziciju za čoveka**, poredeći ga sa životinjama. *Nije shvatao čoveka ni kao telesno ni kao isključivo duhovno biće.* Naprotiv, naglašavao je i isticao čovekovu srodnost i sa životinjama, i sa anđelima. Čoveka nije hteo da uvrsti ni u jednu od tih kategorija, već mu je dao posebnu stepenicu u hijerarhiji svojih vrednosnih mera.

Toma Akvinski smatra da je čovek društvena i politička životinja i zato je neizbežan njegov život u grupi, jer čovek ne može sam da ostvari svoje potrebe bez zajednice – društva.

Toma Akvinski je smelo kritikovao učenje crkve i papstvo koji su dominantno obeležili ceo srednji vek protagonišući božije kraljevstvo na zemlji. Bio je to i društveni protest, a protiv svemoćne feudalne gospode, protiv strahota ratovanja i pljački i protiv moći i nedodirljivosti viteza i njihovog reda.

HRIŠĆANSKA I CRKVENA ETIKA

Isusovo hrišćansko religijsko učenje *osnovne postavke imalo je u protivljenju ropstvu bilo kog čoveka*. Propovedao je ljubav prema bližnjem i čoveku uopšte. Propovedao je naklonost, darežljivost i samilost prema siromašnima, a sebe video kao Mesiju koji će uspostaviti konačnu pravdu na Zemlji i za sve ljude podjednako. Isusovo učenje i propovedi u opštoj populaciji bili su nadmoćni u odnosu na tada vladajuću grčko-rimsku filozofiju. **Poput Sokrata i sam Isus Hristos nije ostavio nijedan istorijski pisani dokument o autentičnim svojim učenjima i propovedima** te su sledbenici, a pre svega njegovi učenici, dali o njemu i učenju prve autentične opise, po sećanju – dve decenije nakon Isusovog raspeća i uskrsnuća.

Epoha hrišćanstva u srednjem veku nazvana je i epohom duha, *trebalo je u toj epohi da hrišćansko učenje pobedi sva zla na zemlji i među ljudima*. Hrišćanstvo se nije potvrdilo u praksi, nije potvrdilo svoja polazna učenja i svoju proklamovanu humanističku ideju.

Činjenica je da hrišćanstvo u svom učenju proklamuje i insistira na jednakosti svih ljudi u društvu. *Nažalost, već oko 313. godine nove ere – donošenjem Milanskog edikta nastala je komplikovana hijerarhija instituisanjem svemoćnog pape i istovremenim obespravljivanjem jeretika – nevernika*. Sledeći vekovi su vreme najteže dehumanizacije i degradacije čoveka kroz uvedenu instituciju *ropstva dogmatizmu*. **Hrišćanska religija i naučna etika, reklo bi se, od tada izneveravaju čoveka**. Proklamovana jednakost je kapitulirala i nestala pred stvaranjem mogućnosti da čovek vlada neograničeno drugim čovekom što se prvenstveno odnosilo na crkvene velikodostojnike. *Tako je iščezla nada da će čovek sopstvenom snagom tokom svog ovozemaljskog života pobediti nepravdu, zlo i siromaštvo*.

Hrišćanstvo je tada, preciznije crkva svojom snagom, zamenila teze i ponudila je čoveku svu sreću i radost života nakon smrti večno, propagirajuću pravu božansku vrednost zagrobnog života. Pojedinaac stoički treba da podnese poniženja, zlo i siromaštvo za života, ispunjen ljubavlju prema bogu i svu snagu svog postojanja da usmeri u spasenje svoje duše, ali tek na nebu. Patnja i beda tokom života tako postaju garancija i vrednost za sigurno sticanje sreće u raju. Propovednici obaveštavaju siromašne: *"A vi koji se mučite na ovom svetu, na onom svetu, uživaćete Carstvo nebesko"*. Crkva uči: *na nebu postoji raj i pakao te analogno tome na Zemlji treba i mora postojati siromah i bogataš*. Mora postojati nada da će se po zakonima milosrđa izmeniti uloge onaj ko je teško živio na zemlji, lagodno će živeti na nebu.

Dve su osnovne zamerke hrišćanskoj crkvi tog vremena:

1. Crkva ne insistira na ostvarenju čovekovih prava na ovom svetu, tokom života, već ga priprema za večni srećni život na nebu posle smrti.
2. Crkva tog vremena nikada se nije zalagala za ukidanje institucije ropstva.

Razvoj etike u savremenom smislu stagnira i nazaduje tokom srednjeg veka.

ISLAMSKA ETIKA

Islam je ime religije koja se u evropskoj tradiciji (zapadna kultura) naziva *mohamedanstvo*. Islamska religija se zasniva na otkrovenjima koja je izrekao prorok Mohamed (rođen 570. godine u Meki, umro 632. godine i sahranjen u kolibi svoje žene Ajše u Medini). Nakon smrti proroka Mohameda njegova izrečena otkrovenja Boga skupljena su i objavljena u knjizi nazvanoj *Kuran*. *Kuran* je sveta knjiga islama, koja sadrži osnovna pravila islama. Vernici smatraju da je reč samoga Boga.

Termin islam koristi se u *Kuranu* da označi karakterističan stav njegovih privrženika i sledbenika, tj. "prepuštanje" ili "predaju" božjoj volji. Same pristalice islama nazivaju se muslimanima – "vernici". Prorok Mohamed po tradiciji islama je obično ljudsko biće kome je Bog dodelio specijalnu misiju otkrovenja o jedinom božanstvu Alahu. Ortodoksni islam do danas dosledno tradiciji zadržava ljudsku prirodu proroka Mohameda i odbacuje bilo kakvu vrstu molitve upućene njemu, smatrajući to većim grehom od krivoverstva.

Propovedanje Prorokovo je za samo 10 godina islamiziralo brojna arapska plemena stočara i ratara u Meki. Prorok se na molbu građana Jasriba – danas Medine, preselio kod njih 622. godine. To je slavljena *Hidžra* (iseljavanje) i tom godinom počinje muslimanski kalendar. Mohamedanstvo se brzo proširilo u prostor arapskih plemena ujedinjujući ih na ozakonjenim normama tradicionalizma zapisanim u *Kuranu*. Nastala je muslimanska zajednica a Mohamed eshatološka figura i posebno privilegovani Alahov posrednik. Prema islamu uloga Proroka je bila potpuno pasivna, što se to dokazuje u *Kuranu*: "Bog je rekao". Bog (Alah) je "jedina Svetlost i bio je pre svega." "On je bio poznat pre svih stvari i svakog stvora i nastaviće da traje nakon kraja svega." "Stvorio je čoveka od ugruška krvi." "Tvoj gospodar je najplemenitiji." "Naučio je čoveka peru." "Naučio je čoveka ono što nije znao." "*Kuran* stalno naglašava Jednost Boga (jedino božanstvo), jedino Stvarno i Večno". "Neograničena je suverenost njegova nad njegovom celokupnom kreacijom, posebno nad ljudima, njegovo sveznanje i svemoć, njegovo milosrđe, opraštanje, dobročinstvo i neminovnost Sudnjeg dana kada će Bog kao sudija osuditi čovečanstvo na Raj ili na Pakao". "Anđeli su Alahovi nebeski pomoćnici i prenosioци poruka a Proroci preko kojih prenosi svoje otkrovenje ljudima su i te kako smrtni ljudi". "Mohamed je poslednji uključujući redosled Proroka od Adama, Avrama, Mojzija i Isusa." "Mohamed je poslednji Prorok prenosilac konačnog i savršenog Alahovog otkrovenja ljudima."

Instituisana muslimanska zajednica transformisala se u islamsku državu sa ekonomsko-političkim specifičnostima. Prorok Mohamed, a ni *Kuran* posle njegove smrti, nisu ustanovili pravila za upravljanje muslimanskom zajednicom. Vlananje je jednostavno bila lična funkcija nadzora nad operacijama spoljnog rata i odbrane i unutrašnjeg održavanja religije i institucija islama. Brzo je počeo građanski rat unutar islamske zajednice zbog nezadovoljstava arapskih plemena Iraka i Egipta i rezultirao ubistvom halifa (vrhovnog vladaoca). Nastale su podele unutar zajednice, najveća grupa bili su *Suniti* – sledbenici sune (prakse). Iznad svega drugog stavljali su jedinstvo zajednice, namereni da jedinstvo održe i pomoću sile. Naspram Sunita su bile dve otpadničke grupe. Prva grupa su *Šiiti* (Alijevi partizani). Smatrali su da je isključivo legitimno vlananje islamskom zajednicom, posle Mohamedove smrti, njegovog zeta i rođaka

Alije i njegovih potomaka. Druga otpadnička grupa je odbacivala i sunitske i šiitske pozicije, smatrajući da je ne samo pravo već i dužnost islamske zajednice da bira svog vođu i da ga smeni ako utvrdi da je grešan. Sledbenici ove sekte zovu se *Haridžiti* ili "otpadnici".

Etika islama se temelji na etičkim normama iz dva izvora.

– **Prvi izvor** je biblijski otelovljen u poruci koju je Bog otkrio Mohamedu 1623. godine a zabeležen u *Kuranu* posle Mohamedove smrti.

– **Drugi izvor** je tumačenje ove poruke kroz primere Mohamedovog delovanja i kazivanja normi nazvanih *Sune*.

Islam je danas jedna od glavnih svetskih religija u porodici monoteističkih religija sa judeizmom i hrišćanstvom. Ima milijardu sledbenika i najekspanzivnija je religija. Islam propagira idealne etičke vrednosti čoveka, utemeljujući kroz *Kuran* moralno ljudsko delovanje.

Ilustracija humanističnosti u *Kuranu* je poziv pojedincu da lično bogatstvo troši na:

1. porodicu i rođake;	2. siročad;	3. sirotinju;
4. beskućnike;	5. one kojima je potrebna pomoć;	6. oslobađanje zarobljenih.

Ove Alahove zapovesti nameću odgovornost muslimanu da razvije društvenu svest.

Islamska etika po učenju *Kurana* privileguje muslimana da čini ispravno i sprečava pogrešno. Borba za ostvarenje ovog uzvišenog cilja uvukla je muslimane u ratovanje, po *Kuranu* – **džihad**. Džihad se pogrešno prevodi kao sveti rat, jer u suštini ima širu konotaciju pošto uključuje borbu mirnim sredstvima (propovedanje, obrazovanje, borba za sopstveno pročišćenje). *Kuran* ipak uređuje uslove za oružani rat i mir uz tumačenje krajnje svrhe božje reči kroz poziv ljudima na "pravedni mir". *Kuran* i *Suna* utemeljuju etička učenja islama kroz dobročiniteljstvo.

Na primer, danas se sa šest datih stavova profilise poslovna islamska etika.

1. Ako neko ima potrebu za nekom stvari, drugi treba da mu da sa što manje profita.
2. Ako jedan čovek kupuje nešto od siromašne osobe, više je čari u tome da on istrpi gubitak tako što će platiti više od onoga što se smatra pravednom cenom.
3. U vraćanju kredita čovek mora da radi dobronamerno da dužnicima da više vremena da plate od onog koje je ugovoreno i da čini redukcije kredita da bi olakšao dužnicima.
4. Ljudima koji žele da vrate kupljenu robu treba to da se dozvoli kao stvar dobrog htenja.
5. Milostiv je čin dužnika ako plati svoje dugove a da se to od njega ne traži.
6. Kada se stvari prodaju na kredit, čovek treba da bude dovoljno velikodušan da ne insistira na plaćanju kad ljudi ne mogu da plate u ugovorenim rokovima.

Činjenica je da je savremena etička praksa Zapada tržišno i profitno orijentisana skoro suprotna ovim stavovima islama.

Profit trgovinom po islamu je u suštini neetičan jer se zasniva na dobiti od drugog prevarnim radnjama i ugovorima. Prorok Mohamed upitan koja je vrsta zarade najbolja rekao je: "Ona koju čovek zarađuje svojim rukama i svaka poslovna transakcija koja je dozvoljena".

Suština islamske etike je oslanjanje na razum čoveka kao ključni atribut i sposobnost da nezavisno svako čini empirijska opažanja i izvodi etičke zaključke.

ETIČKA UČENJA RENESANSE

Filozofski pravac humanizam nastaje oko 1350. godine u Italiji. *Italija je s pravom nazvana zbog toga kolevkom novog doba.*

Termin humanizam etimološki je poreklom od reči **humanis, humana** – *ljudska, čovečanska*. Predstavlja ideal čovečanstva kao zamisao. Tada je nastala i krilatica: "*Svaki je čovek kovač svoje sreće.*"

Renesansa je obnova grčke i rimske kulture u svim oblastima ljudske delatnosti. Ta eksplozivna, poletna obnova zahvatila je i oblast medicine i medicinske etike.

Renesansa i humanizam kao svojevrsna ljudska filozofija neminovno su morali nastati u Italiji kao posledica prethodne viševjekovne (milenijumske) borbe i konflikta carstva i papstva.

Dinamika novog postavljenog privrednog života iskazivala se kroz pojavu novčane privrede kao revolucionarne u ekspanzivnom društvenom razvoju. Prethodno je poljoprivreda vezivala ljude za zemlju, a uspostavljanjem novčane privrede dogodilo se revolucionarno oslobađanje čoveka u različitim pravcima i mnogovrsnim aktivnostima.

ETIČKA UČENJA HUMANIZMA I RENESANSE XIV VEKA

Dante, Petrarka, Bokačo

Preobražaj u Italiji nastao u XIV veku uslovile su društveno–ekonomske promene. Etička učenja o čoveku i moralu u prvom veku humanizma i renesanse obeležili su:

Dante

Dante (1265–1321) je širokim i obimnim opusom *obrazložio najuzvišeniji stav o ljudskoj tragediji*. Dante je time dao istovremeno nagoveštaj i anticipaciju pojave renesanse i dolaska novog sveta na pozornicu civilizacije.

Petrarka

Petrarka (1304–1374) je tvorac koncepcije čoveka kao bića "*opterećenog*" večitim ambicioznim stremljenjem. Petrarka nije pripadao nikakvim institucijama a postao je cenjen i veliki čovek svoga doba zbog izuzetnih sposobnosti.

Petrarka je razvio onaj pravac u filozofiji koji ističe čoveka kao individuu i suštinu postojanja kroz načela individualnosti. On je citirao Seneku ističući da ništa nije vredno ljudskog divljenja kao *duša* (ljudski um) i da ništa nije tako veliko kao *razumsko* (umno) u čoveku. Petrarka je smatrao da je znanje potrebno čoveku da bi ostvario što kvalitetniji život. Razlikovao je pojmove *razumeti nešto i nešto hteti*, kao i pojmove *znati i voleti*.

Petrarka je uočio razliku između znanja i ljubavi i ukazao da su prvi filozofi morala i časti učitelji vrline. Petrarka je u oblasti morala ukazivao da se nauka o moralu obraća čovekovom srcu, ljubavi, čovekovoј volji, tj. voljnom delu njegove ličnosti.

Iz Petrarkinog učenja o čoveku nameću se dve suprotnosti. **Realan život** (autentična sadržina čovekovog života), nasuprot **prividnom životu** (konvencija, maska, svet teorije, fikcija).

Bokačo

Bokačo (1313–1375) je kritikovao društvo svog vremena, dvojnost ljudskog života po tumačenju hrišćanske religije kao sukob neba i Zemlje, kao izraz borbe duše i tela, kao sukob strasti i morala. Bokačo tvrdi da su ljudi pozvani i sposobni da svojim razumom i razboritim stavom prema prirodi poprave sve što je zlo, sve što nije dobro. Taj zadatak čovek može izvršiti individualno, bez oslonca na bilo koga pa ni na Crkvu.

Bokačo je hteo na nov način hteo da učini ljudsku prirodu moralnom, a istovremeno da ljudski moral učini prirodnim.

ETIČKA UČENJA HUMANIZMA I RENESANSE XV VEKA

Nikola iz Kuze, Mirandola

Otvorenost ka novim ostvarenjima, ali i pravi talas kritike prošlosti odlikuje XV vek, inače karakterističan po pojavi anti tradicionalnih geocentričnih teorija.

Renesansa je u pravom smislu oživila ljubav čoveka prema samom sebi u delima sopstvene kreativnosti, jer se pre renesanse vodilo računa o pravilima sa kojima bi trebalo disciplinovati unutrašnji život. Bogatstvo unutrašnjeg života i mnogostrane forme njegove ekspresije traženi su u renesansi – na samom pragu nove epohe. Renesansno slikarstvo XV veka stvorilo je ogromnu, raznovrsnu panoramu života. Slikarski portret renesanse prikazao je čoveka koji živi u svetlu sopstvenog razmišljanja o sebi i svetu, a ne više u molitvi i pobožnosti. Rana renesansa otkriva bogatu i raznovrsnu sliku ljudskog postojanja, nadajući se boljem životu i iskazujući neskrivenu radost zbog toga.

Hominus Bonum je filozofija koja sve više ističe autonomiju čoveka. *Borba protiv različitih autoriteta, primera i uzora, suština je ove filozofije.* Ona je okrenuta ka razumu uz uočljivu tezu ka menjanju, ka slobodi mišljenja, ka novim idejama.

Nikola iz Kuze

Nikola iz Kuze (1401–1464) je bio izuzetno religiozan čovek, a otvorio je u pravom smislu vrata novog doba reformacije i preporoda. Nikola iz Kuze je smatrao da je čovek mikrozom, tj. da se u njemu ogleda ceo svet ali da istovremeno i sam čovek spada u ceo svet. Nikola iz Kuze *upoređuje čoveka s lovcom koji lovi i prikuplja plen, svestan da lov nikada neće završiti i da se bogatstvom uma njegova lovina nikada neće iscrpeti.*

Mirandola

Mirandola (1463–1494) je osnivač učenja po kome se čoveku kao biću mogu diviti ne samo drugi ljudi nego i duhovi drugih svetova i sam kosmos i zvezde.

Mirandola tvrdi da *čovek jedini nema označenu formu postojanja te može da bude kakav hoće*. Čovek može da razvije vegetativne potrebe, da živi životom biljaka, da razvija senzitivne elemente sebe – da živi životom životinja, ali isto tako i da razvija duhovne sklonosti da bi postao sin božji i anđeo i da bi dosegao kosmos i nebeske razmere.

ETIČKA UČENJA HUMANIZMA I RENESANSE XVI VEKA

Makijaveli, Mor, Bruno

Renesansa i humanizam u XVI veku, *za razliku od prethodnog veka, donose proklamaciju javnog života masa kao najvažnije za sve refleksije ka čoveku*.

Onaj koji se povezao sa zvezdama ne povlači se, izrekao je Leonardo da Vinči. *Čovekova prirodna antropologija je dopunjena kulturnom antropologijom*. Leonardova antropološka teza o čoveku bila je koncepcija čoveka stvaraoca. Kulturni uticaj građanske klase jača u doba renesanse, i sve se snažnije razvija ideologija građanstva. *Jača država nasuprot crkve, nasuprot božjeg carstva priznaje se priroda, proučava se čovek, a sve manje bog*.

Nikolo Makijaveli

Nikolo Makijaveli (1469–1527) *je poznati italijanski istoričar koji je tvrdio da je glavni osnov uspešne politike poznavanje ljudske prirode*.

Nikolo Makijaveli je prekinuo tradicionalni stav moralisanja koji je govorio o onome što je trebalo da ljudi budu, a ne o onome što su ljudi stvarno bili. Pravi revolucionarni doprinos Makijaveli ostvaruje svojim učenjem *da se ljudi pokažu onakvim kakvi jesu a ne onakvim kakvi bi trebalo da budu*. Srednji vek je pre svega tretirao čoveka u svetlu dužnosti. Makijaveli prokazuje konkretnog, živog i stvarnog čoveka, za razliku od Leonardovih pretenzija da upozna mehanizam fizičkog funkcionisanja čoveka i njegov sastav. Makijaveli nastoji da upozna osnovne mehanizme društvenog delovanja ljudi. Čovek je postao biće formirano na određeni način i u zavisnosti od društvene stvarnosti, te moral postaje društveno pitanje.

Nikolo Makijaveli se zalagao za suzbijanje i društvenog iskorišćavanja čoveka u interesu egoističnosti pojedinaca. Na društvene institucije, zakone i vlasti gledao je iz ugla njihovog represivnog delovanja. Njegov pravi čovek je onaj koji se služi razumom i energijom razuma i ume da pobeđuje u suprotstavljenosti zlim ljudima. Smatrao je da kvalitetan i srećan život svakog pojedinca u najvećoj meri zavisi od njega samog.

Nikolo Makijaveli je isticao u prvi plan ulogu pojedinca u skladu sa datim društvenim prilikama. Sliku pravog čoveka suprotstavljao je pravom čoveku iz hrišćanskih predstava, te je lako razumeti *Makijavelijev napad i kritiku hrišćanstva koje je u hijerarhiji ljudskih vrednosti pokornost isticala na prvo mesto*.

Tomas Mor

Tomas Mor (1478–1535) je tvrdio da su **privatno vlasništvo, ljudska pohlepa i novac** najbitnije odrednice u civilizaciji onog vremena.

Tomas Mor tvrdi da društvo u kome ova tri elementa vladaju niti može biti napredno, niti pravedno. Tomas Mor smatra da su ondašnji društveni tokovi uzrok siromaštva a strah od njega generiše egoizam i pohlepu pojedinaca. *Sebičnost proizilazi iz čovekove bolesne težnje za veličinom i prevlašću.* Moguće pravedno ljudsko društvo mora i može da promeni čoveka promenom uslova u kojima živi i promenom objektivne realnosti. Socio-zajednica mora da menja i subjektivno čoveka menjajući svoju strukturu i sistem vrednosti.

Tomas Mor je ukazao da čovek nije prestupnik, već da to postaje u određenim prisilnim okolnostima. Čitav pokret nasilnog obezumljivanja seljaka izuzetno je kondenzovano izrazio rečima *"ovce su pojele ljude"*. U svojim raspravama procenjujući prilike i previranja u ondašnjoj Engleskoj ukazao je i na važnost društvenog položaja čoveka, tvrdeći (a istorija je to i potvrdila) da **represivne mere ne pomažu koliko god bile stroge u suzbijanju prestupništva.**

Mor je smatrao čoveka izuzetno zagonetnim bićem. *Za razliku od Makijavelija, smatrao je da ljudska priroda nije sklona zlu, da je primarno neutralna i da tek pod uticajem društvenih okolnosti i situacija čovek postaje zao ili dobar.*

Tomas Mor smatra da vrline i gresi nisu čovekovo lično i unutrašnje pitanje, pre su to nužne forme reagovanja na društvenu situaciju u kojoj čovek živi. Nastojao je da razume ljude onakvim kakvi oni stvarno jesu, jer stvarni društveni čovek nije pravi čovek. Pravi je čovek, nažalost, društveni čovek. *Konačno, Mor je zapravo osnivač utopističke kritike društva, jer je smatrao da čovekova društvena ličnost ne može i ne treba biti tretirana kao njegov autentični izraz, odnosno to nije čovekova suština.*

Đordano Bruno

Đordano Bruno (1548–1600) je zbog nepokolebljivosti i neodricanja od svog učenja spaljen na lomači u Rimu 1600. godine.

Đordano Bruno krajem XVI veka pokušao je da očuva i restaurira ideju o jedinstvu čoveka i sveta i da odbaci magijsko i mistično u verziji objašnjenja. Strukturu kosmosa mogu otkriti nauke kao što su matematika i Kopernikova astronomija, a čovek je koncipiran u kosmosu i u tesnoj povezanosti je sa kosmičkim beskrajem. Uporno se borio protiv tradicionalnih i nazadnih duhovnih moćnika i Crkve kao velesile, ali je ostao usamljen, sudijama i inkvizitorima proganjan, gnevan, ali do kraja života nepokolebljiv. Zapamćena je Đordanova rečenica: **"Vi mi sa većim strahom izričete presudu nego što je ja primam."**

Filozofija Đordana Bruna fascinantno je bogata i povezuje različite koncepcije. Podržavao je Kopernikovu teoriju uspevši da na originalan i sebi svojstven način prikaže materijalno jedinstvo sveta. Zaslužen je za beskompromisnu borbu protiv transcendentne fizike. *Bio je neumoran i u borbi protiv Aristotelove metafizike, naročito napadajući Aristotelovo učenje gde on postavlja razliku forme i materije.*

ETIČKA UČENJA HUMANIZMA I RENESANSE NA PRELAZU U NOVO DOBA Šekspir, Bekon

Epohu renesanse i humanizma odlikuje nastojanje da se shvati veza čoveka i prirode. **XVI vek je bio vek korenitih društvenih promena u sferi privrede i socijalne strukture.** U tom veku geografska otkrića velike važnosti doprinela su pojavi kapitalističke privrede, i ekonomije. *Otkrivena su nova tržišta i započinju kolonijalna osvajanja.* Uloga bogatog građanstva ekspanzivno raste. Te promene su uslovile rasulo hijerarhijskog društvenog poretka, što je bila osnova za celokupnu ideološku nadgradnju u dolazećem XVII veku.

Vilijam Šekspir

Vilijam Šekspir (1564–1616) najbolje je i najsažetije dao karakteristike presudnog prelomnog perioda između XVI i XVII veka rečima: *"Biti ili ne biti, pitanje je sad."* Nastalo je novo doba ljudske civilizacije.

Vilijam Šekspir je najpotpunije i izuzetno koncizno kao filozof melanholije tog doba razmišljao o čoveku i rekao da mu se taj čovek ne mili, jer se penje na vrh da bi se s njega u samu provaliju stropoštao. Šekspirovo viđenje je suprotnost između čovekove maske i istine, kontrast i očajanje. *Ne bi bilo preterano ako se celokupna Šekspirova vizija i učenje o životu iskaže baš njegovim rečima: "čovek – to je očajanje."*

Šekspirova koncepcija čoveka izražava dinamičan i recipročan odnos čoveka i sveta. Vilijam Šekspir u suštini rezimira odnos renesanse prema svetu i ide korak dalje ukazujući da je svet čovekova majka, a da istovremeno može postati i maćeha.

Frensis Bekon

Frensis Bekon (1561–1626) je veliki filozof antropologije. *Najkonciznije, njegova filozofija može se iskazati stavom "čovek to je čovekov svet".*

Frensis Bekon je isticao da je nauka o čoveku u stvari samo deo nauke o prirodi. Nije poricao da čovek u izvesnom smislu predstavlja česticu velikog sveta prirode. Po Bekonu, čovek je tako neobična čestica, toliko sposobna da je uspela da izgradi sopstveno – čovekovo kraljevstvo. *Bekon smatra da je čovek bio sluga i tumač prirode, ali je u isto vreme u brojnim domenima postajao njen gospodar.* Bekonova genijalnost ogleda se u otkriću po kome vreme kao faktor, kao tok, ima veliki značaj u ljudskom stvaralaštvu.

Bekon je tvorac moderne naučne etike, koju su potvrdila učenja XVII, XVIII, XIX i XX veka. On je i tvorac prave sokratovske revolucije na sebi svojstven način. Pre Bekona, od početka srednjeg veka, znanje je bilo izgubljeno u filozofskim apstrakcijama skolastičara i gušilo se pod autoritetima. Bekon ga je vratio iskustvu i kodifikaciji. Bekon je doprineo da se ponovo sukobe dva velika filozofska pravca, *racionalistički pravac i empirijski – senzualistički pravac u filozofiji.*

ETIČKA UČENJA NOVOG DOBA

Nova otkrića u raznim oblastima ljudske delatnosti definisala su i etička učenja u istorijskom razdoblju koje zovemo novo doba. Tokom srednjeg veka u svim poljima ljudske delatnosti pojavljivali su se pojedinci sa novim idejama i epohalnim otkrićima.

Period civilizacije evropske kulturne tradicije započet XVII vekom pa sve do XX veka označen je kao novo doba. U etičkim učenjima se profilisao antropološko filozofski pravac. Antropološki pravac u filozofiji nastao je kao neminovna posledica praiskonskog pitanja ko je čovek, šta je čovek i u čemu je suština ljudskog života. Smelo se, utemeljeno na naučnim multidisciplinarnim saznanjima, postavljalo pitanje već u XVII veku o mestu i ulozi čoveka u kosmosu i odnosa čoveka i svemira. Sličnim problemima bavile su se i drevne civilizacije recimo Kine i Indije i praktično od tada postoji ljudsko uverenje da je čovek neodvojiv od kosmosa tj. da su čovek i svekosmičko nedeljivo jedinstvo. Tek Kant u XIX veku definiše da su čovek, njegova delatnost i saznanje, kao i čovekova moralna praksa jedinstveni.

Posledica ovakvih učenja su aksiomatična saznanja i shvatanja da su osnovni činioci ukupnog sveta (kosmosa) priroda kao objektivna realnost koja postoji nezavisno od čoveka i sam čovek odnosno čovečanstvo. Ljudi su tvorci svesaznajne stvarnosti. Ljudski rad predvođen razumskim (saznajnim) je osvajač prirode. Novi doprinos svetlu (prirodi) su proizvodi ljudske delatnosti.

Dogmatska učenja bivaju u novom dobu prevaziđena. Više se ne može mistifikacijom odreći da ljudska realnost ne zavisi od čovekove delatnosti. Rad je uslov ljudske egzistencije i tvorac samog čoveka i stremljenja civilizacije. Etička učenja novog doba definišu da je čovek *de fakto* proizvod svog fizičkog i umnog rada, a ne od boga dato biće unapred usuđenog načina življenja kao i prestanka života na zemlji.

BARUH SPINOZA

Baruh Spinoza (1632–1677) je filozof koji stvara u uzburkanoj Holandiji onog vremena. Baruh Spinoza je postavio *kompletnu panteističku i ateističku etičku filozofiju podeljenu na pet nivoa – delova*. Panteizam je složenica od dve grčke reči, *pan* – sav i *teos* – bog, a ovo filozofsko učenje se zasniva na stavu da svet i bog nisu razdvojeni, već su jedno te isto. Svet nije stvoren od boga a pojedinačna bića, stvari, pojave i slično su samo načini postojanja sveta, ujedno i boga. Spinoza zato tvrdi da je čovek deo kosmosa koji teži sopstvenom samoodržavanju. Čovek je u tom nastojanju ispoljio svoju suštinu kao egoistično samoživo biće vođeno nagonima, željama i strastima. Čovek mora da se prikloni razumu da bi se održao.

Spinoza je racionalista, pre svega, jer smatra da je saznanje najveća vrednost za čoveka. *Spinoza istovremeno smatra da je saznanje osnovni izvor čovekovog morala, jer ukoliko je saznanje veće, utoliko će osećanja ranije trpeti*. Razum je najviše dobro. Moralan čovek teži da ljudima objasni njihove interese, da svojim ponašanjem razvija saglasnost i razumevanje

među ljudima. *Najveća je sreća usavršavati um a to je istovremeno i najviši cilj čoveka.* Spinoza smatra da ono što proizlazi iz umne suštine jeste suštinska vrlina i "prava sreća".

Baruh Spinoza je branio alijenaciju kao pozitivnu polugu. Kada je čovek stvorio državu koja je bila uslov njegove slobode, za njega je ona proizišla iz njegovih najdubljih potreba da bi mu obezbedila slobodu kao izraz volje jedne celine. *Spinoza smatra državu obaveznom da koči političke strasti i da ih oplemenjuje isto onako kao što pojedinac suvereno intelektom gospodari nad svojim afektima.* Celokupno svoje etičko učenje, Spinoza je izložio po uzoru na matematički način izražavanja i kroz aforizme.

EMANUEL KANT

Kant (1724–1804) je *osnivač nemačke klasične idealističke filozofije.* Kant je mislilac koji je u svojoj filozofiji glorifikovao moralni zakon i moralnu dužnost, postavljajući čoveku u zadatak stroge moralne zahteve.

Kant volju smatra najvišim dobrom čoveka. Moral je svojstvo te dobre volje, unutrašnje čovekovo uverenje da se svaki pojedinac tokom života moralizira sam u sebi. Kant je posebno istraživao *poreklo morala, koren morala, kriterijume moralnosti i motive za moralno ponašanje.*

1. **Poreklo morala i koren morala** prema Kantovom objašnjenju je u razumu ili u nekom posebnom delu predviđenom za moral, ili u osećanjima, kao što su učili sentimentalisti. *Poreklo morala je konačno u umu – razumu.* Svojom sposobnošću da postavi princip i zakon delovanja volje čovekov um dokazuje sopstvenu slobodu i ljudske slobode uopšte. *Ovaj stav je u Kantovom učenju najpozitivniji.*

2. **Kriterijumi moralnosti** prema Kantu mogu se tražiti u stavu prema dobru i zlu. *Problemsko je pitanje zašto se jedno smatra dobrim, a drugo ljudsko činjenje lošim.* Kant je smatrao da se treba uvek osloniti na "običnu" moralnu svest običnog čoveka, a da je dužnost filozofa samo da pojasni to što inače postoji u svakom čoveku. *Korisno i svesno nije podudarno u običnog čoveka.* Kant navodi primer da kada bi neko izjavio da ne želi da vrati dugove jer se bori i zalaže za ličnu korist i sreću, mi ne bismo po svojoj moralnosti odobrili takav postupak. **Moral nije nauka o sreći, već put kako da postanemo dostojni te sreće.** Kantov dalji primer govori da određeni postupci mogu doneti korist drugome, a da nisu moralni, recimo trgovac može da ne prevari nikoga i tako su kupci u dobiti, *ali poštenje trgovca je podređeno očuvanju poverenja kupaca.* Jasno je ovde iskazano poštenje iz koristi i jasno je za svakog kako poštenje nije moralno jer nema atribut istinskog poštenja.

3. **Motivi za moralno ponašanje,** po Kantu, jesu sadržinsko-vrednosni i nisu relativni. Sadržani su u samom čoveku kao posebnost razumskog bića. Ljudska ličnost je suština moralnog ponašanja i osnova ukupne humanističke misli buržoaskog uređenja.

Kantova filozofija je značajna i po tome što je posebno isticala dužnosti, norme, zakone, kao i one norme koje čovek postavlja sam sebi. Sve zakone su donosili ljudi za druge ljude, što je garancija njihove ispravnosti. Iz toga proističe obavezno poštovanje tih zakona i normi.

UTILITARIZAM KAO ETIČKO UČENJE

Bentam

Termin utilitarizam je od latinske reči *utilis* – koristan. *Osnovno načelo utilitarizma je da je sve ono što je korisno za čoveka istovremeno i moralno.* Utilitarna etička teorija i u medicini podrazumeva da se pri odlučivanju u bilo kojoj situaciji uvek primarno vodi računa o dobrobiti za najveći mogući broj ljudi.

Džeremaj Bentam

Džeremaj Bentam (1748–1832) je engleski filozof i rodonačelnik utilitarizma. *Nastojao je da utilitarizam prikaže kao etičko učenje zasnovano na neoborivim psihološko-antropološkim činjenicama, jer po prirodi svojoj čovek teži da izbegne patnju i bol i da postigne zadovoljstvo i sreću.* Ljudskom prirodom je predodređeno da pojedinac izabere šta je dobro, šta treba činiti i kako postupiti.

Bentam smatra da je dobro svako postupanje koje donosi zadovoljstvo i sreću. Isto važi za objekte i predmete, dobri su samo oni predmeti i objekti koji su korisni – utilitarni.

Bentam smatra da je zadovoljstvo vrednije ako se proširi na veći broj ljudi, time je i utilitarnost veća. Utilitarizam ima svoj kriterijum dobra, ispravnosti ljudskih postupaka, javne delatnosti i društvenih institucija. Sreća je velika samo ako je ostvarljiva za najveći mogući broj ljudi.

Bentam smatra ako ljudi idu za svojim **dobro shvaćenim interesom**, pretpostavka je da će tako ostvariti i interes za druge ljude i za zajednicu u celini. Postoji unapred neka određena harmonija između društva i interesa pojedinca, recimo *trgovac ima računa da prodaje dobru robu, jer time povećava broj zainteresovanih kupaca i direktno svoju dobit.* Kupci imaju interes da kod takvog trgovca kupuju jer on nudi dobru robu što njima odgovara.

Bentam smatra da je moralno i neminovno da se ljudi uzajamno iskorišćavaju jer tako koriste jedan drugome. *Utilitarnost je univerzalna kategorija ljudskih odnosa jer svi postupci i radnje koje označavamo moralnim vode u korist.* Moralno je i dopušteno svako ono ponašanje čiji je cilj da donese veće zadovoljstvo i sreću bilo pojedincu, bilo grupi ili zajednici.

Utilitaristi su zadovoljili suštinu kapitalističko-buržoaske prakse jer su svojim učenjem zapravo podržali ključno uporište takve socio-zajednice tada u razvoju i ekspanziji. Osnovno načelo kapitalističko-buržoaskog uređenja države su profit i povećanje materijalnih dobara. Obaveza takve državne zajednice je ozakonjenje svih težnji ka povećavanju bogatstva zajednice, ali pre svega pojedinaca u njoj i zaštita privatne svojine jer je ona izvor zadovoljstva i sreće onih koji poseduju materijalna dobra. **Ovo je zapravo najuzvišenije moralno načelo zasnovanosti buržoaske kapitalističke državne zajednice.**

ETIČKA UČENJA SOCIJALISTA UTOPISTA

Ruso, Saint Simon, Owen, Furije

Utopisti-socijalisti su nosioci utopističkog idealizovanog etičkog učenja u vreme Francuske revolucije (1789). Dakle u najpotresnijim godinama promena društvenog i državnog uređenja oružanom revolucijom i krvoprolićem.

Utopističko-socijalistička filozofska etička učenja u XVIII i XIX propovedao je veliki broj izuzetnih – genijalnih ljudi tog vremena. *Ideje o utopističkoj jednakosti svih pojedinaca u organizaciji državne zajednice su više nego idealistički utemeljene i idealno zamišljene kao krajnji domet sreće za svakog čoveka ili pojedinca u zajednici i u državi.*

Žan-Žak Ruso

Žan-Žak Ruso (1712–1778) možda najznačajniji u koncipiranju utopističko – socijalističkog etičkog učenja o **pravednom društvu i zajednici istopravnih, podjednako bogatih i srećnih ljudi**. Osnove učenja Rusoa na početku, su bile da je država u suštini samo skup pojedinačnih ljudskih želja, interesa i aktivnosti, te se zbog toga organizuje u ranijim civilizacijama. Pojedinaac se u takvoj udruženosti odriče svog prirodnog prava u korist svih ljudi.

Ruso smatra da je čovek "po prirodi svojoj dobar" a pokvarile su ga institucije i ustanove stvorene u civilizaciji. Ruso se bori protiv mišljenja da je **"moralnost prefinjeni egoizam"**. Ruso je bio teista, ali ovakav njegov stav u učenju predstavlja antitezu hrišćanskog učenja o prvobitnom grehu i spasenju duše pomoću crkve i njenog sveštenstva.

Ruso zahteva da se čovek vrati prirodi, ne na način prozaičan, ne na način vraćanja divljaštvu. Zalaže se za vraćanje prirodnog čoveka – čoveka koji odbacuje potrebu da razumno ostvari korist bilo materijalnu, bilo duhovnu, na štetu drugih ljudi. Volter, čitajući Rusoovo delo *Prirodni čovek*, kritikujući Rusoa i njegovu filozofiju, dao je veoma impresivan sarkastičan komentar: **"Nikada niko nije upotrebio toliko oštroumlja u želji da nas učini životinja. Kada čita njegovo delo, čoveku se prohte da hoda četvoronoške..."**

Ruso analizira nejednakosti u društvu i nalazi da su sve nejednкости posledica privatne svojine. **"Prvi čovek koji je ogradiвши parče zemelje rekao ovo je moje i koji je našao ljude da mu u to poveruju, bio je stvarni osnivač građanskog društva."**

Ruso nema prigovore prirodnoj nejednakosti koja se tiče životnog doba, zdravlja, strasti, inteligencije, nego samo prigovara nejednakosti koja proizlazi iz privilegija utvrđenih običajem. Stoga započinje energičnu borbu protiv privatnog vlasništva, dajući krajnje utopističke predloge da se ta borba može voditi bez oružja i bez primene sile. Ruso zastupa tezu da se verbalnim ubeđivanjem veleposednika može postići njihovo moralno preobraćanje i da će se oni odreći svog privatnog poseda i vlasništva samovoljno.

Ruso smatra da gospodar nad dobrima i materijalnim bogatstvom svih treba da bude država i to razrađuje u knjizi **Društveni ugovor** (1762). Rusoov *Društveni ugovor* je bio za vođe Francuske revolucije prava biblija. Rusoove ideje jednakosti, demokratije i slobode bile su im putokaz za organizovanje ispravnog moralnog društva. *Međutim, oni nisu Rusoa pažljivo čitali, a još manje pravilno shvatili, te su usledila poznata istorijska događanja.*

Saint Simon

Simon (1760–1825) je *socijalista utopista. Začetnik je savremene sociologije*. Njegovi stavovi su polazište kasnijeg razvitka niza društvenih nauka. Simon je veoma strog kritičar građanskog društva, definišući ga kao **"svet koji je postavljen na glavu"**.

Simon smatra da je dužnost ljudi da stvore društvo – državu koja bi odgovarala najvećem broju pojedinaca. Hrišćanstvo je u početku bilo progresivan pokret i zastupalo je to načelo. Međutim, već od XV veka Crkva se obogatila i napustila hrišćansko načelo i postala surova za najsiriromašnije. *Simon veoma oštro kritikuje propagandu hrišćanstva, ideju da se svi ljudski problemi rešavaju na nebu*. Isticao je da se oduvek svi čovekovi problemi rešavaju samo na Zemlji i samo za života. Simon propoveda novo hrišćanstvo u kome brojni stavovi imaju značajnu ulogu u razvitku teorije alijenacije, na koju se kasnije pozivao i Karl Marks. Simon je ostavio **načelo odnosa u idealizovanoj državi gde bi se svaki pojedinac ostvario prema sposobnostima i uživao privilegije prema vrednosti svog rada**.

Simon se protivio shvatanju da je *zlatni vek* bio u ljudskoj prošlosti i tvrdio da će zlatni vek tek doći sa usavršavanjem društvenog poretka. *Zlatni vek je anticipacija čoveka budućnosti i do danas nije ostvaren*.

Robert Owen

Robert Owen (1770 – 1831. godine) je kritičar političko–ekonomskog buržoaskog uređenja u Engleskoj svog vremena. Robert Owen je *smatrao da najbitnija zabluda ondašnjeg buržoaskog društva leži u isticanju principa individualnog interesa*. Iz tog principa proističu sve zablude, svi zločini, beda i svako zlo za engleski narod. Owen smatra da lični interes guši najbolje kvalitete ljudske prirode i najvrednije u čoveku.

Owen kritikujući društveno uređenje tvrdi da u njemu socio-okolnosti vladaju ljudima i da treba organizovati državu u kojoj će ljudi vladati okolnostima.

Konačno, ključna ideja Ovenove filozofije i etičkog učenja odnosi se na individualnu čovekovu sreću. Smatrao je da se sreća može proširiti i uvećati samo u onoj srazmeri u kojoj pojedinac aktivno nastoji da je poveća i proširi za sebe ali i za sve druge ljude u društvu.

Fourier

Furije (1772–1832) je tvrdio za civilizaciju da je *"svet okrenut na glavu"*. Smatrao je da je ljudski rod deo isto tako naopako postavljenog sveta i da svako ko radi nužno stupa u rat s društvom. "Sudija želi prestupe da bi sudio prestupnicima, a lekar bolesti – da bi lečio bolesne."

Utopističko-socijalističko učenje Furijea nije uspeo da odgovori na pitanje šta je ljudska sreća. Furijeov etički stav ogledao se u odbacivanju dužnosti i propisanog morala jer se prave moralne vrednosti nalaze u samom čoveku. *Filozofsko-etičko razmatranje Furijea je suštinski kritika društva – civilizacije njegovog vremena*. Ukazivao je na osnove budućeg uređenja društva. Furije kritikuje instituciju braka i bračni život zbog ropskog položaja žene u njemu, što je značajna progresivna ideja njegovog učenja. Čudio se ženama što se nikada nisu pobunile.

ETIČKA UČENJA NEMAČKIH KLASIKA FILOZOFIJE

Hegel, Šopenhauer, Niče

Hegel

Hegel (1770–1831) je *osnivač dijalektike o postanku čoveka, ljudske delatnosti i ljudskog roda uopšte*. Živeo je relativno kratko, samo šest decenija, a postigao je ugled velikog filozofa, i uticaj na sve filozofe – savremenike.

Hegelova filozofija najbolje je prikazana u njegovim velikim delima objavljenim 1807. godine pod naslovom *Fenomenologija duha*. Smatrao je da se putem svesti najsigurnije može pronaći put do istine. Drugo Hegelovo veliko delo *Nauka logike* sadrži Hegelov sistem u celini, u kome ideja zauzima centralno mesto. *Ideja postoji u apstraktnom mišljenju i predmet je logike, ona postoji konkretno i u prirodi*.

Hegelova centralna ideja ukupnog učenja je tvrdnja da **um vlada svetom**, tu kategoriju on naziva *Svetskim umom*, odnosno *Svetskim duhom*. Bez obzira na to što se sa mnogim pojedinostima ne možemo složiti i što ima mnogo čudnog u Hegelovoj filozofiji, on još uvek nije "istorija". Engels je govorio da: *"veličanstvenost Hegelovog osnovnog shvatanja, još i danas zadivljuje naučnike"*; kao da ova rečenica još aktuelno traje i na početku XXI veka.

Hegelov stvaralački opus bio je usmeren i na etiku – nauku o moralu. Hegel smatra da su moral, država i pravo samo različiti stepeni objektivnog samorazvoja – razuma duha. U objektivnom, moralnom poimanju zajednice – države, moral pojedinca je vredan samo ako je tesno povezan sa moralnom svešću društva. *Hegel smatra da je prva stepenica objektivnog morala porodica*. Brojne porodice čine građansko društvo, i to je *druga stepenica* objektivnog morala, a *treću stepenicu* označava država. Sva tri stepenika predstavljaju skup koji označava objektivni moral ili društveni život.

Hegel je bio izuzetno naklonjen francuskoj revoluciji, ali se ipak u svom učenju nije mogao osloboditi uticaja tradicionalnog nemačkog shvatanja. *Hegelovo konzervativno mišljenje da je Pruska država zasnovana na inteligenciji bilo je u pravom smislu meta kritike mladog Marksa*.

Epohalni značaj dijalektičkog Hegelovog učenja ogleda se u razvoju dijalektike. **Smatrao je da sve što postoji zaslužuje i da nestane**. Hegelova dijalektika razvijala se u vreme idealističkih stavova u filozofiji tog vremena. **On je razvio tezu o revoluciji u obliku misli a ne oružja**. Pisao je da građansko društvo mora prevazići sopstvene granice po logici stvari, i konačno da je izlaz iz građanskog individualizma i egoizma samo uspostavljanje dobre države. Hegel je svojim sledbenicima ostavio mogućnost da rešenje tog problema traže u opštoj čovečanskoj slobodi, a ne samo u političkoj emancipaciji. Engels kaže: **"Hegelova filozofija tako je snažno uticala na duhovno stanje Nemačke da je zarazila čak i njegove protivnike."**

Hegel razmatra i problem alijenacije, *vezujući teoriju alijenacije sa evolucijom ljudskog društva*. Hegel uči da čovek stvara samog sebe tako što stvara predmete, novac, državu, istoriju, jednom rečju sveukupnu realnost u kojoj živi.

Artur Šopenhauer

Artur Šopenhauer (1788–1860) bio je filozof racionalista. Učenje mu se bazira na tvrdnji da je volja za životom zapravo težnja za zadovoljenjem nagona. Pesimizam Šopenhauerevog učenja posledica je lične nesigurnosti u vreme velikih društvenih potresa i revolucija 1848. godine u Evropi. Šopenhauer smatra da je ono što se naziva srećom zapravo momentalni predah, prestanak borbe za ispunjenje želja, sreća je negativno stanje. Pokretač svih sukoba među ljudima je volja za životom. "Najveći izvor svih zala koja muče čoveka, jeste sam čovek. Svako mora doći do ove činjenice kad posmatra ovaj svet kao pakao gori od Danteevog, kad uviđa da je jedan čovek demon drugom čoveku." Izraz egoizma čovekove volje je njegova volja za životom, a osnova svakog zla postaje taj egoizam.

Šopenhauer smatra da je po svojoj suštini svet zao. Tvrdio je da je najgora u istoriji sveta civilizacija u kojoj je živio. Smatrao je da permanentno u životu ljudi samo postoje patnja, nesreća i bol. *Može se tvrditi da je njegov pesimizam zasnovan na tezi da zloba, egoizam i samilost upravljaju ljudima.* Ova tri faktora su osnovni pokretači ljudske delatnosti.

Fridrih Niče

Fridrig Niče (1844–1900) je nemački filozof, osnivač imoralizma. Imoralizam je etički pravac kritike postojećeg morala uopšte. Ne treba ga shvatiti kao negaciju etike niti kao odbacivanje moralnih vrednosti, još manje kao propovedanje nemorala.

Niče ne brani neku novu koncepciju morala napadajući dati moral društva u kom je živio. On kritikuje svaki moral smatrajući ga represivnim po čoveka. Niče se borio protiv određenih pravila ili ponašanja, protiv morala koji tiraniše i niveliše ljude u prosečne i standardne. "Kada je sve unapred određeno, sve što čovek ima ili nema da čini, to se plaća osakaćenjem čoveka, sakaćenjem naprednog i istraživačkog duha".

Raspravljajući o moralu svog vremena, Niče smatra da je moral osveta nemoćnih nad jakim, moćnim i kreativnim pojedincima. To se dešava u društvu u kojem nema drugog instinkta osim instinkta stada i Niče govori: *"Instinkt stada to su sabrane nule...gde nule mogu da vrede, gde je vrlina biti nula?... Niče je svoj protest izrazio i sledećim rečima: "Stvaraoca mrze ponajviše... Dobri, naime, neznaju stvarati... Oni razapinju onog ko ispisuje nove vrednosti na nove ploče... Dobri, oni su uvek bili početak kraja."*

Niče svojim delom kritikuje zapadnu kulturu, hrišćanstvo i moral, dajući doprinos onovremenom razvoju filozofske misli. Osnovni stav njegove filozofije je "volja za moć". Niče smatra da u prirodi pobeđuju moćniji, da je težnja za moći izraz instinkta, te tvrdi: "Postoji nadčovjek, postoji viši čovek." Niče je rekao da nema jednakosti među ljudima, jer nema jednakosti ni u prirodi. Niče smatra da je moral samo prerusena volja za moći, odnosno volja za "više moći".

Niče smatra da je kompletan moral zapadne civilizacije zasnovan na onemogućavanju jakih i zaštiti slabih, čime se sputava razvoj čovekovih prirodnih sposobnosti. Ničeovu teoriju su dobrim delom iskoristili u svojoj propagandi fašisti, što je donelo ogromno zlo čovečanstvu. Učenje o dinamizmu i određenim promenama koje postoje i u prirodi i u čoveku najpozitivnije je u Ničeovom učenju.

ETIČKA UČENJA KLASIKA MARKSIZMA

Karl Marks, Fridrih Engels

Karl Marks

Karl Marks (1818–1883) je *osnivač posebnog etičkog učenja utemeljenog na humanizmu*. Humanizam je orijentacija u kome je čovek uzet kao centralna vrednost.

Etika humanizma predlaže stvaranje takvog društva u kome će čovekove sposobnosti, njegovo dostojanstvo i njegova stvaralačka svest moći u potpunosti da se ostvare. *Moral je faktor koji treba da omogući razvoj društvene svesti kao čovekove kategorije*. Moral se, nažalost, ne propisuje, ne nameće društvu spolja, kao nešto večito, strano i apsolutno, tj. bogom dato i nepromenljivo. Moral je samo jedan od oblika društvene svesti u kojoj se odražava društveno biće i nerazdvojivo je povezan sa ostalim oblicima čovekove svesti. Sve ovo je prava suština Marksovog učenja o moralu.

Marks razvija svoje učenje zaključujući da se sa napretkom civilizacije, posebno u kapitalizmu, čovek u mnogim aspektima udaljuje i od prirode i od samog sebe. *Marks je shvatio da se zbog brzog društveno-ekonomskog razvoja kapitalistički uređene društvene zajednice ljudski odnosi do te mere menjaju da postaju strani čoveku i dovode do **alijenacije – otuđenja***. Alijenacijom se hoće reći da čovek u kontekstu takvih socio-ekonomskih odnosa biva tretiran na isti način kao i predmetni svet, bez uviđanja čovekovih svojstava i suština.

Marks utvrđuje tri nivoa čovekove alijenacije.

- *Prvi nivo* alijenacije je **otuđeni rad**. Otušeni rad samom čoveku postaje spoljašnja i tuđa sila.
- *Drugi nivo* alijenacije je **alijenacija kroz predmete proizvedene radom**, koji se suprotstavljaju čoveku kao sila koja ne zavisi od njega.
- *Treći nivo* alijenacije je **alijenacija čoveka od samog sebe**. Čovek se otuđuje od sopstvene delatnosti od sopstvenih proizvoda i od potreba.

Marks alijenaciju shvata kao gubitak, kao lišavanje, kao porobljavanje, kao osiromašenje i kao obezvređivanje čoveka. Ukoliko se radnik više izradi, utoliko moćniji postaje njemu tuđ predmetni svet, koji on stvara nasuprot sebi.

Čovek u građanskom društvu je u takvom položaju da svet koji je sam stvorio nije njegov svet. Umesto da se u njemu razvija kao stvaralačko biće, postaje bezlična i nemoćna jedinka, otušena od rada, od svoje ljudske suštine i od drugog čoveka. Nikakvi propisi ne mogu čoveka da učine moralno ispravnim. Uviđajući ličnu odgovornost i prihvatajući humanističku orijentaciju čovek može da se razvije u moralno biće i doprinese opštem društvenom razvoju.

Fridrih Engels

Fridrih Engels (1820 – 1895) je koncipirao dijalektiku kao istorijsku činjenicu ali i kao konstitutivni element ljudske i istorijske prakse. Engelsove teorijske koncepcije obuhvataju filozofiju posle Hegela, on polazi od već izvršene kritike Hegelovih idealističkih teza.

Engels ističe materijalistički koncept, **koncept jedinstva sveta u materijalnosti**. Jedinstvo sveta sastoji se ne u njegovom postojanju, već u njegovoj materijalnosti. Engels podvlači

da svet, iako jedinstven, morao je najpre biti jedno, pre nego što je mogao i postati jedan. Engels je shvatio da je sve u svetu i sve u kosmosu u stalnom kretanju, stalnoj promeni od najjednostavnijeg kretanja, jednostavne promene mesta, sve do promene mišljenja.

Engelsovi radovi iz domena odnosa čoveka prema prirodi i njegove sposobnosti da iz potrebe menja samu prirodu doveli su ga do zaključka: **"Rad je stvorio i samog čoveka."** Engels saznanje objašnjava tako da su i svest i mišljenje samo produkt ljudskog mozga.

Engels raspravlja i o pitanjima ideologije, religije i morala. *Engels smatra da je moralni problem uvek bio u centru pažnje različitih ideologija i društava, društvenih klasa i slojeva, jer se u skladu sa ideološkim karakterom morao u svakom društvu rešavati i razumeti problem ljudskih odnosa.* Po njemu je očigledan **ideološki karakter etičkih teorija** u istoriji civilizacije.

Engels razmatra teme kao što su *eksploatacija, humanost, dobro ili zlo i prijateljstvo.* Sva ova pitanja ne mogu se podvesti pod jedinstven etički stav. Tvrdi da u onom društvu u kome postoje klasne razlike svaki moral mora imati odlike klasnog morala. Engels objašnjava:

1. *Prvi faktor morala je klasna uslovljenost morala.* Kada se radi o klasnom karakteru morala, činjenica je da u svakom društvu sa klasnim suprotnostima postoji jedan moral koji opravdava vlast i interese vladajuće klase.

2. *Drugi momenat je problem zajedničkog u različitim teorijskim koncepcijama o moralu.* Ovo podrazumeva istovetnost etičkih principa u raznorodnim učenjima, ideologijama i filozofijama. Moralna maksima **"ne kradi"**, etički je princip sadržan i u etici religije, kao i u svim etikama svih društvenih uređenja i svih civilizacija.

3. *Na trećem mestu je učenje o progresivnom razvoju morala.* To označava ushodni evolutivni razvoj etičke misli, bez obzira na mogućnost kontinuiteta i diskontinuiteta kroz civilizaciju.

4. *Četvrti momenat predstavlja perspektive formiranja opšteljudskog i opšte čovečanskog morala u idealizovano zamišljenom besklasnom društvu daleke budućnosti.*

Engels u učenju o etici, koristeći misli savremenika i ranija istorijska učenja, kaže: **"Stvarno čovečanski moral koji stoji iznad klasnih suprotnosti i iznad uspomena na njih, biće moguć tek na onom društvenom razvojnom nivou koji je klasnu suprotnost ne samo prevazišao nego i u životnoj praksi zaboravio."** Ovo je Engelsova više nego istorijska misao, koja važi i koja će važiti kao trajna kategorizacija za ljudski rod i sve epohe.

Engels objašnjava i poreklo fenomena religioznog morala i to kroz saznanja o društvenoj organizovanosti čoveka u vreme nastajanja tih religija. Engels smatra da religija kao ideološki oblik i koncept neminovno morala nastati na određenom nivou čovekovog umnog ali i društvenog razvoja. Čovekova nemoć u odnosu na prirodu i nizak stepen razvijenih proizvodnih mogućnosti u prvobitnoj zajednici karakterisali su tog čoveka. Čovek je u takvim uslovima morao osećati strah pred moćima prirodnih sila i da bi poimao sebe u tom kontekstu, razvio je magijsko religiozna verovanja. Engels ističe da je *početak nastanka religija primitivnog nivoa značajno udaljen od religijskih učenja u klasnom društvu.*

Pojava klasnih razlika u socio-zajednici doprinela je učvršćivanju religijskog vladajuće klase. Antagonizmi između klasnog i društvenog poretka dali su društvenu podlogu na kojoj su nicali religije tokom istorije civilizacije. Da bi se promenila sadržina morala, bilo je uvek potrebno izmisliti strukturu i nove odnose u ekonomiji i zakone u društvenom poretku.

Revolucionarnošću svog učenja Engels je dao značajan doprinos nauci a brojni njegovi stavovi nisu izgubili na aktuelnosti ni u tek nastalom XXI veku.

NAJNOVIJA ETIČKA UČENJA XX VEKA

XX vek je doneo savremene poglede na vrednost čovekovog življenja. Smisao ljudskog življenja sigurno se ogleda u stalnom usavršavanju, razvijanju i praktičnom iskazivanju individualnih sposobnosti. XX vek je utemeljio stremljenja čoveka trećeg milenijuma. Čoveku današnjice je nametnuta obaveza svakodnevnog i permanentnog razrešavanja životnih protivrečnosti, usavršavanja stavova ličnog stvaralaštva, postavljanje ambicioznih ciljeva, a generalna rezultatna je ambicija da se stvore uslovi za jednak kvalitet života svih ljudi. Praktično, u svakodnevnom životu to znači:

- svaki pojedinac emocionalno usklađen treba da uživa u radu i teži ostvarenju postavljenih ambicija;
- uspešno i kvalitetno vođenje života u braku, u porodici;
- uspešno i kvalitetno življenje i ostvarenje kroz relacije u socio-sredini i radnoj sredini;
- kognitivnim angažovanjem da doprinese razvoju zajednice;
- potrebu da svaki pojedinac dobije podršku članova svoje zajednice u ostvarenju kvaliteta ličnog života, ali i da nauči da se raduje uspesima drugih u svom okruženju.

Etička učenja XX veka zasnovana na novim kvalitetima transformisala su i dalje transformišu relacije u zajednici. Državne zajednice se udružuju ne samo deklarativno već i de fakto u nameri ujednačavanja pomaganjem razvijenih manje razvijenim. Naučna etika XX veka opredelila je čoveku pojedinačno maksimalno zadovoljstvo življenja i povelu borbu za izjednačavanje svih ljudi u materijanom bogatstvu bez siromaštva i emocionalnom bogatstvu iskazanom kroz zadovoljstvo i sreću.

PRAGMATIZAM KAO ETIČKO UČENJE

Čarls Pers

Čarls Pers (1839–1914) je osnivač pragmatizma. Čarls Pers je uveo logički model tumačenja pojmova na osnovu posledica u praksi koje kao instrumenti istraživanja izazivaju.

V. Džems

V. Džems (1842–1910) razradio je Persovu pragmatističku koncepciju.

Džems smatra da je saznanje sadržano u procesu proveravanja hipoteza. Istinita je ona ideja, odnosno hipoteza, samo ako može da zadovolji lične interese i čovekove potrebe. Džems smatra da kriterijum istinitosti postaje individualistički pragmatizam.

Džon Džui

Džon Džui (1859–1952) je najubedljiviji predstavnik pragmatističke filozofsko-etičke škole. Njegov osnovni stav je odnos između čoveka i stvarnosti na relaciji cilj – sredstvo. Džon Džui ne insistira na prethodnim pojavama već na onim koje dolaze i njihovim posledicama. *Istina i laž mogu se potvrditi i odbaciti tek proverom u praksi.* Istina je uspešno ostvarivanje zamisli, a neistina bezuspešnost i neostvarenost planiranog cilja. Uspešnost predviđanja identifikuje se sa istinom.

Individualizam Džona Džuija je nov, kao i njegovo pragmatično učenje. On smatra da je dobro svako lično htenje i svaki lični cilj koji vodi poistovećivanju individualnih i zajedničkih interesa. Tako postignuta harmonija obuhvata parcijalne društvene probleme, što za posledicu treba da ima rekonstrukciju i humanizaciju društva uopšte. To može da ostvari i čovek čija je suština istovetna sa istinom čoveka koji je uspešan u praktičnom životu. Etičko učenje Džona Džuija je temelj Novog svetskog poretka, već instituisanog.

EGZISTENCIJALIZAM KAO ETIČKO UČENJE Kjerkegor, Jaspers, Hajdeger, Sartr

Egzistencijalistička etika je jedan od pravaca nove filozofije, *nastale kao reakcija na niz problema savremenog čoveka i savremeno uređenog društva.* Neki od tih problema su posledica dekadencije građanskog društva u kome čovek gubi individualnost i postaje bezličan. Individua nemoćna da odlučuje o svojoj sudbini u razvijenom građanskom društvu, uklapa se u šablonizovan način života, odnosa i morala prema društvenim institucijama. Vreme u kome se javlja ovaj filozofski pravac je doba procvata nauke i zamaha u razvoju tehnike i novih tehnologija.

Procvat sveukupnog društvenog napretka dovodi do pojave tehnokratije i tehnicizma. Tehnicizam i tehnokratija su novi civilizacijom uslovljeni oblici alijenacije čoveka podvlašćivanjem mašinama, odnosno podvlašćivanjem manjoj grupi ljudi koji upravljaju njima. Ta mala grupa ljudi uzima pravo da odlučuje o sudbini drugih, ali nažalost i sudbini čovečanstva (primer je posedovanje atomske bombe). *Filozofija egzistencije se javlja kao probuđeno ponovno interesovanje za čoveka (pojedince), za njegovo postojanje i opstajanje, kao i smisao življenja.*

Filozofi egzistencijalisti smatraju da nauka i naučna dostignuća ne mogu pružiti čoveku potpunu predstavu i istinu o svetu. Čovek ne može da nađe smisao u predmetnom – materijalnom svetu, već samo okretanjem ka sebi samom, ka svojoj egzistenciji i svom postojanju. Esencija tog cilja je nešto što čovek tek treba da ostvari i što on može zadati sam sebi.

Odgovor šta je esencija pokušavaju da daju filozofi egzistencijalizma. Taj odgovor je dvostruk: teistički i ateistički.

– *Teistički filozofi egzistencijalisti* centralno mesto daju transcendentnom, sveobuhvatnom smislu postojećeg koji se opredmećuje i nalazi u bogu. Samo kroz transcendentno verovanje u boga čovek može da ostvari smisao svog života. Ovde boga ne treba shvatiti kao jednog sveopšteg već kao ličnog boga koga je čovek izabrao, da bi verom u njega našao smisao svog postojanja.

– Najpoznatiji *ateistički filozofi egzistencijalisti* su Hajdeger, Sartr i dr.

Kjerkegor

Kjerkegor (1813–1855) rođen u Kopenhagenu, *osnivač je savremene filozofije egzistencije*. Kjerkegor je primer čoveka koji je postao zbog svog učenja čuven i slavan nakon smrti. Živeo je životom nepriznatog usamljenika.

Suština Kjerkegorovog etičkog učenja bila je pobuna protiv onovremenog shvatanja religijskog morala i poimanja sreće. Kjerkegor je kritikovao Hegela, smatrajući da u njegovoj filozofiji apsolutnog duha nema mesta za pojedince, jer je centralni problem filozofije problem čoveka – individue – pojedinačne ličnosti. *Čovek egzistira prvenstveno kao pojedinac sa sopstvenom samosvešću koja je pre svega orijentisana prema njemu samome, a tek posle stupa u odnos sa drugim ljudima*. Egzistencija je za njega individualna, neponovljivo budno biće, koje brine za smisao stvarnosti i osmišljava je. Ne postoji objektivna istina izvan subjekta – čoveka. *Istina je data u pokušajima egzistencije da ostvari smisao svog postojanja*.

Kjerkegor smatra da je čovek biće dvoumljenja – ambivalencije, čovek je biće upućeno na smrt, biće zabrinutosti i strepnje, biće koje živi u stalnim dilemama i paradoksalnim situacijama koje nije sposobno da prevaziđe. Centralni čovekov problem je kako da u svom razumskom pomiri saznanje o ličnoj prolaznosti, o smrti i završetku sopstvenog života. Čoveku u ovom problemu ne pomaže znanje; razrešenje dileme može naći i nalazi u verovanju. Verovanje je traženje ličnog dobra i verovanje u transcendentni život. Kjerkegor je posebno oštro kritikovao religiju i njena učenja o moralu.

Jaspers

Jaspers (1883–1969) je Kjerkegorov sledbenik, žestok je protivnik i kritičar nacizma. Jaspers smatra da filozofija uopšte počinje saznanjem granice nauke. *Njegova filozofija tumači da je čovek određen kao neponovljivo biće, jedinka, kao egzistencijalni izuzetak*.

Jaspers je teista u filozofskom opredeljenju i smatra da pojedinac može prevazići sopstvenu usamljenost jedino uspostavljajući odnos prema Bogu. **Bog je tako istovremeno i simbol i šifra i demitologizovana religija**. Jaspers smatra da čovek ima potrebu da veruje da je vera osnovna spojnica među ljudima, i da ona oslobađa ljude usamljenosti. Vera je spas za sve one koji trpe u svetu strepnje. Suština Jaspersove filozofije je filozofija pesimizma.

Hajdeger

Hajdeger (1889–1979) je nemački filozof egzistencijalista. Hajdeger *smatra da je čovek radno biće koje se brine o samom sebi*. Svest o sopstvenim mogućnostima čovek je prvobitno stekao preko strepnje. Čovek strepi zbog svoje nesigurnosti i neizvesnosti u svetu. Čovekova strepnja otkriva bačenost u svet i zavisnost čoveka kao bića od egzistencijalnog, predmetnog, spoljnog sveta. *Čovek u strepnji postaje svestan da je smrt u suštini istinski krajnji cilj njegovog postojanja*. Da bi izašao iz neizvesnosti, čovek teži da postigne vlastitu autentičnost, zbog toga i gradi sopstveni program u sopstvenoj projekciji. Zbog toga je suština čoveka u projekciji koja se ostvaruje u procesu prevazilaženja transcendencije.

Hajdegerova filozofija ne objašnjava prave perspektive čovekove slobode. *Po njemu je suština čoveka njegov stav prema smrti, jer smrt nije nešto što dolazi na kraju, smrt je stalno prisutna u svakom trenutku postojanja.* Hajdeger smatra da je smrt priroda čoveka i tek ako to čovek shvati i pomiri se sa tim, može da postane autentičan u svojoj egzistenciji kao neponovljivo biće.

Žan Pol Sartr

Žan Pol Sartr (1905–1980) je filozof egzistencijalista. Žan Pol Sartrova filozofska učenja fundiraju dva stava.

1. **Prvi stav** Sartrovog učenja objašnjava da egzistencija prethodi esenciji i da je čovek biće koje egzistira, ali tom egzistiranju nije data suština niti smisao postojanja – esencija. **Esenciju čovek treba da otkriva, to mu je zadatak.** Otkrivanje esencije moguće je tek kroz aktivan čovekov stav prema svetu i kroz njegovo materijalno delovanje i ostvarenje. Sartr pred čoveka stavlja jedan visoko moralni zahtev time što ga određuje kao potpuno slobodno biće, kao biće koje samo odlučuje o svom životu. Zahteva da je maksimalno odgovoran za svaki svoj postupak. Sartrova filozofija je da čovek ma šta činio ne može da ostvari svoju suštinu, jer postoji rasep između esencije i egzistencije u samoj njegovoj prirodi. Otuda Sartrovo određenje čoveka – *čovek, kao beskorisna patnja.*

2. **Indeterminizam** je drugi stav po kome je čovek apsolutno slobodan – maksimalno odgovoran za svaki svoj postupak.

Pozitivno u etičkom učenju svih egzistencijalista jeste njihov izvanredan doprinos interesovanju za čoveka, za njegov položaj u svetu, za smisao celine stvarnosti, uviđanje da istinu o svetu ne daju pozitivne nauke.

Egzistencijalisti shvataju da je nauka samo parcijalan aspekt sveta, da se celina i smisao života mogu otkriti ukoliko se svet vrednosno procenjuje, ako se čovek ne svede na ono svakodnevno, nego ukoliko uvek stremlji izvesnom idealu, projektu i projekciji u ostvarenju. *Zablude filozofa egzistencije su što su tražili rešenja u okviru čoveka kao usamljene jedinice koja kao da ne pripada društvu.* Baš u tim okvirima nema rešenja. Čovek je, i treba da bude, individua, ličnost, autentično biće, koje sa sobom nosi svoju neponovljivost, ali on to može da postigne putem privatnog projekta. **Društvena praksa i projekt opšte-društvenog razvoja su jedina mogućnost kroz koju se čovek ostvaruje kao celovita ličnost, istovremeno kao privatno i društveno biće.**

RAZVOJ NAŠE ETIČKE PRAKSE

Istorija srpskog naroda je vezana za geografski prostor Balkana. Gledano istorijski, ne postoje dokazi o postojanju, životu i državnosti našeg srpskog naroda van Balkanskog poluostrva i to ne pre IX veka. Elitni, kulturni duh Balkana, rasejan je u značajnoj meri po svetu. Zahvaljujući Aleksandru Makedonskom, proširio se i na ceo Mediteran i ima istorijsku potvrdu kroz nastajanje i nicanje blistavih i zanavek upamćenih škola – Aleksandrijske. Na primer: *Postoje i druge zajedničke vrednosti koje spajaju srpski narod sa drugim narodima kroz istoriju. Posebno sa Grcima po brojnim analognim primerima junaštva, kulturi, državnoj organizaciji, ali i etičkim stavovima i razvoju morala i etike uopšte, ne samo medicinske.*

Kulturna baština naših prostora danas, ima u svojoj istorijskoj riznici jednu od prvih geografskih karata na svetu – **Herodotovu**. Civilizacija čovečanstva sa ovog prostora nasledila je i dobila izuzetan etički duh koji su formirali gorostasni umovi antičkog perioda kao što su Sokrat, Platon, Aristotel. Vredno je podsećanja da je **Sokrat izjednačio etiku sa mudrošću, Platon je etički učio na ideji dobra, Aristotel etičke postavke je smeštao u sredinu između dve krajnosti.** Srednjovekovna srpska država, posebno kroz skoro trivekovnu državu Nemanjića, preko Vizantije preuzela je značajan deo te kulturne baštine i etičkih stavova.

Visoka etičnost i kultura naših predaka iz doba države Nemanjića, nije sporna. Taj deo istorije našeg naroda vezan je za osnivanje i razvoj Pravoslavlja. **Istorijska je činjenica iz perioda srednjeg veka da naši preci u svojoj visokoj etičnosti nikada nisu instituisali institucije inkvizicije, nisu progonili veštice, nisu progonili Jevreje, a takva neetična činjenja bila su više nego raširena u Evropi tog vremena.**

Srbi su u vreme srednjovekovne države, oblikovali svoje specifično civilizacijsko. Spomenici kulture iz tog vremena mogu se uvrstiti u najvrednije u svetskoj baštini kulture. *Postajući pravoslavnim hrišćanima (od IX veka), Srbi su stekli uslove za razvoj i unapređenje etike i etičke prakse.* Specifičnost tog razvoja diktirana je uticajem ondašnje mediteranske kulture i etike ali i uticajem Sasa, te uticajem Vizantije na formiranje plemstva i latinskim uticajem sa Jadranskog primorja i iz Mletačke države.

Permanentna vekovna ratovanja Srba protiv brojnih neprijatelja i osvajača, ali i srpska međusobna ratovanja, isklesala su specifične moralne vrednosti. *Posebne moralne vrednosti koje krasi našeg čoveka u svim vremenima a i danas su neustrašivost, spremnost na podvige, samopožrtvovanje, odanost svom narodu, visoki patriotizam, privrženost, nesebičnost davanja interesima i idealima zajednice, odnosno države.*

Neprocenljive je istorijske vrednosti delo **Marka Miljanova**, pisano mukotrpno rukom težaka, u kome su zapisane vekovima građene etičke vrednosti i sentence naših predaka. Zapisao je svetost poštovanja lične, porodične, plemenske i nacionalne časti. *Stav našeg pretka i naš počiva na etičkoj obaveznosti življenja svetla, neokaljana obraza.* Da bi se to ostvarilo,

treba istrajati u odricanju u brojnim situacijama života i poštovanja načela da se nikada ne posegne za tuđim. Data reč je više od zaveta i najveća moguća garancija čojstva i poverenja koje se ne prodaje ni za kakva materijalna dobra niti se od njega odriče makar se izgubilo sve pa i život. To ovekovečuju i **Njegoševi stihovi**: "*Grob je častan večan život, život stidan grob vječiti*", "*Svaki je rođen da po jednom umre, čast i bruka žive do vjeka*."

Istorija naših predaka obiluje primerima visoko etičnih pojedinaca i grupa koji su doprinosili jačanju otpora i borbenom duhu, motivisali opstajanje i postojanje pred naletima moćnih osvajača. "*Zemlja mala odasvud stešnjena*." Primeri specifične istinoljubive, pravedno-ljubive i rodoljubive etičnosti su kao ni u jednog naroda ovekovečeni u našim narodnim pesmama. **Marko Kraljević** dobija poruku od majke: "*Nemoj sine izgubiti dušu bolje ti je izgubiti glavu nego svoju ogrešiti dušu*." Narodna pesma beleži i majku čijeg sina zarobljava turski vezir on poziva majku da podrži sina u izdaji svog prijatelja. Majka podučava sina da to ne čini jer takav život nije dostojan čoveka. Kada joj je sin pogubljen odsecanjem glave, uzima glavu sinovljevu, ljubi je i izgovara reči: "*Sad si moj sin sladi i sjajniji no da sam te na hatu gledala da jašeš sa vezirom*."

Viševjekovni period istorije našeg naroda bio je prepun surovosti, nemaštine, opterećen i bratstveničkom tradicionalnom krvnom osvetom. Ipak je iznedrio specifičnu etičnost "*koju handžar ne seče i divlja narav ne istrebljuje. Junaštvo bez čojstva je samo dokaz divlje snage*". Ta etičnost Srba podrazumevala je i činjenje junačkog zla neprijatelju kao moralnu vrednost i obaveznost: "*...al tirjanstvu stati nogom za vrat, dovesti ga poznaniju prava, to je dužnost ljudska najsvetlija*", ili Njegošev stih "*Zlo činiti, od zla se braneći, tu grijeha nema nikakvoga*." Istorija pamti i specifične visoko etične postupke pojedinaca iz našeg naroda. Sačuvana je priznanica iz koje se vidi da je čuveni hajduk **Bajo Pivljanin 1570. godine u Kotoru** kupovao lekove za zarobljene turske ranjenike.

Miloje Pavlović, profesor i direktor kragujevačke gimnazije 21. oktobra 1941. godine, nije hteo da se rastane od svojih učenika i nikada neće izbledeti njegove reči: "*Pucajte! Ja i sada držim čas*", streljan je zajedno sa svojim đacima. **Miloš Đurić**, poznati etičar međuratne Jugoslavije i visoko cenjeni intelektualac, kada su ga Nemci tokom Drugog svetskog rata pozvali da potpiše solidarisanje sa njihovom okupatorskom vlašću, na šta ga je nagovarao i njegov dugogodišnji prijatelj, odgovorio je: "*Ti možda možeš, ali ja predajem etiku*."

Najnoviju istoriju našeg naroda obeležio višegodišnji građanski rat na teritoriji države SFRJ (Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije). Etičnost srpskog naroda je bila u tim godinama na najtežem ispitu u svojoj istoriji. Suditi o tome sa ove istorijske distance nije moguće, a potreban je i definitivni stav i drugih naroda o nama.

SAVREMENA ETIKA – NAUKA O MORALU

Savremena etika je veoma složena filozofska naučna disciplina što diktira složenost objekta njenog izučavanja a to je čovek. Savremena etika kao naučna disciplina se ne bavi samo izučavanjem savremenog morala već i tradicinolnih moralnih normi i izučava anticipaciju moralne ljudske prakse u budućnosti.

Etika izučava izvore morala i ciljeve morala, ali i smisao moralnog htenja i moralnog delovanja čoveka.

Istorijski gledano savremena etika nastaje sa savremenom epohom građanskog društva, znači sa buržoaskom revolucijom. Razvija se u okvirima savremene filozofije, može se reći nakon Hegelove smrti (1831. godine).

Zadatak etike je ne samo da objasni istorijski razvoj određenog morala i uticaj društvenih činjenica na njegov razvoj već i da se kritički odredi prema postojećoj moralnoj praksi, izdvajajući ono što je istinski, po suštini, dobro i vredno sa stanovišta globalnog životnog smisla i najviših ciljeva života individue. Etika nimalo nije neutralna u odnosu na moralnu praksu, jer ima važan zadatak da doprinese stvaranju i uobličavanju boljih i svrsishodnijih moralnih načela i potpunije i zrelije moralnosti.

Zadatak etike kao filozofske nauke o moralu je da pronikne u svako moralno delovanje.

Usvajanjem etičkih stavova lekar i zdravstveni radnik treba da dograde svoj etički ideal u kontekst posebnosti medicinske etike – sačuvati ljudski život – kao primarnu premisu. Lekar tu vrednost mora nadrediti kao najvišu, najvažniju i pozitivniju od svih drugih u vršenju profesije. Težak zadatak etike u aktuelnom vremenu je da opredeli, recimo za lekara, koji je stav bolji od ponuđenih i da kroz poznavanje etike i njenih specijalnosti, posebno medicinske etike, komparira najhumanije prihvaćene etičke stavove sa stavovima koji su vladali u minulim civilizacijama.

Etika treba da doprinese dorazumevanju da su etičke i moralne vrednosti promenljive iz civilizacije u civilizaciju, ali i tokom trajanja iste civilizacijske epohe.

ODNOS ETIKE I DRUGIH NAUKA KOJE PROUČAVAJU MORAL

Savremena etika je vezana najviše za savremenu filozofiju. Složenost života u aktuelnom vremenu, posebno na početku XXI veka, i razvijenost drugih disciplina koje se bave izučavanjem čoveka i svih njegovih vrednosti tesno povezuje savremenu etiku sa brojnim naukama. Nauke sa kojima je savremena etika najtešnje povezana su na jednoj strani društvene, tehničke, prirodne i posebno medicinske nauke.

Etika kao nauka o moralu ili filozofija morala razlikuje dve dimenzije morala:

a) društvenu

b) individualnu (psihičku).

Etika se bavi izučavanjem morala a u delu i istraživačkim radom. Zato su brojni naučni pravci u savremenoj etici kao teorijska polazišta čiji je cilj usmeravanje istraživanja na određene istraživačke prostore. Osnovni naučno-istraživački etički pravci su:

– *deontološki pravci* – ***principi o ljudskim dužnostima***;

– *druga grupa su teološki pravci*. Prema teološkim pravcima poreklo i osnova moralnog, tj. dobrog određuje se na osnovu telosa (svrhe, cilja);

– *treća grupa pravaca su naturalistički pravci* (*natura* – *lat. priroda*). Etičari naučnici i istraživači podržavaju naturalističkog pravca istražuju prirodu u celini i čoveka kao njen deo.

Savremena etika u svom izučavanju obuhvata sadržajne probleme u protivrečnostima savremenog čovečanstva, posebno u ideološkopolitičkoj i ekonomskoj sferi. Ove savremene protivrečnosti su posledica klasne društvene uređenosti naše civilizacije. Opcija razvoja **građanskog društva** intenzivirana na početku trećeg milenijuma nosi brojne reforme koje se odražavaju usložljavanjem etičkofilozofskog učenja i etičkofilozofskih istraživanja.

Savremena etika konačno naučno razjašnjava moral kao ne samo društvenu već i individualnu ljudsku vrednost.

Najglobalnije upoznavanje etike je usvajanje znanja o teorijskoj etici i normativnoj etici.

TEORIJSKA ETIKA

Teorijska etika proučava moral pojedinca, grupe ljudi, klasa i društva u celini. *Teorijska etika se bavi i istraživanjem ranijih moralnih kvaliteta i vrednosti u minulim civilizacijama i minulim epohama.*

Teorijska etika analizira i pronalazi objašnjenja za određena aktuelna moralna ponašanja. To ostvaruje uglavnom komparirajući istražene podatke iz prošlosti o moralu pojedinca, grupa i zajednice u celini, sa moralnim vrednostima u aktuelnom trenutku.

Teorijska etika izučava moral i poredeći ga sa drugim oblicima regulisanih ljudskih postupaka i ponašanja, kao što su: pravo, običaji, religija i kultura. Teorijska etika izučava i genezu, osnove i suštinu morala i moralnosti.

Teorijska etika istražujući i poredeći moral prošlih civilizacija i aktuelnog vremena, dolazi do brojnih sličnosti ali i razlika. Primer za razlike u moralu, nalazimo u današnjim odnosima roditelja i dece. Roditeljska supopulacija i supopulacija starijih u procenjivanju moralnog ponašanja omladine ima brojne zamerke. Takav je stav odraslih prema ponašanju omladine bio oduvek i proističe iz generacijskog neslaganja i suprotstavljenosti.

Ipak, brojni stavovi iz prošlosti važe i danas. Setimo se samo **Sokrata**: "*Naša mladež voli luksuz, ponaša se razuzdano, prezire autoritete, nema nimalo poštovanja za starije, protivureči roditeljima i zna sve bolje od njih i od učitelja.*" Sokratov citat samo dokazuje da su neki problemi u zajednici večni i trajni – tipično ljudski i da se ponavljaju kroz sve poznate nam epohe civilizacije. Zbog toga je u celosti prihvatljiva sentenca, **da je savremeni čovek fantastično napredovao u tehničkim inovacijama i dostignućima, ali vrlo malo ili čak ni malo, na planu etičnosti i mudrosti.**

Teorijska etika izučava i genezu, osnove i suštinu morala, jer moralne norme imaju svoju psihološku i sociološku podlogu. Teorijska etika objašnjava da je čovek dugo kroz istoriju svog postojanja tragao za izvorima svojih normi i svog vladanja izvan sebe nalazeći ih u apstraktnim božanstvima, da bi tek u poslednjim vekovima, a pretežno u XX veku, bilo shvaćeno da je sva suština u čoveku i zajednici, odnosno relaciji pojedinac – društvo.

Teorijska etika objašnjava da se razvoj morala i moralnosti pojedinca odvija kroz dve etape.

1. **Heteronomija morala** – deca i mladi preuzimaju (usvajaju) ponašanje starijih zbog straha od kazne za činjenje zabranjenih postupaka i očekivanja nagrade za sve postupke koje odobre roditelji. Heteronomija morala je spolja nametnuto ponašanje tokom odrastanja i zbog nedovoljno razvijene moralnosti, tj. nedostatka zrele moralnosti ili autonomije moralnog ponašanja.
2. **Autonomija morala** – deca i mladi razvojno usvajaju moralne norme svesni da im je to ljudska dužnost. Autonomija morala podrazumeva da dete ili mladi čovek već shvataju da je potrebno usvojiti one norme koje se vrednuju kao čovečnost, jer i oni pripadaju ljudskoj vrsti, znači u saznanju im je da je život u zajednici jedino mogući način življenja, a poštovanjem pravila zajednice ostvaruju se lično zadovoljstvo i sreća. Osnovni principi koje zajednica nameće su tolerancija, humanost, pravda i poštovanje potreba drugih. *Autonomne moralne norme dece i mladih su dokaz razvijanja njihove zrele moralnosti.*

Teorijska etika objašnjava i dokazuje da je moralna norma dvostruko obavezujuća, **individualno i društveno**, odnosno unutra – autonomno i spolja – heteronomno.

A) Unutrašnja obaveznost morala bitna je odlika morala. Podrazumeva da moralni subjekt oseća moralnu obavezu da sebi izdaje određene moralne zapovesti, a ne da mu se nameću spolja. Unutrašnja obaveznost morala ima sledeće karakteristike:

1. *bezuslovnost* – moral je cilj samom sebi;
2. *dobro kao vrhovna moralna vrednost* podrazumeva moralno dobro u užem smislu reči pa se i moralni postupci ocenjuju kao dobri ili rđavi;
3. *posebno moralno osećanje* – moralna norma ne uviđa se samo razumom nego se i oseća celim bićem i ima iracionalnu komponentu u sebi;
4. *trenutnost* – moral se doživljava trenutno, bez vremenske distance, dakle u momentu kada individua razrešava dilemu čim se nađe u moralnoj situaciji;
5. *pritisak na ljudsku prirodu* – moralna obaveza je autonomna, individua je oseća kao zapovest koju sama sebi nameće i da bi bila ispunjena, često traži samoodricanje;
6. *griža savesti kao sankcija* – to je takođe autonomna vrednost. Čovek izriče sam sebi sankcije kada prekrši datu moralnu normu.

B) Spoljašnja obaveznost morala kao pojam označava da moralna norma ima spolja nametnute kvalitete – one koje je nametnula zajednica. Zajednica od svojih članova zahteva da se ponašaju po određenim normama, a za kršenje tih nametnutih normi izriče adekvatne sankcije. Moralne društvene sankcije podrazumevaju *moralni prezir* i *moralno gađenje*.

1. **Moralni prezir** je odnos prema moralnom prekršiocu kao nižem biću (nečoveku).
2. **Moralno gađenje** je odnos drugih prema prekršiocu moralne norme izbegavanjem kontakta i bilo kakvog odnosa sa njim, sve do njegovog potpunog isključenja iz date socio sredine.

Društvo ističe svoje pozitivne moralne norme nasuprot negativnim ponašanjima. Zajednica od svakog pojedinca očekuje da prihvati nametnute norme kao ispravne i postupa po njima. *Zajednica preuzima na sebe pravo da moralne postupke pojedinca kvalifikuje kao pozitivne ili negativne*. Te kvalifikacije se razlikuju i menjaju kroz istoriju i kroz promenu društvenih uređenja. Postoji reciprocitet dejstva moralne norme pojedinac – društvo.

Moral je, pozitivna društvena kategorija koja pokazuje progresivne ushodne tendencije u svom razvoju, iako je društveno uslovljen. Teorijska etika temelji takav stav na saznanju da se održavaju izvesne moralne norme koje su prihvatili ljudi još u prvobitnoj zajednici i koje su se prenosile usavršavajući se i dograđujući do danas. Takve norme ne idu baš često kontinuiranom uzlaznom linijom usavršavanja, najčešće doživljavaju deformacije usled promena društvenih uređenja.

Progresivni razvitak u krajnjoj instanci dovodi, smatra se, uvek do pobeđe, progresivnih, društveno-naprednih i prihvatljivih moralnih normi. *Ostvaranje društvenomoralno-etičkog vaspitanja značajno zavisi od autoriteta*. Autoritet je vrhunska etička vrednost društveno kulturne zajednice, koji inspiriše svaku manifestaciju života u teoriji i praksi. *Pad ili gubitak autoriteta znači i pad vrednosti vrhunskih etičkih principa u pojedinca, ali i zajednice u celini*.

NORMATIVNA ETIKA

Normativna etika ili etika u praksi, ili praktična etika, nastoji da obrazloži sve norme ispravnog, dobrog, pravilnog postupanja u svakodnevnom životu. Etika u praksi pokušava da definiše i dobro postupanje u određenim profesijama, kao i u pojedinim oblastima života, te u posebnim društvenim grupama. Tako se formira etika zdravstvenih radnika, etika novinara, etika pravnika, vojna etika itd.

Etika u praksi nastoji da kvalifikuje postupke ljudi kao moralno dobre ili moralno rđave, po kriterijumima i upoređivanjem. Kriterijumi su norme i pravila koje prihvata zajednica i predstavljaju modele i pravila kojih pojedinac treba da se pridržava.

Praktična etika po opšteteoretskim načelima etike smatra da je dobro ono što proizvodi najveću sreću za najveći mogući broj ljudi u datoj zajednici. Druga polazišta etičara su da je moralno dobar onaj pojedinac koji nastoji da svojim postupcima čini pozitivan doprinos za održavanje i unapređivanje zajedničkih uslova egzistencije. Takav pojedinac svoje znanje i svu umešnost koristi u smislu zaštite i unapređenja zajedničkih dobara u društvu.

Normativna etika je etika najvišeg dobra. Najviše dobro definiše se kao onaj cilj koji se želi ostvariti radi samog cilja. Ostvarenjem tog cilja ne postiže se ništa drugo, znači svi drugi ciljevi su samo sredstvo u odnosu na taj ostvareni cilj.

Najviše dobro – *summum bonum* – merilo preko kojeg čovek određuje šta treba kao razumsko biće da čini, šta je adekvatno za njegovo delovanje i šta mu priliči. Etika nije uspela nikada da ponudi konačan i odgovor na pitanje šta je to najviše dobro i najviši cilj života. Etika kao filozofska naučna disciplina i danas nudi niz objašnjenja enigme šta je najviši životni cilj čoveka, da li je to sreća i blaženstvo, ili dužnosti i obaveze, ili je to lična, ili društvena korist.

Etika u praksi ili praktična etika, proklamuje i javno formuliše – kodifikuje određene profesionalne obaveze i dužnosti, kroz pisana dokumenta koja se nazivaju **kodeksi**. Poznati su kodeksi etike zdravstvenih radnika, novinara, pravnika, advokatskih komora itd. Ovakvim kodifikovanjem društvene organizacije, profesionalna udruženja i društvo u celini stavljaju se u poziciju da sami sebe regulišu. Kršenje kodifikovanih načela podrazumeva odgovornost unutar profesionalne organizacije, recimo preko **suda časti**. Sankcije podrazumevaju opomenu, javno žigosanje ili isključivanje iz te branžovske organizacije. Utvrđene su i sankcije, zabrane obavljanja profesije ili zabrana rada sa pacijentima za lekare.

Konačno, moralna pravila i norme unete u kodekse, nisu trajne i nepromenljive, vremenom se menjaju i dograđuju. Kodifikovani principi imaju ograničenu vrednost, važe za ono vreme za koje su doneti i za to društveno uređeni. Zato je čak najgenijalniji kodeks od svih, Hipokratova zakletva, danas revidiran u delovima. Zbog promene uslova života i društvene organizovanosti nastaje potreba da se menjaju ranije doneti i kodifikovani etički principi, što podrazumeva i opravdava revizije etičkih kodeksa.

POZITIVISTIČKA ETIKA

Pozitivistička etika traga za najvišom moralnom normom kao uzorom koja bi teorijski pružila osnovni cilj i smisao života čoveku.

Krajem XIX i početkom XX veka *Emil Dirckheim* i *Levy Bruhl*, predstavnici francuske sociološke škole, smatrali su etiku pozitivnom naukom, tj. naukom o moralnim činjenicama. *Prema njima, osnovni zadatak etike je da analizira poreklo i sadržaj postojećih sistema pozitivne i prihvaćene moralnosti, nasuprot Kantovom shvatanju etike kao teorije koja daje formulaciju najopštijih moralnih principa kojih čovek treba da se pridržava da bi delovao moralno.*

Dirkhajm smatra da se etika sama ne normira u postojećim sistemima morala. Pozitivističko etičko učenje *Dirkhajma* zasniva se na tome da je svaki moral opravdan samim tim što postoji i što se prihvata. Pored važećeg nije moguće zamisliti drugi moral za to isto dato društvo.

Etičar može u svakodnevnom govoru, svakodnevnoj komunikaciji, da pronalazi i istražuje postojeće značenje moralnih normi, a ne može da gradi nova značenja. *Teorija etike se svodi na registrovanje postojećih oblika komunikacija u kojima se upotrebljavaju prihvaćene norme.*

HUMANISTIČKA ETIKA

Humanistička etika je *filozofskoetičko učenje* koje ističe elemente dijalektičke negacije s aspekta dinamičkog razvoja čoveka u socijalnoj interakciji koja se formira u sferi morala u skladu sa društveno – istorijskim uslovima razvoja.

Humanistička etika prevazilazi tradicionalnu normativnu etiku, etiku najvišeg dobra kao pozitivne formule smisla života.

Humanistička etika ne prihvata kontroverze između eudajmonističke etike – etike najvišeg dobra, kao ni etike dužnosti, niti etike motiva i etike učinka, niti racionalističke i emotivističke etike, jer smatra da ne mogu prevazići etiku koja bi dala neku novu formulaciju najvećeg dobra kao neprevaziđene formule i smisla života. Humanistička etika prihvata **autentičan život** kao izraz samostvaranja ličnosti koja tokom života u interakciji sa socijalnom sredinom radom, stvara svoj sopstveni, autentični i specifični moral.

Humanistička etika podrazumeva da je čovek sam po sebi vrednost nezavisno od njegovih dostignuća. Čovek je jedino i vrhunsko merilo svih vrednosti i njegovo dobro je jedini kriterijum etičke vrednosti.

Usklađeno sa principima Svetske zdravstvene organizacije o etici zdravstvenih radnika, od presudne važnosti je poštovanje dva vrhunska principa:

1. poštovanje ličnosti čoveka;

2. odanost idealima humanizma.

Neetični su svi odnosi koji ponižavaju i vređaju čovekovo dostojanstvo što bi i bila suštinska i konačna definicija humanističke etike.

Bilo je potrebno mnogo vekova da čovek pokrene akciju za **priznavanje jednakosti svih ljudi – od ljudi**. Prva takva ideja javila se u doba građanskog romantičnog humanizma.

Naša civilizacija svoje učenje bazira na humanističkim etičkim principima i dorađuje ga usavršavajući demokratske društvene odnose i zasniva globalne zajednice (države) na njima.

PREDUSLOVI ZA ETIČKO PONAŠANJE U PRAKSI

Da bi se ostvarilo moralno ponašanje potrebni su preduslovi kao osnova morala.

Različite pojave u prirodi imaju svoje ciljeve, a nauci je poznato da su usmerene i rukovođene određenim zakonitostima. Naučnici svih naučnih disciplina posvetili su u prošlosti mnogo vremena, kao i materijalnih sredstava, u otkrivanje i objašnjavanje te zakonitosti prirode. Otkrića pojedinih zakonitosti i ostvarena objašnjenja su integrisana jedna u druge, sistematizovana i zapisivanjem data čovečanstvu na praktičnu primenu, ali i na dalje izučavanje.

Naučna saznanja da se svako biće ponaša prema određenim zakonitostima i po određenim principima izuzetno su bitna. Čovek je morao najpre shvatiti da je prethodno potrebno ostvariti precizne i specifične preduslove da bi se recimo, iz semena razvilo drvo. Ti uslovi su količina vlage, posebno zemljište kao podloga na kojoj će drvo najbolje izrasti, sunčeva svetlost i adekvatna toplota. Tek je sa ispunjenjem svih navedenih preduslova moguće očekivati iz zasejanog semena izrastanje kvalitetne biljke i ubiranje i korišćenje njenih plodova. Isto je i u životinjskom svetu, jer svaka životinjska vrsta ima svoje posebne prirodne zahteve, potrebe i zakonitosti od kojih zavisi opstanak ne samo pojedinačne životinje već i cele te vrste. Naučno zaključivanje na saznanjima, omogućilo je dalja saznanja, te se shvatilo da je svaka stvarnost u prirodi uslovljena zakonitošću usklađenom sa prirodnom potrebom. Ovo bi bio univerzalni princip i on je važeći i za čoveka, jer je i čovek određen i vođen zakonitostima koji su u skladu sa njegovom prirodom.

Čovek kao materijalna priroda je subjekt fizičkih zakona koji nisu tema ovog udžbenika. Čovek poseduje i duhovnu vrednost egzistencije, kojom može da se razvija do svoje predodređenosti poštovanjem zakona koji odgovaraju toj vrednosti kao specifičnosti njegove prirode. Za razliku od svih drugih živih bića, čovek je jedini sam tvorac svoje sudbine, kvaliteta, i sreće svog življenja. Samo čovek ima sposobnost da sam odlučuje da li će slediti zakonitosti koje ga vode stazom usavršavanja sopstvenih duhovnih vrednosti, ka ostvarenju ličnih potreba, ili će dezavuisati takve ambicije i svoje moći usmeriti na razaranje, uništenje i agresivnost.

Etika – nauka o moralu, izučava posebno specifičan, samo čoveku pripadajući fenomen – moral, tj. fenomen i ljudske društvene prakse. **Nastanak morala utemeljen je na čovekovoj svesti.** Svest omogućava čoveku svrsishodnu, organizovanu ljudsku aktivnost koja za posledicu ima zadovoljstvo i kvalitet življenja, ali i učvršćivanje moralnog čovekovog ponašanja. Svesne aktivnosti su sve one aktivnosti čoveka usmerene određenom svrsishodnošću, što znači da se aktivnim stavom čovek svesno prilagođava prirodi. Svojim aktivnim stavom čovek menja prirodu, pronalazi sredstva, modelira oruđa kojima može da ukroti prirodu ili da je oblikuje u skladu sa svojim ličnim potrebama.

Preduslovi etičkog ponašanja su:

1. *Osećanja* su pored svesti, bitan preduslov i za etično ponašanje čoveka. Osećanja sa-
drže i pojmove simpatija i saosećanje. Ovi kvaliteti postoje i u dece, što je uslov za razvoj gregarnog motiva ili gregarnog nagona, koji ukazuje da iskonski čovek teži da živi u zajednici.

2. *Nada* je fundamentalni osnov buduće moralnosti, odnosno njenog razvoja i poželjnog etičkog ponašanja. Roditelji nadu kao pojam i osećanje ugrađuju svom detetu već u najranijem uzrastu. Nada se u zrelim godinama transformiše u verovanje.

3. *Ljubav* – pojam shvaćen kao vrlo široka emocija, ima ulogu u razvoju morala, ali i u moralnom postupanju čoveka. Pojam ljubav ne podrazumeva samo određenu emocionalnu vezu u odnosu na drugu osobu ili objekt nego i mogućnost za praktični zajednički život sa onima koji se vole. Spinoza ljubav definiše kao predstavu o određenoj osobi praćenu emocijama i radošću.

Ljubav sa etičkog aspekta nije prihvatljiva u dve situacije.

– Prva situacija je definisana terminom **kaptativna ljubav** – jedan partner potčinjava i eksploatiše drugog, ponižava ga i podređuje sebi.

– Drugi oblik etički neprihvatljive ljubavi označen je terminom **oblativna ljubav** – jedan od partnera je sklon da bude potčinjavan i ponižavan i potpuno se podređuje drugom partneru sa ciljem da se takva vrsta ljubavi održi.

Etički je prihvatljiva samo **uzajamna ljubav**, kao najveća ljudska vrlina. Uzajamna ljubav podrazumeva bezuslovnu uzajamnost, prožima ljudsku intimnost i izuzetno je bitna osnova etičkih ljudskih vrednosti. Ljubav nastaje kako iz same ličnosti, tako i iz odnosa prema drugima, gde recipročni odnos prerasta u formu društvene institucije, kao što su brak, porodica, ali i druge institucije.

4. Čovek je pradažno shvatio prednosti *življenja u zajednici* i uvideo da mora lično doprineti zajednici da bi živeći u njoj bio siguran, zaštićen i srećan. Tako je čovek zatvorio krug moralne uzajamnosti odnosa pojedinac – zajednica i postigao novi kvalitet u okviru svoje moralnosti – *osećanje dužnosti*.

5. *Volja* podrazumeva akciju čovekove svesti. Postojanje morala i ostvarenje etičkog ponašanja nije bez volje moguće ni zamisliti. *Volja podrazumeva usmereno, motivisano, namerno ponašanje i namerno čovekovo delovanje*. Voljni postupci su ciljevi koje čovek postavlja vodeći računa o načinu i sredstvima upotrebljenim za njihovo ostvarenje. **Voljni akt** je ostvarenje svesno postavljenog cilja a da bi se on ostvario, uvek stoji na raspolaganju više mogućnosti, te se u svakom pojedinačnom voljnom aktu vrši izbor. Volja podrazumeva i energiju svesnog Ja. Čovek jake volje brzo pristupa realizaciji postavljenog cilja zasnovanog na motivima i tako se lišava dileme i mogućeg nastanka intrapsihičkog konflikta u svom intrapsihičkom, u situaciji postojanja više istovremenih, a suprotstavljenih motiva. Čovek koji se dugo koleba u nedoumici izbora načina za ostvarenje svesno postavljenog cilja nije efikasan.

Poglavlje IV MEDICINA istorijat i razvoj

NASTANAK I RAZVOJ MEDICINE

"Baviti se lekarskom profesijom danas je nadljudska hrabrost."

Milutin M. Nenadović

Savremena nauka aktuelne civilizacije smatra da se *homo sapiens* pojavio na Zemlji sa prvom svojom alatkom u mustijerinskoj epohi paleolita pre oko 400.000 godina. Istorijska starost *homo sapiens recensa* (sadašnji) seže u prošlost od jedva pet do sedam milenijuma. Za taj period postoje otkriveni pisani izvori i arheološki dokazi.

Praistorijski čovek, u prošlosti od više stotina hiljada godina, sigurno je morao da se suoči sa bolestima tkiva i organa, sa epidemijskim zarazama, kao i sa povredama usled neopreznosti ili onih koje su izazvale iznenadne prirodne nepogode. Paleopatološki dokazi iz davne istorijske prošlosti o nastanku bolesti i načinu njenog lečenja su veoma retki i ima ih tri vrste.

1. *nađeni delovi kostura pračoveka sa patološkim promenama zbog osteomijelitisa, artritisa, ankiloze, nekroze ili povreda,*
2. *arheološki nalazi raznih kipova i petrografa (pećinski crteži),*
3. *izučavanja mitova i verovanja naroda čiji stepen kulturno-civilizacijskog razvoja nije prevazišao nivo istorijskog kamenog doba.*

Može se tvrditi da je naš prapredak sigurno patio od brojnih danas nam poznatih bolesti i traumatizama. Postojala je bitna razlika epidemiološke raširenosti i pojedinih bolesti u odnosu na savremenog čoveka. Čovek preistorije je, recimo, imao snažnije i razvijenije zube zbog načina ishrane (hrana nije termički obrađivana) i dokazano je ređe bolovao od karijesa. Živeo je u proseku kraće, tako da nije patio od brojnih savremenih hroničnih bolesti itd.

Ostvarena materijalna ljudska dostignuća u preistoriji daju nam pravo da tu prдавnu zajednicu delimo na period *divljaštva* i *varvarstva*, a svaki od njih na niži, srednji i viši razvojni stepen. Sigurno je da se na svakom tom primitivno-društvenom razvojnem stepenu bolest različito tumačila te je različit bio i pristup lečenju.

Naučna medicina današnjice nije nastala odjednom, već postupno tokom više milenijuma, na raznim kontinentima i u različitim civilizacijama. Razvojni put medicine do ove savremene bio je zamršen, sa naglim usponima, padovima i stagnacijama. Istorija razvoja medicine onog perioda obeležena je pre svega naučnim neznanjem, praznoverjem i zabudama.

MAGIJSKA I PRENAUČNA MEDICINA

Prenaučna epoha medicine istorijski trajala je bar nekoliko stotina milenijuma, svakako od pojave homo sapiensa pre oko 400.000 godina, sve do medicine novog doba (XVI – XVII vek nove ere). Navedeno razdoblje označava se *mistično-spekulativnim* periodom medicine.

Naš predak u preistoriji smatrao je da su demoni uzročnici bolesti i bolesnih stanja. Primenjivao je u lečenju metode osmišljene da umilostive bogove ili boga. *Egzorcizam* u tim davno minulim kulturama vekovima i milenijumima bio je osnovni terapijski metod. Neretko su terapijske mere bile drakonske (lomače, bičevanje i strašna mučenja do smrti), radi isterivanja demona i/ili nečastivih sila koje su zaposele bolesnog da ne bi zaposele zdrave osobe.

Pisani i drugi istorijski izvori davnih minulih civilizacija (Vavilonske, Mesopotamijske, Egipatske, Starojevrejske, Induske, Kineske, Inka, Maja i dr.) sačuvali su nam podatke o bolestima i njihovom lečenju. Neki stavovi onog vremena kao konzervirani sačuvani su i do danas u primitivnim plemenskim zajednicama kontinenta Afrike, Australije, Azije i Južne Amerike.

Preistorijski čovek je sigurno bio opterećen kao i danas potrebom da razume velike tajne sveta pre svih tajnu života i smrti.

Prenaučna medicina je tokom duge istorije razvojno prošla kroz animističko-magijsku i empirijsku fazu.

a) Animističko-magijska faza karakteriše shvatanje nastanka i lečenja bolesti u preistoriji.

Animizam je u dugom periodu ljudske istorije bio osnovno objašnjenje shvatanja etiopatogeneze bolesti i bolesnih stanja. **Animizam predstavlja shvatanje da pored vidljivih oblika stvari i bića postoje i nevidljivi, odnosno duhovi, dobri i zli.** I jedni i drugi mogu da ulaze i da izlaze iz predmeta i bića. Sama bolest i njen uzrok nemaju distinkciju. Čovek tog vremena nije razlikovao uzrok od bolesti. Sloveni su recimo u paganskom periodu svoje istorije verovali da se čovek razboli od besnila kad i njega uđe zloduh Bes. Verovalo se u tom periodu da čovek rečima i postupcima može uticati na kauzalitet – uzročnost u prirodi. Lečenje se zasnivalo uglavnom na "beloj magiji" – ritualno magijskim radnjama prizivani su dobri duhovi da pomognu, izleče. Ritualnim magijskim radnjama "crne magije" isterivani su zli duhovi iz bolesnog – **egzorcizam**.

Opisani period istorije medicine označavamo kao **fazu paganske demonomanije**. Treba je razlikovati od **hrišćanske demonomanije** Srednjeg veka (period inkvizicije).

b) Empirijska faza prenaučne medicine posebno se razvila u vreme procvata antičkih Grčkih država – pet vekova pre nove ere. Empirijska faza u medicini traje praktično do danas sa istorijskim prekidom za period srednjeg veka. Naprednost empirijske faze u odnosu na animističko-magijski period prenaučne medicine je u stavovima i objašnjenjima o bolestima, njihovom nastanku i lečenju, koja su danas i naučno potvrđena.

Neophodno je da savremeni lekar poznaje prošlost nenaučne i naučne medicine. Današnji ogromni kvantum znanja iz celokupne medicine dugujemo brojnim lekarima, ali i naučnicima drugih, nemedicinskih oblasti, iz prošlih vekova i milenijuma.

MEDICINA STAROG VEKA

"Medicina je preduslov za srećan život."

Aleksandrijska škola medicine

Stari vek stvaranjem država doneo je i promene u shvatanju i objašnjenju etiopatogeneze i lečenja bolesti. Javljaju se religiozno-moralistička učenja i prvi elementi empirijske medicine uz održavanje animističko-magijskih pristupa. Primer, stari Egipćani su smatrali da bolest može biti božja kazna za grehe, ali može nastati i iz prirodnih uzroka.

Stari vek obeležava i nastanak velikih monoteističkih religija. Nastale su nove kulture na monoteističko-religijskoj platformi i interpretacija da su bolesti, a posebno epidemije, recimo kuge, kazna ljudima zbog ogrešenja o božije zapovesti.

Sačuvani pisani izvori o medicini drevnih civilizacija su stari 3.000 godina pre nove ere. Dakle, pouzdanost razmatranja istorije medicine je period od 5 milenijuma. Brojni stavovi o bolestima, bolesnim stanjima, a posebno veštine lečenja iščezlih drevnih civilizacija su očuvani u takozvanoj narodnoj (tradicionalnoj) medicini na svim kontinentima do danas. Medicina starih naroda bila je ukomponovana u vrednosti njihove kulturne tradicije. Danas se nažalost nepotrebno termin **tradicionalna medicina** zamenjuje terminom **alternativna medicina** i nedopustivo neguje kao paralela naučnoj medicini. Neshvatljivo pod nazivom alternativna medicina uvode se i posle diplomске studije na medicinskim fakultetima – visoko obrazovnim ustanovama naučne medicine.

Tradicionalna medicina ima svoju vrednost i mesto kao i razloge da bude očuvana i nikada poništena otkrićima i saznanjima naučne medicine. Tradicionalne medicinske veštine i u vreme kada su bile jedina nada bolesnom za ozdravljenje se razvojno usavršavala prihvatajući i ugrađujući u sebe naučna saznanja i nikada naučnosti nije bila konkuretna. Konačno paradoksalnost na primer termina alternativna elektrotehnika pandam naučnoj elektrotehnici bio bi neshvatljiv za svakog, a kako je moguće da je termin alternativna medicina suprostavljn naučnoj medicini prihvatljiv ne samo laicima već i diplomiranim lekarima kao i lekarima specijalistima, nažalost i profesorima medicinskih fakulteta.

Medicina Vavilonaca i Asiraca

Vavilonska i asirska država i kultura trajale su oko 2500 godina. Društveno uređenje im je bilo robovlasničko. Religija je bila mnogobožaka, utemeljena na astrološkim pojavama. Priznavan je jedan – najviši bog i njemu nisu podizani hramovi. Niži bogovi su bili predstavljeni Suncem, Mesecom i sa pet većih planeta i zvezda. Sveštenici su bili nosioci kulturnog i civilizacijskog napretka i pismenosti, izučavali su i tumačili astrološke zakonitosti, utemeljili matematiku, geometriju, izmislili prva klinasta slova i uveli astrološka praznoverja u cilju predskazivanja i gatanja. Stvorili su i visoko razvili svoju medicinu i široko utkali u nju vradžbine i astrologiju.

Plodna i bogata ravnica oko reka Eufrat i Tigar omogućila je Vaviloncima i Asircima da ostvare visoko razvijenu autentičnu civilizaciju u periodu od oko 3.000 do 593. godine pre nove ere. Tada su ih porobili Persijanci, a njihova sveukupna kultura i gradovi razoreni su i uništeni.

Plemena Sumiri i Akaidi, prvobitno nastanjena u Haldeji, stvorila su prvu vavilonsku državu, zaposednuvši plodnu ravnicu oko donjeg toka reka Tigar i Eufrat. Vavilonski car **Hamurabije** tek oko 2100. godine pre nove ere stvorio je moćnu državu ujedinivši do tada razjedinjena i sukobljena brojna plemena na srednjem i donjem toku Tigra i Eufrata. Oko 1500. godine pre nove ere gorštačko pleme Asirci preuzima vlast u carevini i osvaja njima proširuje granice do Persijskog, Kaspijskog i Sredozemnog mora. Nakon propasti te asirske države 606. godine pre nove ere vavilonski car Nabopolasar obnavlja je kao Vavilon, a maksimalno unapređuje i ojačava car Navukodonosor, ali to vavilonsko carstvo traje samo oko sto godina i zauvek propada i nestaje.

Medicina Vavilona i Asirije *obilovala je mešavinom mistike, narodnog i verskog iskustva*. Osnova te medicine bilo je uverenje da su život na Zemlji stvorila nebeska božanstva, personifikovana nebeskim telima, a bolest ili zdravlje daruju pojedincu posredno preko zlih, odnosno dobrih duhova. **Marduk** je *bio bog lekar*. Po verovanju, on je stvorio čoveka iz svoje krvi uz pomoć boginje **Arure**. Boginji **Ištar** pripisivana je kontrola nad čovekovim razmnožavanjem i trajanjem kroz potomstvo, jer je ona upravljala seksualnom željom i polnim nagonom.

Obrazovanju se u Asirsko – Vavilonskoj državi poklanjala izuzetna važnost, što potvrđuje biblioteka koju je formirao **Asurbanipal**. Imala je 20.000 glinenih pločica ispisanih klinastim, pismom od kojih se 1000 pločica odnosi na medicinu i čuva u Luvru. Medicina Asiraca i Vavilonaca bila je na zavidnom nivou razvoja uprkos demonističkom tumačenju nastanka bolesti. *Uzrok bolesti je u božjem gnevu "šerta"* – što je ljutnja i gnev i kazna božija za učinjeni greh. Oskudno su poznavali anatomiju i fiziologiju, jer su izučavanja obavljali na životinjama. *Srce je smatrano sedištem razuma*.

Lečenje se sastojalo u isterivanju đavola – demona iz bolesnika, prinošenjem žrtvene životinje koze. Nizom magija, gatalica i predskazanja bolesnik je oslobođan od demona. Koristili su i lekove. Lekovi su spravljani najčešće od biljaka – trava, ali se u zapisima pominju i drugi oblici lekova označavani zajedničkim imenom *"kamenje"*.

Sveštenici su bili prvi lekari, a kasnije se pojavljuju i svetovni lekari, ali su svi lečili bolesnike na isti način. Lekari su zbog svog obrazovanja i veštine uživali visok ugled u društvenoj hijerarhiji Vavilona i Asirije. Postojali su i posebni lekari specijalisti, recimo za snove i vodu.

Moćni i pravedni car **Hamurabi oko 2100 godina pre nove ere** zakonom je regulisao krivičnu i građansku odgovornost. Hamurabijev **Zakonik pravde** sačinjen je u korist i na blago bolesnih, potlačenih, udovica i siromaha, što *predstavlja i prvi pisani akt iz oblasti lekarske deontologije*. Taj zakon precizira novčanu nagradu lekaru za svaku, recimo, hiruršku intervenciju, kao i stepen odgovornosti za grešku lekara i to prema vrsti i težini bolesti, društvenom položaju bolesnika, zavisno da li je punopravni podanik ili rob. **"Ako lekar izvrši tešku operaciju bronzanim nožem i prouzrokuje bolesnikovu smrt, ili ako pri skidanju katarakte razori oko, ima se kazniti odsecanjem ruke."** Bile su predviđene i novčane kazne. *Obaveza lekara prema ovom zakoniku bila je da pregled žene obavi samo u prisustvu trećeg lica, nikada sam*. Hamurabijev zakonik, star više od četiri milenijuma, sačuvan u celini, danas je izložen u Luvru.

Medicina Feničana

Feničani su *semitsko pleme* koje je pre stvaranja države živelo duž istočne obale Mediterana. Osvajanjima i pohodima prema zapadu stvorili su oko 1.600 godine pre nove ere moćnu državu, pokorivši Akru, Tir i Kartaginu u Severnoj Africi. Glavni kulturni centar Feničana bio je **Sidon** i to pet vekova između 1 600. i 1 100. godine pre nove ere. Razoren je i nestao 351. godine pre nove ere.

Feničani su postigli visok kulturni razvoj, o čemu svedoče sačuvani pisani dokumenti. Iako oskudni, pronađeni su pisani dokumenti o počecima i razvoju medicine u Feničana. Medicinu su Feničani razvijali po uzoru na egipatsku medicinu.

Feničani su prvi u ljudskoj istoriji primenjivali zubnoprótetske nadoknade ekstrahovanih zuba zubima druge osobe, povezujući ih žičanom ligaturom. Poznata im je bila i paradontopatija, a lečili su je udlagama.

Feničani su uveli novac kao ni danas neprevaziđen, trajući parametar razmene roba i sveprivredne i sveljudske savremene korespodencije.

Medicina starih Egipćana

Kulturni razvoj Egipćana u tada izuzetno plodnoj ravnici oko Nila imao je dugovremenu istoriju. Razvoj, napredak i trajanje staroegipatske civilizacije je oko četiri i po milenijuma (od oko 5000. godine do 526. godine pre nove ere), sve dok Persijanci nisu oduzeli suverenitet egipatskom narodu i zauvek razorili i poništili njegova milenijumska svekulturna dostignuća. **Egipćani** su bili više hiljada godina miran, radan i stvaralački narod, bez osvajačkih i agresivnih pretenzija prema susedima. Svoju civilizaciju obeležili su originalnom mitologijom. *Religija im je bila mnogobožaka na čelu sa vrhovnim bogom sunca – Ra, njegovom ženom i sinom uz stalnu pratnju Ozirisa (bog stvaranja) i Seta (boga rušenja).*

Verujući da su bogovi besmrtni Egipćani su mitološki razvili uverenje da je i *ljudska duša besmrtna uslovno*, jer posle smrti duše dolaze pred Ozirisa, koji ih meri na terazijama i dobre ostavlja u večnom životu a loše uništava. *Posledica ovog mitološkog verovanja drevnih Egipćana je ovladavanje veštinom mumificiranja tela posle smrti balsamovanjem.*

Društveno uređenje Egipćana počivalo je na kastinskim principima i bilo je zasnovano na pravu faraona na neograničeno upravljanje nad podanicima. Faraone su u njihovoj neograničenoj vladavini podržavali stalež povlašćenih ratnika i činovnika, kao i sveštenstvo. *Sveštenstvo je u funkciji faraonske svemoći i vlasti nad podanicima zavetno čuvalo dostignuti nivo obrazovnosti i kulture.*

Brojni su dokazi o medicini starih Egipćana u sačuvanim pisanim dokumentima, papirusima, spomenicima, otkrivenim mumijama i skeletima iz tog doba. Pronađeni papirusi o onovremenoj medicini zapravo su knjige 20–30 cm širine i po 20 m dužine. Za istoriju medicine od posebne su vrednosti neke od tih knjiga.

Papirus koji je 1861. godine pronašao Amerikanac **Edvin Smit**, protumačio ga je tek 1930. godine **Brasted**, profesor univerziteta u Čikagu. Ovaj papirus se uglavnom odnosi na

detaljne opise hirurških bolesti. *Opisane su frakturne perforacije* kostiju lica (maksile i zigomatične kosti), frakture cevastih kostiju, subluksacije i luksacije zglobova, te tehnika imobilizacije i repozicije. *Opisani su i mišići i njihovi pripoji*. Pored hirurga pominje se i lekar za zube.

Papirus koji je 1872. godine pronašao u Tebi **Georg Ebers** poznat je kao Lajpciški papirus Ebersa. Ima 110 strana i sadrži oko 700 recepata sistematizovanih prema organima koji kao oboleli zahtevaju lečenje. Papirus je započet 3700. a završen 1550. godine pre nove ere. *Recepti iz ovog papirusa odnose se na lečenje glista u crevima, lečenje ginekoloških, očnih i bolesti unutrašnjih organa, lečenje gingivitisa, erozije sluzokoža* itd.

Papirus koji je 1888. godine pronašao **Flinders** sadrži opise iz ginekologije i veterine.

Papirus Hersta, koji je pronašao Georg Andrew Reisner, čuva se na Univerzitetu Kalifornija, ima 70 strana i 130 recepata sličnih kao u Ebersovom papirusu. *U ovom papirusu se razmatraju bolesti srca, mokraćne bešike, creva i zubobolja*. Recepti se odnose i na lečenje krvarenja, paradontopatije i bolova različitog porekla.

Papirus nađen u okolini Kaira čuva se pod imenom Berlinski papirus **Brukša**, a obrađuje *bolesti srca, crevne gliste, bolesti grudi, trbuha i ušiju*.

Nađeni su i drugi papirusi manje ili više obimni i sadržajni, a vezani za medicinu.

Egipatska medicina zasnivala se na magiji, narodnoj i religioznoj medicini, ali je nedvosmisleno i napredovala negujući posmatranja i zapisivanja kao uslov za povećanje fonda novih znanja. *Nađeni su i pisani izvori o znanjima Egipćana iz fiziologije i anatomije*. Stari Egipćani su čak nazirali i razlikovali fiziološku ulogu jetre, krvotoka i disanja. Stari Egipćani su ostavili zapisane prve poznate nam *pneumatične i humoralne* teorije o bolesti i zdravlju.

Hirurgija je bila posebno razvijena grana egipatske medicine što dokazuje pored pisanih papirusa i brojnost instrumenata korišćenih u hirurgiji.

Farmakopeja starih Egipćana bila je takođe vrlo razvijena. *Bilo je usvojeno preko 500 preparata kao lekova, uglavnom biljnog, ali i životinjskog i mineralnog porekla*. Lekovi su neretko bili složeni, ponekad su sadržavali i do 37 sastojaka.

Higijena je u Egipćana bila na zavidnom nivou, ali izgleda ne iz medicinskih razloga, već iz religioznih rituala.

Lekari drevnog Egipta dobijali su stručnu nastavu i visoko obrazovanje u hramovima od iskusnih sveštenika i lekara. Pominju se i medicinske škole u gradovima Heliopolisu i Saisu. Egipatski lekari su bili na izuzetnom glasu i često angažovani na dvorovima stranih vladara. *Egipatski lekari onog vremena negovali su tradiciju iznošenja teških bolesnika na ulicu da bi i od prolaznika dobili mišljenje i predloge o tretmanu*. Po većim gradovima Egipta ostalo je zabeleženo postojanje i lekara specijalista pojedinih medicinskih disciplina.

Medicina Egipćana, nema sumnje, postigla je najviši razvojni domet i bila najčuvenija za ono doba, što potvrđuje i Homerov stih u *Ilijadi* i *Odiseji* koji kaže: "*da su egipatski lekari najbolji*". Najčuveniji antički lekari Hipokrat, Galen, Plinije i drugi posebno su cenili egipatsku medicinu i iz nje preuzimali iskustva i znanje. Razvoj medicine drevnih Egipćana naglo je zaustavljen razaranjem egipatske države od stranih osvajača, pre svih Persijanaca.

Medicina Persijanaca

Persijanci su bili gorštački, veoma ratoboran osvajački narod, niskog kulturnog nivoa. Svoj istorijski kulturno državni uspon i razvoj Persijanci su započeli tek krajem VII veka pre nove ere, a vrhunac svoje državne moći su dostigli u VI i V veku pre nove ere, osvojivši Egipat i Malu Aziju. Vodili su duge ratove sa grčkim državama sve dok nisu poraženi i uništeni od najvećeg osvajača u istoriji – **Aleksandra Makedonskog**, sredinom IV veka pre nove ere.

Persijska medicina je mitološki zasnovana. Nameće niz religioznih higijenskih obreda i propisa, posebno o čistoći polnih odnosa i tela. Brojne bolesti su bile dobro poznate Persijancima i lečene na principima magijske i religiozne medicine.

Osnovni pisani dokument o sveukupnoj kulturi, veri i medicini Persijanaca je *Zaratustrina verska knjiga **Zend Avesta***. Ova knjiga zasniva religiozno tumačenje na učenju da svetom upravljaju u potpunosti dva božanstva, **Ormuzd** (Ahuramazde) – *nosilac dobra* i **Ariman** (Ahriman) – *nosilac i stvaralac zla*. Ormuzd i Ariman vode međusobno neprekidnu borbu, u kojoj dominiraju čas jedan čas drugi, a rezultat njihove suprotstavljenosti su bolest i zdravlje. Zaratustrina sveta knjiga posvećuje veliki deo mitologiji medicine, odnosno **Amere-tapi** – *boginji dobrog zdravlja i dugog života*. Opisana je i Armeretapina ogromna velelepna bašta sa bezbroj lekovitih i čudotvornih biljaka.

Stara starih Jevreja

Nomadski narod *Hebreji* ili *Jevreji* u otkrivenim istorijskim dokumentima se prvi put pominju u XXIII veku pre nove ere. Zna se da su pre više od četiri hiljade godina bili prvi stanovnici *Heldeje*, a nekoliko vekova kasnije su naseljavali područje Egipta. Područje oko reke Jordana u Palestini Jevreji nastanjuju i formiraju svoju prvu državu tek pre oko tri hiljade godina. Samostalna i suverena država Jevreja trajala je samo tri veka jer ih tada okupiraju Vavilonci, zatim Persijanci, Grci i na kraju Rimljani. Državu su obnovili pre 60 godina.

Jevreji su iako kasneći u državotvornosti za Vaviloncima i Egipćanima, od njih preuzeli sve kulturne tekovine. Autentičnost Jevrejske kulture i stvaralaštva bila je samo u domenu vere i oblika vladavine. *Prvi su stvorili monoteističku religiju*, a obuhvatajući verskim propisima ukupni društveni život oformili su prvi i teokratski oblik državne vlasti.

Jevrejska medicina nije posebna starojevrejska, već predstavlja mešavinu vavilonsko-asirsko-staroegejske medicine. Nije sačuvana ili pronađena starojevrejska medicinska literatura, već se o njoj sudi na osnovu *Talmuda* i *Biblije*. **Stari Zavet** – Biblija pisan oko 2000 godina pre nove ere, pored niza religijskih sadrži i veliki broj podataka o medicini Jevreja. **Talmud** – "učenje" je pisan između 220. i 230. godine pre nove ere. *Talmud predstavlja u suštini zbirku religijsko – zakonskih propisa koji razrađuju Stari Zavet*. To je veliki prevashodno zakonski zbornik, ali dokumentuje i starojevrejsku medicinu. Sastoji se iz dva dela:

1. **Mišna** – "usmeni zakon" i
2. **Gemara** – "komentar zakona" u okviru Učenja – Talmuda. Komentar zakona je dat u dva dela poznata kao Vavilonski Talmud i Palestinski Talmud posebno.

Starojevrejska medicina se prema navedenim dokumentima temeljila na učenju da biološku osnovu života čine sokovi u krvi i dah koji u telo dospevaju kroz nos. Uzrok bolesti je uvek greh, a Bog šaljući bolest u stvari kažnjava grešnog, ali ga i poučava. Bog bolest šalje čoveku preko đavola, ponekad i preko anđela, sa poučnom porukom.

Lečenje bolesti i izceljenje povreda je u domenu magijskog, odnosno u božanskoj volji i moći. Čovek kao lekar nije značajan i nemoćan je bez božje volje, namere i odluke.

Suzbijanje epidemija se ostvarivalo prinošenjem na žrtvu Bogu onih koji su epidemijsku pojavu bolesti grehom izazvali.

Hirurgija u starojevrejskoj medicini pored obrezivanja obuhvatala je i carski rez, kastraciju, inciziju analnih fistula, kao i zbrinjavanje luksacija zglobova i preloma kostiju.

Jevreji su primenjivali brojne higijenske i profilaktičke mere kao verske obrede, te su ih uneli kao propise u verske knjige *Stari Zavet* i *Talmud*. *Učenje – Talmud* sadrži u delovima zdravstvenog zakonodavstva korisne i bitne, higijenske i socijalne propise ograničavajuće za pojedinca zbog interesa zajednice. Jevrejska medicina se po tome bitno razlikovala kao preventivna od Vavilonske i Egipatske medicine koje su bile primarno kurativne po svojoj suštini.

Lekari u starojevrejskoj medicini su bili isključivo sveštenici – **Leviti**, a mnogo kasnije se pojavljuju i svetovni lekari – **Zofe**. Jevreji su imali izuzetno mali broj lekara, *jer nisu postojale škole za učenje lekarske profesije*. Božanska apsolutna nadležnost u nastanku bolesti, izlečenju bolesti i isceljenju povreda u starojevrejskom religijskom medicinskom učenju implikovala je nedostatak profesionalnih vidara i iscelitelja. Jevreji su zato u ratovima svoje ranjene vojnike ostavljali na bojištu prepuštene božjoj volji, dakle na milost i nemilost neprijatelju.

Medicina stare Indije

Začeci hinduske kulture javljaju se u plodnoj ravnici oko reka Gang i Ind oko 3000 godina pre nove ere. Jedini spomenik indijske kulture tog vremena je **Veda** – *narodna poezija zasnovana na predanju*. Duhovnički red **bramina** zasnovao je i razvio braminsku kulturu drevne Indije, što je bramine kroz vekove i milenijume dovelo na tron totalne i potpune vlasti i moći nad narodom. Konačno u periodu od VII do IV veka pre nove ere počele su pobune protiv bramina. Najčuvenija je **Budina** i budista sledbenika, koja nije imala većeg uspeha. Istorijska činjenica je da *već od V veka pre nove ere indijski narod gubi samostalnost, a njihova kultura, kao i medicina gube tradicionalna autentična obeležja zbog naizmeničnih osvajачkih teritorijalnih porobljavanja od Grka, Persijanaca, Arapa, Azijata i Evropljana*.

Najstarijom knjigom ljudskog znanja smatra se Rigveda koja pored ostalog sadrži istoriju medicine i farmacije. Stara indijska medicina zapisana je u više knjiga neznanih autora. Os nove magijske medicine i tekstove o lečenju bolesnih isterivanjem đavola sadrži knjiga *Atarvaveda*, tekstove o higijenskim merama sadrži knjiga na *Aijurveda* "Knjiga o dugom životu".

Indijska medicina pored pomenutih veda zapisana je i u delima "*Barohata*", "*Sušruta Samhita*", "*Kakradata*", "*Mathakamidana*" itd. Navedene knjige opisuju uglavnom anatomiju čoveka uopšteno, ali u brojnim odnosima. *Objašnjavaju da je ljudsko telo sastavljeno od 300 kostiju, 210 zglobova, 500 mišića, 70 krvnih sudova, 90 žila, 7 tkiva kože, 7 elemenata, 7*

segmenata, 7 sedišta organa, 24 nerva, 9 čula, 3 telesna soka – tečnosti i 3 izlučevine. Tri bitna činioca limfa, žuč i dah održavaju osnovne fiziološke funkcije ljudskog organizma, te su u prisnoj vezi sa svih pet kosmičkih elemenata (*svetlost, vazduh, zemlja, vatra i voda*). Posledica njihovog uzajamnog odnosa i dejstva je nastanak svih delova čovečijeg tela.

Dijetalnoj ishrani u lečenju bolesnih poklanjana je najveća pažnja. Glavna dijeta je bila mleko i meso. *Lekovi su spravljani od bilja i lekarima je bilo poznato oko 760 trava dobavljenih uglavnom sa Himalaja.* Važno mesto u farmakopeji Indusa zauzimala je živá, a ordinirana je u terapiji brojnih bolesti. *Veoma je bila razvijena hirurgija, što dokazuje i upotreba 127 postojećih instrumenata.* Higijenske mere su insistirane i upražnjavane radi postizanja lepote i čistoće tela. Posebno je preporučivan higijenski način življenja – *ustajanje pre izlaska sunca, masaža i kupanje tela, čišćenje zuba četkicom i praškom itd.*

Prvu nastavu za obrazovanje lekara, sistematično školski izvodili su bramini, a nastavnici su bili i sveštenici i poznati iskusni lekari. *Induski lekari su uživali visok društveni ugled i strogo su vodili računa o svom držanju, vladanju i životnim načelima.* Negovali su specifičan profil lekarskog-medicinskog staleža, koji su dugo podržavali i negovali i lekari u srednjem veku. Postojao je pravi kult ličnosti lekara, što potvrđuje i narodna poslovice: *"Ako je neko bolestan, onda mu je lekar otac, ako neko ozdravi, onda mu je lekar prijatelj, ako je bolest spontano prošla i došlo do ozdravljenja onda je lekar čuvar."* Indijska medicina je bila neprikosnovená i tokom starog veka, sve do Hipokratovog doba.

Indijsku medicinu posebno obeležava prebudistički period između 1000. i 600. godine pre nove ere, a to je razdoblje izuzetno razvijene medicinske kulture i farmacije i prelaska lekarske veštine sa sveštenika na učene profesionalne lekare. Prva dela iz interne medicine i hirurgije nastala su na prelazu iz VII u VI vek pre nove ere i predstavljaju fundament stručne medicinske literature. Autori tih prvih knjiga bili su lekari **Čaraka** i **Sušruta**. Čaraka je pisac knjige *Čaraka Samhita* u kojoj je predočio svoje znanje iz medicine i farmacije, posebno dajući uputstva za izradu lekova, ekstrata, supozitorija, pilula itd. Nešto mlađi lekar Sušruta piše poznatu knjigu *Sušruta Samhita*, predstavivši se kao najveći poznavalac anatomije. *Sušruta uzroke svih bolesti objašnjava spekulativno poremećajem ravnoteže i odnosa tri tečnosti – elementa ljudskog tela – sluzi, gasova i žuči.*

Budistički period indijske medicine ovekovečili su lekari Atreja i Nagarjuna. Broverov rukopis datira iz tog vremena. Pisali su ga budistički sveštenici između II i IV veka nove ere.

Kineska medicina

Kineska medicina se prema istorijskim dokumentima počela razvijati pre oko pet hiljada godina, autentično subkulturno bez uticaja sa strane odnosno bez uticaja tradicija drugih naroda. Sami Kinezi prema predanju osnivanje medicine vezuju za **Šinona** koji je vladao Kinom oko 2800. godine pre nove ere. Taj vladar je obilato počeo negovati, razlikovati i upotrebljavati lekovito bilje. Skoro u isto vreme napisana je najstarija kineska lekarska knjiga – *Knjiga Medicine* ili *Kanon Medicine "Nuci King"*. Veruje se da je ovu knjigu napisao imperator Xuang Ti formulišući medicinu tog vremena na sledeći način: **"Medicina nikog ne može**

spasiti od smrti, ona je u stanju samo da produži život, da učvrsti moral, pojačavajući vrlinu i iskorenjujući porok kao smrtnog neprijatelja zdravlja. Medicina ne može da izleči mnoge bolesti koje napadaju jadno čovečanstvo, ali se trudi da ojača narode i državu, pružanjem higijenskih saveta."

Kineska medicina pet milenijuma duge tradicije pretrpela je samo blagu izmenu oko 1280. godine dolaskom na vlast mongolske dinastije i od tada se deli na 13 oblasti.

Kineska medicina i danas, skoro bez primesa stranih uticaja, nosi svoja tradicionalna originalna obeležja. Povezanost kineske filozofije života i smrti i njihove medicine tesno je isprepletana kroz sve milenijume razvoja. Kinezi su očuvali verovanje da život čoveka funkcionise pod dejstvom **muškog principa Jang** i **ženskog principa Jin**, uprkos nesporno velikom poznavanju fiziologije. Ovo učenje u Kini ima tradiciju od skoro 3000 godine pre nove ere. Jang je simbol zdravlja, snage pozitivnih stremljenja, topline, svetlosti (Sunce), a Jin podrazumeva negativne suprotne tendencije i personifikuje crnu stranu Meseca u obliku zareza te po objašnjenju označava ulazak duha u materiju. *Medicinskom terminologijom rečeno Jang simbolizuje zdravlje a Jin bolest.* Crna tačka se nalazi u centru Janga a bela tačka u centru najšireg dela Jin, što potvrđuje relativnost univerzuma. *Sam koncept Jang – Jin principa je suštinski preteča dijalektičkog principa jedinstva suprotnosti*, čija uzajamnost odnosa uslovljava pokretačku snagu života i sveta. Sve bolesti u skladu sa principom jedinstva i suprotnosti pripadaju kategoriji Jang ili Jin, jer je uzajamnim sadejstvom ovih dveju energija obezbeđena stabilnost univerzuma. Dakle, najstarija filozofska postavka dijalektičkog zakona o prožimanju suprotnosti nastala je u Kini.

Tradicionalna kineska medicina lišena je anatomskih i fizioloških znanja, smatra svoje mrtve svetim, a obdukciju leševa bogohulnom. Zato je spekulativno morala razvijati svoju naučnost na objašnjenju ljudskog tela i njegovog sastava analogno filozofskom poimanju sastava prirode uopšte od istih pet delova – *vode, vatre, zemlje, drveta i metala*. Identično kao u filozofiji i u kineskoj medicini se u svemu izjednačuju makrokosmos i mikrokosmos, a broj pet ima značaj u objašnjenju svih sfera prirode. *Uči se i govori o svih pet čula, o pet ukusa, o pet biljaka, o pet boja.* Čovek je zdrav dok je očuvana ravnoteža *pet osnovnih sastojaka*, bolest nastaje čim se ta ravnoteža poremeti. Objašnjenje neposrednog uzroka bolesti pripisuje se pogrešnoj ishrani ili preteranom umoru, jer se smatra da ova dva činioca zajedno i ponaosob remete pravilno opticanje krvi. Bolesti su u pisanim dokumentima predstavljene sa mnogo detalja, a u terapiji se najčešće preporučuju sredstva za čišćenje i povraćanje. Lekovi se, najčešće, spravljaju od ekstrakta lekovitih biljaka od kojih su najpoznatije koren "**žen-šen**", "**ra-ven**", "**ginsengi**" itd. Opisano je oko dve hiljade takvih lekova, a uz sve te lekove lekari su upražnjavali i magijsku terapiju.

Kineski lekari su negovali posebno opservatorske sposobnosti, te su zaslužni za otkriće značaja pravilnosti pulsa u dijagnostici, kliničkoj praksi i prognozi bolesti. *Onovremeni kineski lekari dalekovidno su negovali i izučavali profilaksu obolevanja.*

Medicinom u drevnoj Kini osim sveštenika bavili su se i svetovni lekari. Od vremena najstarije medicinske tradicije organizovana je i uređivana u posebnim školama nastava za lekare. *Lekarski stalež bio je podeljen na klase kao i ceo narod drevne Kine.* Dvorski lekari su obrazovani u posebnoj medicinskoj školi i pripadali su najvišoj društvenoj lestvici. Svi ostali ljudi pa i lekari pripadali su srednjoj klasi.

Hirurgija se javila na samom početku razvoja kineske medicine i dostigla zavidan nivo pre svega zbog ozakonjene i primenjivane kastracije.

Akupunktura, reklo bi se najoriginalnija metoda kineske medicine, usvojena je na samom početku razvoja medicine u Kini. Održala se do danas i proširila na skoro čitav svet iako o njenoj vrednosti savremena naučna medicina nema aksiomatično izjašnjenje. Akupunktura se izvodi zavrtanjem srebrnih, danas i zlatnih igala na utvrđena mesta na površini tela koja su precizirana u tradicionalnoj kineskoj medicini. **Akupunkturne tačke određene su na temeljima starokineskog učenja važnosti količinskih odnosa vazduha u tkivu;** višak treba odstraniti jer je on uzrok nastanka bolesti. Objašnjenje efekata akupunkturnih procedura naučna medicina vezuje za opštu anesteziju, senzibilitet i sugestiju. Smatra se da je akupunkturu spornu, mnogo osporavanu i kontraverznu terapijsku metodu uveo *Huang-Tiju*. Akupunktura u vidu farmakopunkture ima pozitivne terapijske efekte posebno u tretmanu neuralgija.

Kineska medicina obogatila je svetsku medicinsku struku i otkrićem i uvođenjem *narkoze*, primenom želatina u zaustavljanju krvarenja, kao i nizom drugih inovacija.

Japanaska medicina

Sve do prvog veka nove ere stara japanska medicina imala je vekovnu tradiciju i autentična nacionalna i subkulturno religijska obeležja, a od tada potpuno pada pod uticaj kineske medicine. To se dogodilo zbog migracije brojnih kineskih lekara u Japan tokom I veka nove ere. Oni su postali i dvorski lekari, a ubrzo su osnovali i medicinske škole sa nastavom i učenjem tradicionalne kineske medicine.

Tradicionalna kineska medicina potisnuta je iz Japana u XIII veku, i to zbog aktivnosti pokreta tadašnjih japanskih lekara. Japanska medicina od tada ostvaruje sopstveni napredak i inovira medicinska znanja. Upamćeni su brojni japanski lekari kao **Noguša, Hata, Šiga** i drugi.

Medicina Inka, Maja i Asteka

Kulturu drevnih naroda na tlu Južne Amerike – *Inka, Maja i Asteka*, Evropljani su otkrili dolaskom konkviskadora na južnoamerički kontinent pre nekoliko vekova. Iznenadenje Evropljana bilo je ogromno, jer otkrili su da postoji milenijumska civilizacija besprekorne organizovanosti i zadivljujuće visokog sveopšteg kulturnog razvoja.

Drevni narodi Američkog kontinenta su dostigli visokocivilizovani nivo. Opis njihove medicine i lekarskog rada ostavio je franjevački monah *Bernardino de Sahagun*. Izučivši pisane dokumente Maja, Inka i Asteka, utvrdio je da su oni dobrim lekarom smatrali samo onog koji je bio dobar dijagnostičar i dobar poznavalac bilja, kora, drveća i minerala. *Vrednovala se vrlina samo onog lekara koji do dijagnostičkih i terapijskih rezultata dolazi pregledom, mudrošću i iskustvom*, a neophodno je da se između ostalog bavi i hirurzijom u okviru koje se obavljalo i vađenje zuba. Medicina ovih naroda imala je zavidno visok nivo i u lečenju interističkih bolesti. Inke, Maje i Asteci su bili izuzetno uspešni u vidanju povreda i rana.

MEDICINA ANTIČKIH NARODA

Doba antičke Grčke istorije u periodu od 1500. do 600. godine pre nove ere nedovoljno nam je uopšte poznato, pa samim tim i oblast antičke medicine. Veoma su oskudni pisani dokumenti i spomenici iz tog vremena, a jedini izvor su predanja kasnije pismeno zabeležena.

Usmena najstarija predanja opisuju i veličaju dela i život heroja i polubogova, pripisujući im nadčovečanske osobine proroka, zakonodavaca, pesnika i istovremeno čudotvornih lekara. Takve legendarne ličnosti imao je svaki grad po predanju: Kadmos u Beotiji, Orfej u Trakiji, Tirezijas u Tebi, dok je recimo Herkul ili Herakle zbog dvanaest junačkih dela bio poznat u celoj Grčkoj kao čudotvorni lekar nazvan "aleksikakos" (koji uklanja bolesti).

Homerova "Ilijada i Odiseja" jedina su pisana svedočanstva o usmenim predanjima iz ovog perioda antičke Grčke. Homer je prikazao i razvitak Antičke medicine, opisavši u spevu 141 ratnu povredu na ratnicima i konjima i anatomske i hirurške zahvate. Prema Homerovim spevovima sami ratnici su lečili rane, ali su to činili i čuveni lekari, pre svih tesalijski kralj **Asklepios**. *Asklepios u Homerovom spevu nije bog, već ratnik i izuzetan lekar.*

Medicina antičke Grčke bila je po suštini empirijska i narodna, a njeni protagonisti bili su heroji i polubogovi.

Asklepije ili **Eskulap** bio je poznat širom cele antičke Grčke, nazivan je još i "*ijatros*", "*Ortois*" ili "*Soter*" – spasilac. Odomaćio se i običaj da se u njegovu slavu svi lekari zovu asklepijadi. *Sin je boga Apolona i boginje Koronide; imao je sinove lekare Podalirija i Mihaona, kao i ćerke Higiju – zaštitnicu higijene i Panakeju – zaštitnicu terapije.*

Asklepiju su zbog čudotvorstva u lečenju podignuti hramovi širom Grčke. Zvali su se "*asklepije*", jer su u svom sastavu imali i zgradu u kojoj su lečeni bolesnici. Mogle bi se shvatiti kao preteče bolnica. Asklepije (Eskulap) je posle smrti proglašen bogom medicine.

Predanja antičke Grčke upućuju da su ljudi kroz medicinu oduvek težili večnom trajanju života, pobeđujući bolest kao nagoveštaj smrti, *ali su se bogovi toga uplašili i ljudima namenili bolesti i lekare a život ograničili neizbežnom smrću, ostavivši samo sebi pravo na besmrtnost i večni život.* Bogovi su bili beskompromisni i prema svojoj deci u tome – Asklepije je umro iako je bio sin boga Apolona.

Asklepije je na svim kipovima i simbolima medicine predstavljen kao mladić ili starac sa štapom u ruci oko kojeg je obavijena zmija. Štap sa obmotanom zmijom simbolizuje farmaciju i danas. *Po predanju, dok je jednom Asklepije stajao kraj postelje obolelog Glauka, obmotala mu se zmija oko štapa, on ju je ubio i zaprepašćen ubrzo video drugu zmiju kako sa lekovitom travom prilazi ubijenoj zmiji i oživljava je.* Asklepije je posle, uvek praćen svojom ćerkom Higijom, koja je u ruci nosila njegovu zmiju. **Zevs**, uplašen da će ljudi postati besmrtni kao i on, a da se ne bi poremetio božanski red stvari u prirodi, **ubija Asklepija**.

Helenska kultura i medicina antičkog doba, iako razvijene na tekovinama pozajmljenim od istočnjačkih naroda, razvijale su se paralelno, negujući svoju autentičnu filozofiju. Tako od kraja VII veka pre nove ere ostvaruju definitivno trajnu sopstvenu posebnost, postavši temelj kulture i medicine sadašnje civilizacije. Najpoznatiji mislioci filozofski opredeljeni su:

Tales

Rođen je 640. godine pre nove ere na ostrvu Mileta. Smatra se ocem filozofije i osnivačem prirodnjačke jonske škole kako su već ocenili Aristotel i Platon. On je stvorio pojam "*fizis*" – *princip da se u kosmosu sve menja, preobražava i neprekidno kreće*. Smatrao je da taj princip počiva na prvobitnom predmetu u prirodi, a to je voda. Vazduh, vatra i zemlja postaju iz vode.

Anaksimandar

Talesov je učenik, rođen 620. godine pre nove ere. Smatrao je da se u prirodi sve ciklično rađa i nestaje na principu koji naziva "*apereton*" ili "*apejron*". Prema njegovom učenju "*apejron*" je prvobitni element, a ne voda, stariji je od svega vidljivog i postojećeg.

Pitagora

Rođen je 583. godine pre nove ere na ostrvu Samos. Kasnije je živio u južnoj Italiji u grčkoj koloniji Krotos, osnovavši tamo svoju filozofsku školu. Prihvatio je sveštenički uticaj tadašnje Grčke i stvorio doktrinu suprotnu od važeće tada pozitivne monističke teorije naturalističke jonske škole. *Dualistička osnova Pitagorine filozofije bila je u suštini racionalistička, a mistička po ugledu na egipatsku i hindusku mitologiju*. Pitagora je, ipak, izradio svoju teoriju brojeva ili teoriju harmonije, primenjujući fizičke zakone na sve organske fenomene, bitno doprinevši razvoju medicine i uopšte prirodnih nauka. *Lekar, matematičar, muzičar i mističar*, Pitagora je bio jedan od vodećih filozofa Grčke svog vremena i učitelj brojnim generacijama, a buduća nauka se zasnivala na njegovom delu.

Empedokle

Rođen je u Arigentu 485. godine pre nove ere. *Sa Alkmejonom se smatra prvim osnivačem naučne medicine, jer su se oni prvi počeli da bave fiziološkim posmatranjem, ispitivanjem i eksperimentima*. Empedokle je bio čuveni lekar, mislilac, filozof, političar demokrata i osnivač sicilijanske filozofske škole. Za života je postao čuven i legendaran.

Empedokle je bio ugledan i čuven kao epidemiolog i higijeničar. Posebno je značajna njegova trodelna knjiga "*O prirodi*" u kojoj je izneo svoja autentična filozofska razmatranja da je čitav kosmos sastavljen od četiri korena ili elementa – *vazduha, vatre, zemlje i vode*. Zajedničko tim elementima su osnovna njihova svojstva – *vlaga, suvoća, toplota i hladnoća* i plus dva suprotna stanja koja je nazvao "*enantioze*".

Pre Hipokratovog vremena lekar "asklepijades" ili "ijatros" nudio je putujući lekarske usluge po ulicama i trgovima gradova, ili je obitavao u jednom boravištu. Lekar je sa sobom vodio učenike kao pomoćnike i robove kao sluge. Bavljenje lekarskom profesijom bilo je zabranjeno robovima i ženama. Ženama je bilo dopušteno da budu babice. Institucija opštinskog lekara uvedena je početkom VI veka pre nove ere u antičkoj Grčkoj, kao i poseban porez ubiran od građana za njihovo izdržavanje.

Lekarska profesija Antičke Grčke je bila apsolutno odvojena od religije i lekari su školovani po najrigoroznijem sistemu. **Vladalo je načelo da svako ima pravo na lekarsku pomoć, a lekar je pored medicinskog znanja morao i strogo etički da primenjuje svoje veštine nad bolesnim. Lekarski konzilijum je uveden u Hipokratovoj školi za teške bolesnike.**

HIPOKRATOVA ŠKOLA MEDICINE

Hipokrat je za života smatran najslavnijim lekarom. Utemeljio je medicinu na biološkoj nauci. To je učinio empirijski i filozofskom metodom, ne koristeći naučni eksperiment i naučne teorije. Medicina po njemu je prvi put u istoriji klinička, ali istovremeno i filozofska.

Medicinska misao antičke Grčke nakon Hipokratove smrti doživljava razvojni zastoj iako se u tom ranom posthipokratovskom periodu učvršćuje njegov autoritet, a kliničko-filozofski rad se produžava i neguje. *Razvoj medicine posle Hipokrata je usporen zbog upliva dogmatskog u naučnu medicinu, što i nije neočekivano posle takve veličine kakav je bio Hipokrat.* On je živio dugo, a po istorijskim dokumentima neprecizno 85 godina, 104 ili 107, negujući sopstvenu školu medicine. Za sobom je ostavio veliki broj sledbenika: sinove **Hipokrata II** i **Poliba**, učenike i sledbenike **Tesalosa** i **Drakona**. Poseban doprinos razvoju hipokratove škole medicine dali su **Aristotel, Platon i Dioklo**.

Hipokratovi učenici i saradnici sakupili su 53 njegova dela i objavili ih u 72 knjige pod imenom **"Hipokratov zbornik"** predavši ih aleksandrijskoj biblioteci na čuvanje.

Hipokrat nije mogao iz dotadašnjih medicinskih znanja da preuzme niti sam da dođe, do dovoljnih anatomske i fiziološke znanja da bi ih adekvatno iskoristio u svojoj kliničkoj medicinskoj primeni. *Taj nedostatak nadoknađivao je sopstvenom prirodnjačko-filozofskom mišlju.* Hipokrat je tvrdio: **"Sve je jedno i jedno je sve"**, jer je prirodnu i biološku silu **"phisis"** i **"dynamis"** smatrao jedinstvenom celinom, objašnjavajući da i čovečja priroda pripada toj prirodnoj celini i da je potčinjena istim zakonima prirode konstatujući da je sve **"božansko i sve ljudsko"**. Moguće je da je Hipokrat prvi u ljudskoj civilizaciji shvatio da je materija u prirodi u neprekidnom menjanju i većitom kretanju **"bez početka i bez kraja"**.

Hipokrat suštinu svih patoloških procesa objašnjava razvijanjem humoralne teorije. Bolest se završava ili izbacivanjem izlučevina tih sokova iz tela ili njihovim taloženjem u pojedinim organima, što znači pobedu bolesti nad organizmom tj. smrt. *Hipokrat je smatrao da su uzroci bolesti beskrajno različiti a sam je opisao veliki broj bolesti tvrdeći da su svi njihovi uzroci prirodni. Delio ih je na spoljašne i unutrašnje.*

Hipokrat je na fundamentima svog učenja medicine razvio i terapiju bolesnika. Hipokratovi terapijski principi bili su više higijensko-dijetetski nego medikamentozni, dakle *prevashodno je to bila kauzalna i etiološka terapija*. Hipokrat je u proskripciji koristio lekove više biljnog porekla nego životinjskog i mineralnog, i to u vidu *infuza, melema, masti, dekokta* itd. Hiruške intervencije je vršio u domenu malih hiruških operacija – *incizije, kauterizacije* i sl., a *retko je prihvatao komplikovane hiruške zahvate, kao što su vađenja kamena iz bubrega, mokraćne bešike i trepanacije lobanje.*

Naročito je zanimljivo da je Hipokrat raspolagao nemalim znanjem iz oblasti zubne medicine. Poznata su 32 njegova aforizma iz ove oblasti, od kojih se polovina odnosi na patologiju i terapiju bolesti usne duplje i žlezda a druga polovina na mlečne zube. Hipokrat je pravilno razumeo značaj zuba i njihovu povezanost sa opštim stanjem organizma i bolestima. *Izučio je razvoj i nicanje zuba i našao da se zubi formiraju još intrauterino.* Utvrdio je da mlečni zubi ispadaju najčešće u 7. godini a nekada pre, dok stalni zubi stare zajedno sa čovekom.

Hipokrat je izjednačavajući božansko sa ljudskim, prvi u istoriji razvijao humanističku pozitivističku i racionalističku orijentaciju interpretacije koristeći sopstveno iskustvo i iskustvo drugih. **Hipokrat je tako medicinu oslobodio magije i mistike i uveo na put biološke naučnosti i saznanja, služeći se empirijom i filozofijom.**

Hipokratovu medicinsku školu nastavljaju njegovi učenici i sledbenici.

Dioklo

Rođen je u Karisti, ostrvo Eubeja u III veku pre nove ere. Bio je izuzetno cenjen Hipokratov sledbenik. Imao je nadimak *"Mali Hipokrat"*. Baveći se posebno sekcijom životinja *unapredio je anatomiju i fiziologiju posthipokratovog doba*. Bavio se i zubnom medicinom; kao pobornik konzervativnog lečenja zubnih karijesa pravio je plombe.

Platon

Živeo je od 429 do 348. godine pre nove ere. *Svojom filozofijom, iako nije bio lekar, izvršio je snažan uticaj na razvoj medicine*. Platonova idealistička filozofija medicine i ljudske prirode temeljila se na teoriji da kosmos ima nematerijalnu i besmrtnu dušu koja upravlja svojim nepromenljivim zakonima. Platon je smatrao da u materijalnom organizmu čoveka postoje tri duše i to **senzibilna** – smrtna duša sa sedištem u srcu i **vegetativna** – takođe smrtna duša čije je sedište u jetri, trbuhu i crevima i treća – **besmrtna** – **razumna duša**, koja upravlja razumom i čulima a sedište joj je u mozgu. Uzroci bolesti po Platonu su spoljašni – *egzogeni*, a to su pogrešna ishrana, nesklad između hrane i rada, polno i seksualno preterivanje itd. On uvažava i *unutrašnje uzroke bolesti* usled poremećaja u pneumi ili žuči, odnosno flegmi.

Platon medicinu podvrgava politici i državi, njenim interesima, a autoritet i samu odluku lekara jasno ukida, eliminišući i lekarski humani odnos prema bolesniku. Platon etičkim medicinskim stavom anticipira eugeničke ideje koje u kontekstu njegove filozofije elitizma isključuju empatičko angažovanje lekara i pojam zdravlja dehumanizuju i politizuju.

Aristotel

Bio je Platonov učenik; živeo je od 384 do 322. godine pre nove ere. Bio je lični lekar i učitelj Aleksandra Makedonskog i važio je za najvećeg prirodnjaka i filozofa svoga doba. Aristotel priznaje postojanje materijalne i večne duše u kosmosu, koja upravlja svim životnim pojavama. Razlikuje i tri sporedne smrtne duše u čoveku: **razumnu dušu** u mozgu, **senzibilnu dušu** u srcu i **vegetativnu dušu** u trbuhu. Priznaje i četiri osnovna elementa pridodajući im i peti – božanski. Po njemu, *najbitniji element je vatra, jer nije podložna truljenju*.

Aristotel je stvorio sopstvenu školu koja se razlikovala od dogmatskih. Baveći se raznim granama prirodnih nauka napisao je veliki broj dela: *"O začecu životinja"*, *"O delovima životinja"* (uporedna anatomija) i *"Istorija životinja"* (sadrži opis preko 500 životinjskih vrsta).

Aristotel u svom učenju o medicini tvrdi da se ljudsko telo sastoji od tri vrste elemenata.

- **Prva vrsta** su osnovni elementi prirode – kosmosa: *vлага, težina, toplota i tvrdoća*.
- **Drugo** su jednorodni delovi "homeomerije", a to su kosti, meso i hrskavica.
- **Treću vrstu** elemenata čine sastavni delovi organa ili pribora – sistema organa.

Aristotel se bavio anatomijom, terapijom i stomatologijom (opisao instrumente za ekstrakciju zuba).

ALEKSANDRIJSKA ŠKOLA MEDICINE

*Aleksandriju je formirao na ušću Nila 332. godine pre nove ere, **Aleksandar Veliki**. Predstavljala je centar prenešene helensko-makedonske državne organizacije i kulture na istok.*

Aleksandrija je postala nakon smrti Aleksandra Makedonskog prestonica nove države pod dinastijom *Ptolomeja*, izuzetno brzo postigavši vrhunac svog razvoja. *Nekoliko vekova je bila glavni nosilac kulturnog domašaja ondašnje civilizacije*. Tako je bilo sve do 30. godine pre nove ere kada je potpala pod vlast Rimljana.

Posebnost Aleksandrije i aleksandrijske škole medicine je uslovljena dodirom grčke kulture i grčke medicine s istočnjačkom kulturom drevnog Egipta i azijskih zemalja. Aleksandrija se ekspanzivno razvila u najveći trgovački centar onog vremena sa 700.000 stanovnika, postavši sedište ptolomejske civilizacije. U jednom delu ogromnog vladarskog dvorca izgrađeno je raskošno i prostrano zdanje nazvano "**muzejon**". *Najznačajniji naučnici iz celog sveta sakupljeni na zadatku obrađivanja i unapređivanja prirodnih nauka anatomije i fiziologije živeli su i stanovali u "muzejonu"*. Aleksandrija je u to vreme imala sigurno najveću biblioteku na svetu sa preko 700.000 rukopisnih knjiga i dela. Imala je i najbolju visoku školu koju je pohađalo više od 14.000 učenika iz celog sveta.

Najznamenitiji naučnici i filozofi tadašnje Aleksandrije bili su: **Demet** iz Falesa – organizator aleksandrijske škole, **Sostrat** iz Knida – konstruktor čuvene kule svetilje, **Euklid** – matematičar i geometar, **Hopark** – stručnjak za trigonometriju, **Arhimed**, **Terbijos** i **Heron** – fizičari, **Aristan** i **Eratosten** – astronomi, brojni lekari, a najčuveniji među njima su bili **Erizistrat** i **Herotil** – utemeljivači anatomije i fiziologije. Između ostalog, uočili su komplikacije koje može da izazove nestručno vađenje zuba.

Aleksandrijska medicina od 270 do 220. godine pre nove ere doprinela je slabljenju uticaja dogmatskog u medicini, negujući i razvijajući empiriju, moćnog protivnika ne samo dogmatizma nego i filozofskih teorija u medicini. *Najvažniji doprinos aleksandrijske škole razvoju ukupne medicine zasnovan je na stavovima te škole da su za uspešno lečenje bolesnih neophodni vlastito iskustvo lekara i opservacija pored bolesnikove postelje. Znanje o utvrđenom iskustvu drugih i analogija lekarovog zapažanja o aktuelnom patološkom stanju bolesnika kojeg leči sa ličnim stečenim znanjem.*

Najpoznatiji empiričari Aleksandrijske škole, su bili: **Herakleid** iz Tasosa, **Filimos** sa Kosa, **Apolonios** iz Kitona i **Serapion** iz Aleksandrije. Njihove izreke su i do danas očuvane sentence "**Lekovi su božanske ruke**" i "**Medicina je preduslov za srećan život**".

MEDICINA ETRURACA

Etrurci su narod koji je ostavio značajna dostignuća u brojnim oblastima pa i u medicini. *Etrurci su živeli i imali državu* na obalama Sredozemnog mora, najverovatnije na geografskom prostoru Toskane, a u vremenskom razdoblju *mnogo ranije od Rimljana*. Kroz više vekova svoje državnosti Etrurci su doživeli pravi društveni i kulturni procvat a zauvek nestali sa istorijske scene pod agresijom osvajača. *Malo je istorijskih dokumenata o medicini Etruraca*. Otkriveni podaci su iz VII i VI veka pre nove ere, uglavnom su kulturni spomenici slikani uglačanim bronzanim ogledalima, kao i spomenici od bronce na kojima su slikane mitološke priče iz narodnog usmenog predanja, a u njima su dati i prikazi njihove verske i narodne medicine.

Karakterističan za medicinu Etruraca je stav da bogovi leče, a ljudi–lekari im u suštini samo pomažu primenjujući svoju veštinu nad bolesnim. Medicina Etruraca temelji se na pregledu drobova "**exsta**", a naročito na utvrđivanju sastava i stanja jetre, prepoznavanja i dijagnostikovanja bolesti i bolesnog stanja čovekovih organa nakon čega se lekar tek odlučuje za vrstu tretmana i način lečenja bolesnika. Lekar se na osnovu utvrđenog stanja bolesnika opredeljavao i za izbor metoda lečenja i tako odlučivao o ishodu bolesti.

Mitologija Etruraca krcata je podacima o posebnoj naklonosti etrurskog naroda medicini. Etrurija je kao država bila bogata lekovitim biljem i izvorima mineralnih i lekovitih voda. Postoji i podatak da su često etrurski lekari i farmaceuti – spravljači lekova bili kneževi ili njihovi sinovi. **Hesiod** daje takav podatak u svojoj "Teogoniji", govoreći o sinovima vračare Circe. Etrurska filozofska misao, autentična medicina, mitovi i kultura postepeno su nestali sa istorijske scene preuzimanjem grčkog pisma i potpadanjem pod kulturni uticaj Grka u razdoblju od 600 – 500. godine pre nove ere. Tako je u istorijsku prošlost i otišlo sve ono što su Etrurci stvorili u oblasti interne medicine, hirurgije, zubne medicine i posebno protetike.

MEDICINA RIMLJANA

Rimska medicina se razvija i stiče svoju trajnu istorijsku vrednost tek kada su se Rimljani uzdigli u vojničkom smislu i postali osvajački narod. Rimljani osvojivši Grčku i pretvorivši je u provinciju svog carstva doživljavaju kulturni razvoj i razvoj medicine preuzevši od Grka kulturu i medicinsku nauku. Pre toga Rimljani su značajno zaostajali za Grčkom civilizacijom i civilizacijama istoka, a medicina im je bila zasnovana na mitologiji i magiji. *Verenska medicina Rimljana do tada je lako potpadala pod uticaj grčke i istočnjačke medicine.*

Istoričari s razlogom negiraju istorijsko postojanje autentične rimske medicine. Smatra se da treba govoriti o grčkoj medicini u Rimu ili u najboljem slučaju o grčko-rimskoj medicini.

Rimsku medicinu u prvim vekovima istorijskog razvoja Rima odlikuju vrlo oskudni i retki istorijski podaci. Ipak oni svedoče o zaostalosti rimske medicine ukazujući da je narod Rima neprijateljski bio raspoložen prema lekarima, smatrajući njihovu profesiju nedostojnom građanima Rima. Snažan uticaj na staru rimsku medicinu imali su medicinsko praznoverje, mnogobojstvo Rimljana i religija. Ima još kipova, natpisa, hramova i znamenja podignutih pre pojave Galena i drugih učenih lekara iz Grčke. *Bog rata – Mars važio je, recimo, za zaštitnika od bolesti, a Minerva je nazvana medikom zbog njenih sposobnosti lečenja. Dea Saus je ime boginje zdravlja.* Stari Rimljani su svojim božanstvima dodavali i tuđa, Askelepija preuzimajući od Grka dajući mu ime **Eskulap**, **Izidu** od Egipćana itd.

Prvi učeni lekari u Rimu u prvim godinama rimske imperije bili su stranci, pre svih Grci. Rimljani su im dozvolili da otvaraju na raskrsnicama svoje radnje "ijatrije" ili latinski nazvane "**medicatrine**" gde su lečili uglavnom robove i gladijatore. **Arhagatos** se 219. godine pre nove ere doselio u Rim i bio je prvi grčki lekar koji je započeo lekarsku praksu u Rimu.

Nakon pokoravanja Grčke 146. godine pre nove ere i Egipta 30. godine pre nove ere, pojavio se brojni lekarski stalež u Rimu i drugim gradovima Rimske imperije. **Plinije stariji**, enciklopedista tog vremena, piše: "*medicina je jedina grčka veština koju rimska ozbiljnost nije do sada negovala. Rimljani se nisu do sada bavili medicinom i ona je bila u rukama Grka.*" Grčki lekari ipak nisu rado gledani u Rimu.

Uprkos velikom animozitetu celog rimskog naroda prema grčkim lekarima, grčka medicina ali i ukupna grčka kultura i obrazovanost, sve snažnije su prodirali i nametali se u svim krajevima prostranog Rimskog carstva. To je i period stvaranja lekarskog staleža Rima. U početku su to bili grčki lekari i drugi lekari stranci – robovi koje su ropstva oslobađali njihovi gospodari kao nagradu za učinjene im lekarske usluge. Najzad se javljaju i školovani lekari Rimljani. Ti lekari su se u početku obrazovali u Aleksandriji ali i u brojnim grčkim i istočnjačkim medicinskim školama. **Cezar** tek 46. godine pre nove ere zakonski priznaje svim lekarima pravo rimskog građanstva; istim zakonom se priznaju dotadašnje medicinske škole u Aleksandriji i Atini i otvaraju nove u Antiohiji, Marselju, Lionu i Saragosi. **Cezarov zakon je prvi korak u uređivanju lekarske nastave i statusa lekara.**

Sledeći tradiciju, poslednji rimski imperatori u okviru opšteg kulturnog uzdizanja doprinose i unapređenju medicine, otvaranjem naučnih ustanova i davanjem visokih počasti pro-

fesorima medicine. Lekarski stalež se u to doba razlikovao u javnoj službi i po posebnim zvanjima. Postojali su **dvorski lekari** "**archiatri saeri palatini**". Bili su najuticajniji lekari koji su imali jednaka prava kao i najviši državni dostojanstvenici. **Gradski** lekari "**archiatri populares**" lečili su besplatno sirotinju, ali su zato bili bogato plaćani iz državnih blagajni. **Školski** lekari "**archiatri scolares**" bili su na čelu medicinskih škola. Rimljani su imali i lekare specijaliste "**medici oculorii**", ali i lekarske pomoćnike, kao i brojne nadrilekare iz reda berbera, mesara itd.

Etičko i naučno stanje u lekarskom staležu rimske medicine bilo je veoma neujednačeno ponegde haotično, reklo bi se – posledični produkt stanja društvenih odnosa u Rimskom carstvu. Postojala je neverovatna šarolikost u sferi nacionalnog, verskog, socijalnog, kulturnog i moralnog stanja, uz pojavu brojnih nadrilekara i šarlatana koji u želji za sticanjem bogatstva nisu prezali ni od zločina. Pisani dokumenti iz 450. godine pre nove ere dokazuju da je u rimskoj medicini zubna medicina primenjivana skoro pola milenijuma pre nego opšta medicina. Čak se pominje zubna proteza (lažni zubi neke kurtizane) o čemu svedočanstvo iznosi Horacije.

Imperatorski Rim je prevazišao probleme i nerazumevanje za lekare sa početka rimske države, stvorivši izuzetno kvalitetan lekarski stalež, čiji su brojni predstavnici ostali upamćeni do danas, kao što su:

Asklepijad

Rođen je 124. godine pre nove ere. Razvio je teoriju o sastavu ljudskog organizma iz atoma u neprekidnom kretanju. *Hipokratovu terapiju je smatrao neadekvatnom i odbacio je.* Proglasio je načelo u terapiji bolesti da treba lečiti "*tuto, celeriter, jucunde*" – **sigurno, brzo, prijatno.**

Temison

Bio je grčki lekar iz Lasdikije u Frigiji, značajan po tome što deli bolesti u tri grupe: "*status strictus*", "*status lecsus*" i "*status mictus*".

Saronos

Smatra se najznačajnijim predstavnikom ovog metodičarskog Tesalosovog pravca, međutim i najistaknutijim ginekologom i akušerom toga vremena. Metodičarsku i empiričarsku školu rimske medicine sredinom I veka nove ere potiskuje pneumatičarska škola.

Plinije Mlađi (Caius Plinius Secundus)

Rođen 23. godine nove ere u Komu, (Italija), izgubio je život prilikom erupcije Vezuva. Bio je visoki državni službenik. Enciklopedijski obrazovan, posvetio se vojnoj službi i dospao do važnih položaja u Španiji i Germaniji. Napisao je veliki broj dela, raspravljajući u njima o raznim pitanjima. *Mada nije bio lekar, imao je medicinska znanja.* Najveće, a jedino sačuvano njegovo delo je "**Istorija prirode**" (*Historia naturales*), čiji se značajni deo odnosi na prirodne nauke i medicinu. U toj knjizi je oboljenja usta i zuba podelio na tri grupe: dentalna, gingivalna i neurogena, opisavši i paradontopatiju, vrlo frekventnu u Rimljana onog vremena, a dao je i predlog profilakse i terapije bolesti usta.

Celzus (Aulus Cornelius Celsus)

Rođen je 25. godine pre nove ere u rimskoj patricijskoj porodici i čitav život je proveo u Rimu. *Nije utvrđeno da li je po obrazovanju bio lekar.* Celzus je ušao u istoriju rimske medicine kao jedna od najkrupnijih figura. Napisao je obimno medicinsko delo "**O veštinama**" sa ogromnim gradivom u šest poglavlja – jedno je posvećeno medicini "**De Medicina**". *Celzus je prikazao ne samo ondašnje stanje celokupne rimske medicine već i istoriju medicine od Asklepijada i Temisona do Hipokrata i aleksandrijske škole.*

Celzus učenje o medicini u delu "**De Medicina**" deli u osam oblasti i to na osnovu terapijskih a ne etioloških kriterijuma. Te oblasti se uglavnom odnose na dijetetičku medicinu, farmaciju i hirurgiju. Njegova anatomsko–fiziološka znanja proizašla su iz proučavanja na ljudima i životinjama. Celzus uočava i opisuje razliku između arterija i vena i opisuje nerve: "*vene se nalaze u blizini arterija a nervi prolaze između njih*".

Celzus deli bolesti na akutne i hronične. Opširno opisuje znake zapaljenja sa njihova četiri klasična obeležja i uvodi i danas važeću terminologiju: **rubor, tumor, calor i dolor**. Farmakologiju je podelio prema dejstvu lekova koji su biljnog, životinjskog i mineralnog porekla, a pominje *opijumske pilule i zrna bunike među narkoticima*. Opširno je opisao bolesti mekih tkiva usne duplje, tonzilitis, ulceracije i apscese, predlažući ispiranje usta u slučaju ulceracija i tonzilitisa a inciziju za apsces. Ukoliko je apsces izazvao karijesni zub, predlaže struganje neravnih ivica zuba.

Skribijus Largus (Scribius Largus)

Rođen 47. godine nove ere, čuveni je pisac i lekar. Ovekovečio se delom iz oblasti farmakologije "**Compositiones Medicamentorum**", u kome je istakao Herofilov aforizam "**Lekovi su božansko dobročinstvo.**"

Largus piše o lekarskoj dužnosti: "*Ja nemam ni ambicije ni lakomosti, ja imam ljubav samo za svoju veštinu, ja poštujem najlepšu među veština, veštinu skoro nadčovečansku, veštinu da se olakša bolesnicima i da se povrati zdravlje. U tome je njen cilj, njen jedini cilj. Nekorisni su i dostojni preziranja svi egoisti, ali su najviše za preziranje i dostojni mržnje ljudi i bogova oni lekari čija duša nije ispunjena saosećanjem i čovečnošću. Lekar ne treba da odmerava svoj interes prema bogatstvu i položaju svojih pacijenata. Čak i neprijatelji otadžbine imaju pravo na saučešće. Lekar kao vojnik i kao građanin dužan je da se protiv njih bori bez milosti, ali samo kao lekar on treba da neguje, da ih leči i ostajući veran svojim obavezama koje mu nalaže njegovo zanimanje on ne treba da im da rđav lek. Ako se ne stavlja sva u službu bolesnika, medicina izneverava obećanje koje je dala ljudima, da bude milosrdna.*" Zar ima lepše ode lekarskom pozivu od citiranih Largusovih reči?

Largus se bavio i zubnom medicinom a karijes mu je bio glavna preokupacija. Smatrao je da karijes izazivaju crvići – isto su verovali drevni Vavilonci i Asirci. Largus je dao brojne proskripcije lečenja karijesa i zubobolje.

Galen

Rođen je 129. ili 130. godine u Pergamu, u Maloj Aziji (današnja Turska), a umro je 201. godine u Rimu, gde se posle brojnih putovanja po rimskom carstvu definitivno naselio. *Izuzetno je važno znati da je do dolaska Grka, odnosno grčkih lekara, rimska medicina bila u rukama priučenih neškolovanih ljudi, te je bila opterećena nadrilekarstvom i magijom.* Pojedinci, nestručnjaci, nadrilekari su do te mere isticali svoje sposobnosti tvrdeći da su u stanju da svoje đake nauče medicinskoj, odnosno lekarskoj veštini za samo šest meseci. **Ovu besmislicu razvejavao je najbolje Galen, jer je medicinu izučavao punih 11 godina pa tek onda pristupio praktičnom lekarskom radu.**

Galen je najznamenitiji rimski lekar i kao što je Hipokrat dao konačan oblik grčkoj medicini, on je to učinio za rimsku medicinu. Galen je, usavršavajući Hipokratovo delo i postavljajući konačne temelje antičkoj medicini, svoje medicinsko delo učvrstio za dugog života postignutim autoritetom, te je ono i posle njegove smrti ostalo istorijska tekovina ne samo kroz ceo srednji vek već i kasnije. Izuzetan talenat i ugled koji je stekao radom pretvorili su ga u legendu za života pa se o njemu govorilo: *"On božanski", "On čini ljude besmrtnim", "Kralj svih lekara", "Mobilis chirurgicus", "Više volim da sa Galenom grešim nego da sa Harveom kružim tj, da budem šarlatan",* bile su izreke onog vremena. Uprkos svemu, mora se priznati da Galen nije bio originalan stvaralac ni u medicini ni u filozofiji. Galen se u filozofiji oslanjao na stavove Protona, pozajmivši od njega idealizam i spiritualizam a od drugih filozofa materijalizam i naturalistički teleologizam. Zbog toga je smatrao da je *"telo instrument duše"*, a da u prirodi postoji određen red stvari, što je pripisao svedobrom i sveznajućem jednom i jedinom bogu.

Galenova medicinska načela zasnivaju se na postojanju pneume u kojoj je suština života i životne snage čoveka. Po njemu postoje tri odlike života: *psihički, životinjski i vegetativni* i tri odlike pneume: *pneuma psychicon* (središte joj je mozak), *pneuma zooticon* (sedište srce, rasprostire se arterijama kroz organizam) i treća *pneuma phisicon* (sedište u jetri). Svi delovi prirode su sačinjeni od vazduha, zemlje, vatre i vode a u telu postoje još i četiri soka: *flegma, krv, žuta i crna žuč.* Galen je anatomiju smatrao osnovom medicine, i ozbiljno ju je izučavao. *Bio je izuzetan poznavalac osteologije i miologije, dao je tačan opis velikih krvnih sudova – doprineo razvoju angiologije. Smatrao je da arterije u svojim zidovima imaju tri sloja a vene samo jedan.* Galen je opisao organe čula i nervni sistem globalno ali veoma tačno i precizno.

Galen se smatra i **osnivačem eksperimentalne fiziologije, naročito fiziologije nervnog sistema**, kojom se za života bavio dugo vreme. Znanje i opise iz opšte patologije pozajmio je i preuzeo od Hipokrata ne prihvatajući Hipokratovu šemu o toku bolesti. Galenova terapija počiva na principu *"Contrario, contrariis, curantur"* i rukovodi se individualnim doziranjem lekova za svakog bolesnika prema uzrastu, polu, temperaturi tela, klimi, karakteru i drugim parametrima.

Galen je medikamentoznu terapiju izložio u knjizi *Desimplicium medicamentorum temperamentis et facultatibus*, dajući veoma složene recepte brojnih lekova ne samo bilnog već mineralnog i životinjskog porekla. Galen opisuje terapiju i u oblasti hirurgije jer se lično istakao kao vešt hirurg a opisima i kao plodan pisac. Galenovo interesovanje i dati opisi zadiru u anatomsko-fiziološke karakteristike bolesti usta i zuba. Možda je najveći njegov doprinos u stomatomedicini izvršena klasifikacija zuba na *incizive, kanine i maksilarne zube.*

Galen je nadasve bio talentovan kliničar. **U kliničku medicinsku praksu uveo je institut vizite i instituciju učenja i usavršavanja lekara, posebno mladih lekara, u viziti pored bolesničke postelje.** Galen je uveo i instituisao **konzilijarni pregled** težih bolesnika kao obavezu i mesto za nadmetanje u znanju i medicinsko rezonovanje grupe lekara.

Tvorac je medicinskog sistema **galenizam**, koji je dominirao i na istoku i na zapadu i u Evropi punih četrnaest vekova, potencirajući anatomiju i fiziologiju kao fundamentalne medicinske discipline. *Galenizam postavlja eksperiment u osnovu fiziologije i fizioloških istraživanja.* **Galenizam kao izuzetan pravac u medicini srednjeg veka imao je kao nijedan drugi brojne pristalice ali je docnije kao nijedan drugi pravac doživeo žestoke napade i detronizaciju.**

Galenov ukupan opus je gigantsko delo improvizacije ali i naučno utemeljeno ličnim doprinosom u medicinskoj struci. Jedan Galenov biograf je to najslikovitije zabeležio: *"Sabrao je grandiozno kamenje za izgradnju medicinske nauke, iako se zgrada koju je sam podigao na kraju srušila... Pa ipak i ta ruševina izaziva naše večno divljenje."*

Seneka

Stara rimska medicina opisana je u izuzetno važnom delu filozofa Seneke. Seneka, rodom iz Kordobe, izrazito je obrazovan čovek, jedan od najvećih pristalica stoicizma, vaspitač Nerona od jedanaeste godine. Smatra se da je Seneka u periodu od 51. do 59. godine nove ere upravljao rimskom imperijom, lično se veoma obogatio, a taj period se smatra zlatnim i možda najsrećnijim periodom rimske carevine uopšte. Senekina filozofija je po suštini praktična, stoička etika, učenje je okrenuto radu a ne filozofiranju ekskedra.

Seneka, i pre nego što je bio na vlasti i za vreme dok je bio na vlasti, kao bogat i kao siromah, dosledno je živio i dostojno širio svoje učenje, pre svega humanističko. Isticao je: "Dok smo među živima, negujmo čovečnost, ne ulivajmo nikome strah, ne budimo nikome opasnost. Najviša vrlina među svim vrlinama je čovekova ljubav prema drugima, niko nije gori od drugog, čak ni rob, najveće blaženstvo sastoji se u životu za druge." Senekina životna sudbina slična je Sokratovoj. Njegov vaspitanik Neron osudio ga je na smrt i počastvovao ga privilegijom da sam sebe ubije, što je Seneka i učinio i otišao u smrt iskrvarivši pošto je sam sebi prerezao vene.

Seneka je u svojim delima baveći se lekarskom profesijom, precizno, opisao dva suprotna tipa lekara zapažena u vreme rimske medicine. Definirao je preciznim opisom **pozitivni** i **negativni** tip lekara.

Senekina pronicljivost ogleda se i u opisu datom o navedene dve kategorije lekara. Seneka lekara tretira podjednako kao humanog čoveka i poznavao medicinske veštine ali i pravog boga sveznalca za bolesnog čoveka. **Bolesnik u liku lekara traži božanske kvalitete jer mu poverava svoj život u bolesti u želji da ozdravi.**

MEDICINA SREDNJEG VEKA

Arapska medicina, Vizantijska medicina, Hrišćanska manastirska medicina

Razdoblje srednjovekovne kulture prati razvojna specifičnost medicine. *Medicina srednjeg veka se razvojno nastavlja na medicinska saznanja starog veka.* Nasledila je sva pisana medicinska saznanja iz prethodnih bar tri hiljade godina na evropskom i azijskom kontinentu.

Medicinu srednjeg veka ne odlikuje naprednost u naučnom smislu. Naprotiv, dogodila se degradacija ranije već dostignutog naučnog saznanja o nastanku bolesti i njihovom lečenju. Srednjovekovna medicina stagnira pod pritiskom krutih i strogih građanskih i crkvenih vlasti. Postignuća, a posebno preporuke, Grčke i Rimske medicine se odbacuju i zaboravljaju. Razlog je poznata **alhemija** koja je obeležila srednji vek kao centralna naučnost usmerena na pronalaženje "*kamena mudraca*" i "*eliksira večne mladosti i besmrtnosti*". Značaj u stagnaciji medicine srednjeg veka imao je i ekspanzivni razvoj astrologije. Astrologiju tog vremena odlikuje verovanje u nebeska tela i posebno njihov uticaj na ljudska bića i zdravlje ljudi.

Srednjovekovna medicina je poslednja tri veka do renesanse zaostajala zbog učvršćivanja i ugradnje u sebe osnova crkvene sholastike. *Medicina tog razdoblja borila se sa dogmatiskim hrišćanskim zabranama i ograničenjima, jer se sa učenim lekarima pojavio i nemali broj priučenih lekara i nadrilekara.* Sve je to za posledicu imalo zastoje razvoja medicinske misli, ali i veliku društvenu štetnost budući da su bili česti sukobi u lekarskom staležu vođeni i u brojnim sudskim procesima onog vremena.

Medicinu srednjeg veka su opterećivale glad (posledica niske proizvodne produktivnosti), epidemije kuge i lepre kao posebne dve nepobedive pošasti onog doba. Znalo se da su kuga i lepra prenosive bolesti (postojali su leprozomijumi za gubavce). Tek kada je u XIV veku epidemija kuge opustošila Evropu (pomrlo je više od četvrtine stanovnika) shvaćena je sva nemogućnost sholastičke medicine i neophodnost traganja za nužnom, tj. naučnom istinom.

ARAPSKA MEDICINA

Arapska medicina datira nakon smrti proroka Muhameda 632. godine nove ere. Do tada su Arapi bili dezorganizovana i razjedinjena nomadska i ratnička plemena, uglavnom pod vlašću drugih naroda. *Nakon prihvatanja Mohamedanstva i stvaranje države osvajanjem teritorija Arapi uspostavljaju sopstvenu kulturu unapredivši znanja drugih naroda koja su pozajmljivali a naročito u oblasti farmacije i medicine.*

Primivši znatni deo kulturnih tradicija iz porobljenih zemalja Arapi stvaraju odmah i sopstvene brojne visoke škole u kojima se izučavala medicina. *Arapi osnivaju biblioteke čak i u gradovima zabačenih provincija.* Neke od tih biblioteka su bile snabdevene i sa po više od dve stotine hiljada različitih dela. Sve je to uslovalo samostalno stvaralaštvo u medicini Arapa na svim osvojenim teritorijama. Tako su na arapski jezik prevedena sva dela Aristotela, Hipokrata, Galena, kao i medicinske knjige Indije. *Arapska medicina se razvija od 600. do 1200. g.*

Aron

Rođen u Aleksandriji, bio je najpoznatiji lekar svog vremena. *Napisao je delo na sirijskom jeziku o brojnim medicinskim problemima, opisujući i hirurške bolesti.*

Najistaknutija na polju stvaranja originalne arapske medicine su sledeća imena.

Razes (Abuker ili Bubikir)

Rođen je 850. godine u Roju. Poreklom je bio Persijanac. Evropljani su ga prozvali **arapskim Galenom** zbog ogromnog medicinskog dela koje je ostavio čovečanstvu. Svojim predanim radom proćuo se kao iskusan lekar, a bio je i upravnik velike bolnice u Bagdadu. Stekao je veliki ugled u Madridu i Aleksandriji, gde je kasnije i radio kao lekar. Razes je zahvaljujući dobrom poznavanju grćke, sirijske i arapske medicine i ogromnom sopstvenom lekarskom iskustvu napisao 225 medicinskih dela, od kojih je saćuvano jedva tridesetak. Umro je 930. godine. Treba istaći njegova tri znaćajna dela: **Velika medicinska enciklopedija, Medicinski kompendijum** u deset tomova i monografija **De variolis et morbilis**.

Razes u svom delu **Liber medicinalis almansoris** saćeto iznosi izvod svih svojih pisanih medicinskih dokumenata, što je poslućilo kao izuzetno vredan prirućnik lekarima kroz ceo srednji vek. Tu knjigu su kasnije dopunili njegovi ućenici opisujući po tada vaćećem redosledu bolesti ćoveka, poćevši od glave pa do pete. Razes izuzetnu paćnju poklanjaju zubno-lekarskoj praksi i radu. Stomatologija je u to vreme smatrana granom medicine i hirurgije.

Isak Izraeli

U istoriji medicine upamćen je po svom delu **Lekarski vodić**, na osnovu kojeg se moće suditi o izuzetno visokoj odgovornosti ondašnjih arapskih lekara. *Arapski lekari i medicina su u javnosti tretirani kao profesija od posebnog drućstvenog interesa.* Zajednica je sankcionisala nestručnost lekara. **Jedan smrtni ishod iz 931. godine u Bagdadu i lekarska nestručnost bili su povod da se naredi i sprovede revizija, odnosno provera znanja svih arapskih lekara.**

Avicena

Abu-Ali-Al-Hozain-Ibn-Abdalah-Al-Husein-Ibn-Ali-Ibn-Sina (*Avicena*), rođen je 980. godine u Buhari, u vreme koje se oznaćava kao proćvat arapske medicine. *Najslavniji je arapski lekar zbog ćega je proćvan kraljem medicine.* Avicena je napisao oko 105 dela iz oblasti medicine, prirodoslovlja i filozofije. *Avicena se kao filozof ugledao na Aristotela.*

Avicenino medicinsko delo u pet knjiga nosi naslov **Canon medicinae** i sadrći pet poglavlja: **Teorijska medicina, Lekarije, Patologija i terapija, Bolesti koje zahvataju više delova tela i Farmakopeja**, prava esencija grćko-rimske i arapske medicine onog vremena. Avicena je u ovom delu obradio medicinske teorijske i praktićne probleme ali i opisao dotadašnja znanja iz odontostomatologije. **Kanun** (arapski) je punih 600 godina je bio najsavremenija medicinska literatura, sve do renesanse. Bio je **medicinsko jevanđelje** i arbitar u svim spornim medicinskim pitanjima.

Galen i Avicena po zakonima dijalektike su prevazićeni i detronizirovani u XVI veku. **Paracelzus je 1528. godine na gradskom trgu u Bazelu spalio Avicenin Canon medicine** i tako simbolićki i metaforićno prekinuo apsolutni uticaj arapske medicine na medicinu Evrope.

VIZANTIJSKA MEDICINA

Vizantija je formirana kao posebna državna organizacija posle propasti Rimskog carstva. **Predstavljala je specifičnu mešavinu grčke, rimske i hrišćanske kulture.** Tako je i vizantijska medicina imala slične specifičnosti. Sadržavala je u sebi mešovita verska i svetovna obeležja, a tokom viševjekovnog razvoja iskazala je razne razvojne pravce i težnje.

Vizantijsku medicinu sve do pada Aleksandrije 642. godine, odlikuje naučni i teorijski duh. Vizantijska medicina je posebno zaslužna što su do danas očuvane brojne pisane knjige antičke medicine. Vizantijska medicina je uticala na našu tradicionalnu narodnu medicinu, a kasnije i na razvoj medicine srpskog naroda.

HRIŠĆANSKA MANASTIRSKA MEDICINA

Sva raspoloživa svedočanstva koja govore o medicini i njenom razvoju u razdoblju srednjeg veka očigledno nas upućuju na zaključak da se medicina tog vremena pogotovo prvog razdoblja *srednjeg veka, izgrađivala na uticajima istočnjačke medicinske misli, antičke i arapske medicine ali i hrišćanske crkve, odnosno njenog učenja, tj. hrišćanske dogme.* Tako se pojavila manastirska medicina u Evropi, zapravo u naprednim zapadnim zemljama.

Manastirska hrišćanska medicina nastala je još u VI veku u Italiji. Ponikla je u južnoj Italiji, na Kalabriji i na Siciliji jer je tamo još od vremena Rimske carevine bilo najviše lekara. *Sveti Benedikt (489–543) jedan je od prvih osnivača te medicinske škole. Sveti Benedikt je i svom osnovnom bratstvu naložio da se staraju o bolesnima i otvaraju manastirske bolnice. Te obaveze je opširnije obrazložio i objasnio u tački 36 Pravila o benediktanskom monaškom redu. Period otvaranja manastirskih bolnica i medicinskih škola karakteriše i otvaranje manastirskih biblioteka u kojima su pored crkvenih knjiga postojala i dela starih grčkih pisaca iz oblasti medicine.* Monasi prepisuju i prevode te medicinske knjige na latinski jezik. Otvaraju se i prve apoteke pri manastirima i lekovito bilje monasi uzgajaju u manastirskim vrtovima.

Katolička crkva sa sedištem u Rimu, vrši u srednjem veku uticaj na globalni društveni razvoj, kulturu, duhovni život, te i na razvoj medicine. Nikakva odstupanja od crkvenih dogmi nisu bila dopuštena ni u medicini tog vremena. Medicinom su se na početku srednjeg veka bavili klerici, a kasnije ljudi iz naroda. Crkva je propovedala verovanje u zagrobni život i brigu posvećivala čovekovoј duši. *Kaluđeri su pored verskih dužnosti imali obavezu i da leče bolesne.* **Konačno, u takvim manastirima počele su se otvarati medicinske škole.** Manastirska hrišćanska medicina trajala je oko pet vekova, a prestala da postoji odlukama crkvenih sabora u zemljama Evrope tokom XII veka. U Laternu 1213. godine zabranom obavljanja lekarske profesije sveštenicima i monasima konačno je ukinuta manastirska medicina.

Period hrišćanske manastirske medicine uslovio je povećanje broja *narodnih lekara i nadrilekara.* Bili su to *berberi, samouki hirurzi, travari* i drugi. Svoj zanat su koristili uz odobrenje tadašnjih gradskih i državnih vlasti.

Dominirao je stav da lekari leče bolesti uglavnom konzervativno. Maksimalno su izbegavali hirurgiju i hirurške zahvate, uz objašnjenje da je greh puštanje ljudske krvi.

MEDICINA RENESANSE

Medicinska renesansa tekla je istovremeno sa renesansom u kulturi, u umetnosti i ukupnim društvenim odnosima. Međutim, *renesansa medicine započela je još u srednjem veku*. Možemo je vezati za pojavu organizovanih brojnih univerziteta u Italiji, sredinom srednjeg veka, čiji su, pre svega, medicinski fakulteti, privlačili studente ali i tada čuvene lekare i profesore iz čitave Evrope, koji su dolazili u te škole zbog boljih uslova rada i života.

Medicina je u doba italijanske renesanse doživela u istorijskom smislu preobražaj. To je period utemeljenja osnova naučne medicine i naučne medicinske misli, koje je usledilo posle viševjekovnog, odnosno milenijumskog razvojnog puta medicine i medicina je džinovskim koracima zakoračila u prostor naučne medicine, ne samo u Evropi već i na drugim kontinentima.

Medicinska renesansa je napravila pravu revoluciju u medicini. *Oslobodila je medicinu od skolastičke privrženosti autoritetima antičkog i srednjevjekovnog doba*. Neverovatnom brzinom u renesansi, a još izrazitije u novom dobu, raste broj lekara naučnika i nezadrživo se krče putevi naučnih saznanja, novih otkrića i odbacivanja svega dogmatskog iz medicine.

Početak medicine renesanse razvojno je vezan za tekovine srednjeg veka, u kome je vladao skolastički duh u medicini, sa neograničenim poštovanjem autoriteta Galena i Avicene. Na početku medicinske renesanse, a i krajem srednjeg veka, počeo je da slabi značaj tih autoriteta u medicini i povećalo se interesovanje lekara i profesora medicine za period antičke medicine, što je donelo brojne promene u skoro svim medicinskim disciplinama. Primarni kvalitet *medicinske renesanse je u interesovanju brojnih lekara istraživača za anatomiju čoveka što dovodi do novih otkrića i promene ranijih shvatanja*.

Medicina renesanse uslovlila je već u XVI i XVII veku pojavu lekarskih udruženja preko osnivanja naučnih društava i akademija na oslobođenju naučne misli u medicini. Uvode se i *medicinske specijalizacije* koje realizuju lekarske akademije i naučna društva. Istina je da taj period medicinske renesanse predstavlja konačno orijentisanje medicine i medicinske misli ka nauci, odnosno eksperimentu. Istovremeno, raste broj protagonista zanatske medicine (berberi, baderi i ranari), koji nemaju školska medicinska znanja. Bilo je pokušaja da se to zakonom zabrani, kao što je to učinjeno u Frankfurtu 1431. godine, zabranjen je rad baderima van kupatila i ostavljeno im je pravo da samo u okviru svog radnog mesta – kupatila, rade kao mase-ri, berberi, amadžije, pedikiri, manikiri. Ferdinand III ediktom 1636. godine obnavlja ranije oduzeta prava baderima u Nirnbergu i jemči im pravo da mogu i izvan kupatila **kurirati** (lečiti) i drugu hirurgiju vršiti. Ipak, uprkos ovom ediktu nije tačno označena nadležnost rada berbera, badera, ranara. Još je propisom 1586. godine uvedena obaveza berberima i baderima kao i ranarima da polažu ispit za to zvanje. *Očigledna je pravna nedorečenost u vezi sa bavljenjem medicinom ovih zanatlija te su oni duboko zašli u prostor hirurgije i zubarstva jer je oficijelna medicina, kao i lekari, sa omalovažavanjem gledala recimo na zubarski posao*.

Medicinska renesansa započeta u Italiji i prenešena na zapadnu Evropu, pre drugih zemalja u Francusku, duguje svoj razvoj brojnim naučnicima i velikim reformatorima toga doba. Na neke od njih treba se podsetiti.

Leonardo da Vinči

Leonardo da Vinči (1452–1512), genije, stvaralac i umetnik, pokazivao je veliko naučno interesovanje za znanja iz anatomije ljudskog tela. Anatomske znanje sticao je zbog namere da lakše ostvari svoj umetnički slikarski izraz, te je sam izvršio tridesetak autopsija. *Da Vinči je primenjivao sopstvenu metodologiju autopsije ljudskih leševa tako što je poznati princip i pravila autopsije dopunio intravenskim injekcionim punjenjem tečnostima šupljina i krvnih sudova tela, kao i rastopljenim voskom.* Tako je došao do značajnih rezultata ne samo u spoznavanju karakteristika vidljivih kožnih arterija i vena i reljefa muskulature gde su mu interesovanja bila i usmerena, nego i karakteristika vezanih za unutrašnje organe. Sam ih je sa neverovatnom naučnom preciznošću opisao.

Andreas Vesalije

Andreas Vesalije (1514–1564), rođen u Briselu u porodici koja je dala više poznatih lekara, sin flamanskog apotekara. Medicinske studije započeo je u Briselu a dovršio u Padovi, gde je u 25. godini izabran za profesora anatomije. Vesalije je na početku svog naučnog i edukatorskog rada bio pobornik Galenovog učenja iz anatomije, a kasnije postaje njegov protivnik, te dobija neprijatelje i oponente u crkvenim sholastičkim krugovima. *Vesalije u svom delu prvi put u istoriji medicine tačno i precizno iznosi anatomiju srca, medijastinuma, femura, humerusa, sternuma, sakralne kosti, vilične kosti i spoljašnjeg i srednjeg uha.* Opisao je precizno i anatomiju zuba i njihovu inervaciju.

Gabriele Falloppia

Gabriele Falloppia (1523–1562) u Ferari završava medicinske studije i ostaje na katedri anatomije kao profesor. Predavao je anatomiju u Pizi i Padovi. Smatran je najvećim anatomom u Italiji svog vremena, iako mu je delo po obimu bilo manje od Vesalijevog. *On je prvi naučnik anatom koji je ispravio brojne netačnosti Vesalijeve, a dopunio nedorečenosti.* Po-drobnije opisujući uho predstavio je cirkularne kanaliće unutrašnjeg uha i akveduktus.

Leonardo Bottalo

Profesor anatomije u Bolonji, Leonardo Bottalo (1530–1589) je za istoriju razvoja medicine značajan po otkriću perzistiranja arterijskog kanala između plućne arterije i aorte i zaostalom otvoru na septumu srca. Današnja medicinska literatura koristi eponim **Foramen Bottali**.

Bartholomeo Eustachi

Eustachi (1520–1589) je značajno ime u istoriji medicine. Bio je profesor u Rimu. Na početku karijere vatreni pobornik Galenove ideje, a protivnik Vesalijevih inovacija. Bliže se bavio uporednom anatomijom i 1563. godine u Veneciji objavio *Libellus De Dentibus*. Ove-kovečio se eponimom **Eustahijeva truba** opisavši kanal koji povezuje srednje uho sa ždrelom.

Gien Filippo Ingresia

Čuveni lekar praktičar Ingresia (1510–1589) je kao profesor anatomije radio u Palermu i Napulju. Nazvan **Sicilijanski Hipokrat**. *Ostavio je precizne i tačne opise kostiju glave.*

Ambroise Pare

Pare (1510–1590) je bio samouki hirurg – berberin, a vrednovan je kao najslavniji hirurg ne samo Francuske nego svoga doba uopšte. Potiče iz siromašne porodice pa je kao mlađić stupio u službu kod jednog lokalnog berberina – hirurga u Lavalu i naučio od njega razne operacije. Zavoleo je taj zanat i otputovao u Pariz, gde se usavršavao slušanjem predavanja i radom u bolnici (Hotel Dieu). *Kao devetnaestogodišnjak bavio se hirurgijom i to kao berberin – hirurg na bojištima Italije.* Temeljno je upoznao veštinu i dostignuća italijanskih hirurga, a istovremeno stekao vlastito ogromno praktično iskustvo u hirurškom tretmanu ratnih povreda. *Pare je napisao i objavio veliki broj dela u kojima je obradio ne samo hirurške bolesti nego i stanja i bolesti iz drugih grana medicine.*

Paracelzus od Hoenhajma

Paracelzus od Hoenhajma (1493–1541) plemićkog je porekla, rođen blizu Ciriha. *Ne-srećnim slučajem u detinjstvu Paracelzus je postao evnuh i bio gojazan celog života, nije imao sekundarne polne muške karakteristike. Paracelzus je u Ferari stekao diplomu lekara, a kasnije tretirao medicinu kao mešavinu naučne, narodne i verske medicine.*

Paracelzus je već u mladosti bio izuzetno poznat i cenjen, lekar poželjan da radi u bilo kom mestu. Tako ga **Ekolampadijus**, poznati humanista, a veliki njegov prijatelj, postavlja za profesora hirurgije i fizike na Univerzitetu u Bazelu, a istovremeno i za gradskog lekara. U to vreme Paracelzus objavljuje svoju prvu knjigu *Little Medicine Book*. *Paracelzus definiše zdravlje kao usklađenost pojedinih delova tela i njihovih funkcija, pa je bolest posledica suprotnog stanja.* Objasnjava da su uzroci bolesti telesni i duhovni "ensovi". Ens po svojoj suštini predstavlja stvar koja ima moć da upravlja telom, pa postoje ensovi kao nasledni uzroci, ili nezdravi uticaji duha, ili uzroci bolesti koje šalje božje privedenje.

Paracelzus kao lekar praktičar svoju praksu i polazište njene interpretacije bazira na Hipokratovoj filozofiji i načelima naučne medicine renesanse. Darovit u posmatranju i zapažanju, pojedine znake bolesti uočava i utvrđuje bolje nego drugi. Važio je i za čuvenog hemičara, bavio se laboratorijskom hemijom, što mu je omogućilo da inovira farmakologiju, uvođeći arsen, živu, gvožđe, bakar, olovo, sumpor, antimon, kao i esencije i tinkture bilja, u terapiju a **prvi je napravio opijumsku tinkturu.**

Paracelzus je upamćen i po tome što je javno na trgu u Bazelu spalio dela Galena i Avicennina učenja arapske medicine.

Paracelzus je odigrao veliku ulogu u istoriji medicine, te mu svet, a medicina posebno duguje, zahvalnost za razvoj naučnih medicinskih disciplina. Paracelzus je u svom vremenu bio ne samo hvaljen nego i osporavan od brojnih savremenika, kasnije velikih i priznatih naučnika u medicini.

Konačno, medicina renesanse je utemeljila naučnu medicinu zadavši "smrtni" udarac sholastičkoj nauci i sudbonosno izvršila preokret u razvoju medicine uvođenjem nove filozofske misli i duha u medicinsko stvaralaštvo. Medicinska renesansa je time medicinu napravila naučnom i zasnovala naučni način razmišljanja na temeljima eksperimentalnog dokazivanja u medicinskoj nauci.

MEDICINA NOVOG DOBA

"Medicina je umetnost koja se vežba u očekivanju novih otkrića."

Alber Kami

Medicina novog doba svoju posebnost temelji na ekonomskim i političkim promenama koje su se dogodile u XVII veku. **Duh kritičnog i naučnog stvaralaštva već stvoren u renesansi potencira se u medicini XVII veka.** Globalno gledano, u ovom veku značajno opada politički i ekonomski uticaj Italije, Španije, Portugalije, Nemačke i Francuske, a raste uticaj globalni Holandije i Engleske zbog prenošenja tržišta, ekonomije i bogatstva iz prostora Sredozemlja na Atlantik, što menja snage međunarodnih odnosa pre svega u Evropi.

Pojava **Dekarta** u filozofiji je prekretnica izuzetnog značaja jer je uklonjena srednjovekovna sholastika filozofske misli Aristotelove filozofije i uneta Dekartova nova filozofska misao. Dekartova racionalistička filozofija **karteizijanstvo**, izvršila je snažni uticaj u svim kulturnim oblastima. Nauku je u početku uputila na negovanje egzaktnih grana, a ubrzo na prirodne nauke i eksperiment, što je bio presudan trenutak za nastanak danas aktuelne naučne medicine. Osnivaju se brojna naučna udruženja, najpre u Francuskoj, zatim Engleskoj i kasnije u drugim zemljama što je posledica preokreta u nauci i kulturi sa pojavom Dekartovog učenja.

Osnivanjem naučnih udruženja javljaju se i prvi naučni časopisi. Prvi je bio francuski nedeljnik *Journal des Savants*, izašao 1665. godine, a 1679. godine i prvi medicinski časopis pod naslovom *Journal des nouvelles decouvertes sur toutes les parties de la Medicine*. Medicinska nauka je tako prestala biti kao u vreme renesanse samo privilegija prostora Italije, već se razvila engleska, holandska i francuska medicina.

MEDICINA XVII VEKA

Najveća tekovina XVII veka su otkrića iz fiziologije krvotoka – otkrića engleske medicine, pronalazak mikroskopa – otkriće holandske medicine. Probuđeni naučni duh medicine renesanse još više je ojačao u ovom veku oslanjajući se na kritičku misao u nauci i naučni eksperiment. Obrazovanje lekara je ipak i dalje bilo nedovoljno i zaostalo, te je pojava nadržilekara i šarlatana u medicini, pre svega u Francuskoj, bila značajna. Oni su se okupljali na trgovima i najprometnijim ulicama i svoju veštinu nudili i prikazivali prolaznicima. Pronalazaštvo i stvaralaštvo u oblasti medicine u Engleskoj izbija u prvi plan, što je zasluga znamenitih lekara.

William Harvey

William Harvey (1578–1658) je studirao na univerzitetu u Kembridžu i Padovi, a učitelji su mu bili čuveni anatomi tako da je tokom studija upoznao ondašnja dostignuća i otkrića u oblasti fiziologije krvotoka. Hervej se punih dvadeset godina bavio anatomskim i fiziološkim istraživanjima u oblasti mehanizma krvotoka. Dvodecenijski Hervejev rad, urodio je plodom jer je *objasnio fiziologiju malog i velikog krvotoka*, a prvi izveštaj o svojim ispitivanjima usmeno je saopštio na sednici Komisije Kraljevskog društva 1613. godine.

Thomas Sydenham

Tvorac je nozologije i sistematike bolesti. Dao je za mnoge od bolesti tačne kliničke opise. Sidenham je prozvan i **engleski Hipokrat**, jer je obrađivao fundamentalna Hipokratova načela, posebno etička.

Sedamnaesti vek je vek pravog procvata *holandske medicine*. Holandani su se oslobodili od španske vlasti i promena društvenog uređenja u Holandiji brzo je donela građanskom staležu blagostanje zbog razvijene prekomorske trgovine. *O Razvoju medicine u Holandiji XVII veka najbolje govori gradnja lajdenskog raskošnog amfiteatra* koji je postao središte anatomskog i ukupnog medicinskog stvaralaštva Holandije.

Franciscus De Al Boe Silvius

Silvius (1614–1672), profesor Medicinskog fakulteta u Lajdenu, čuveni je anatom. *Prvi je opisao aqueductus Silvii i fossa Silvii.* Doprineo je razvoju hemije i fiziologije.

Anthony Van Leeuwenhoek

Leeuwenhoek (1632–1723) nije bio lekar, nije imao gotovo nikakvo obrazovanje ali je zato bio darovit za tehniku. Levenhukov talenat došao je do izražaja kada je usavršio mikroskop i pomoću uveličavajućeg sočiva koje je konstruisao 1675. godine otkrio sićušne organizme i time znanstvenost postavio temelje mikrobiologije. *Levenhuk je ostvario brojna mikroskopska otkrića, otkrio spermatozoide u mnogih životinja.* Mikroskopski je opisao i *otkrio krvna zrnca, koštano tkivo, a glednu strukturu zuba* prvi put je opisao i video 1696 .godine.

Italijanska medicina, iako je izgubila primat u medicinskim dostignućima XVII veka, ipak je u to vreme dala niz poznatih lekara i poznatih naučnika:

Marcello Malpighi

Malpighi (1628–1694) profesor medicine u Bolonji, Pizi i Mesini, osnovao je histologiju iskoristivši Levenhukov pronalazak mikroskopa u svoje naučne ciljeve. Nakon Harvejeve smrti **Malpighi** dopunjava njegova otkrića krvotoka a zatim detaljno opisuje *krvna zrnca, tkivo žlezda, tkivo pluća, slojeve kože, tkivo slezine i tkivo nerava.* Sa Belinijem je utvrdio da su sitne bradavice na jeziku u stvari organi čula ukusa.

Lorenzo Bellini

Bellini (1643–1704) bio je profesor anatomije u Pizi. Istakao se histološkim istraživanjima opisavši građu organa čula ukusa i bubrega. *Došao je do zaključka da većina tkiva ima svojstvo rastegljivosti.* Zahvaljujući tome, zategnuto tkivo posle prestanka dejstva sile se vraća u prvobitni položaj.

Francuska medicina XVII veka uprkos izvesnom napretku nije u vrhu naučne medicine i medicinskog stvaralaštva ondašnje Evrope.

MEDICINA XVIII VEKA

Nastavlja prosperitet naučne medicine započet u XVII veku, utemeljen na promenama odnosa međunarodnih snaga. *Sa jačanjem građanskog staleža, nastaje polet slobodne misli u svim zemljama i javljaju se nova kulturna i naučna središta u Beču, Petrogradu i Berlinu.* Engleska i američka politička revolucija praćene društvenim napretkom ali i napretkom ekonomskim u većini zemalja Evrope dovode *do razvoja liberarizma i revolucionarnog idealizma u svetu.* Nauku i filozofiju u XVIII veku zadužili su **Volter, Lajbinc, Gete, Abison** i drugi. I nauka i filozofija XVIII veka bile su nemalo opterećene mnoštvom metafizičkih i mističnih teorija i doktrina, konzervativne i kontrolisane od različitih društvenih sistema. Ipak svakako su doprinele kasnijem razvoju naučne i filozofske misli. Doprinos se ogleda i u korisnom iskustvu naučnih zabluda u naučnim tekovinama Lavoazjea, Bleka, Pristleja, Linea, Celzijusa, Franklina itd.

Medicinska nauka XVIII veka uprkos oscilacijama, doživljava preporod. Osnivaju se brojni medicinski časopisi, pre svega u Francuskoj i objavljuju medicinski članci i rasprave, a istovremeno se osnivaju i mnoge naučne institucije. **Lekarski stalež se značajno povećava i raste mu društveni ugled a time i politički uticaj.** Odnos lekara i hirurga menja se tako što su se hirurzi potčinjavali lekarima kao manje obrazovani i od njih dobijali poslove i uputstva kako treba da obavljaju hirurške operacije. *Nažalost, kasnije je hirurgija odvojena od medicine i hirurzi su postali nezavisni.* To je rezultovalo otvaranjem posebnih hirurških škola, u kojima je izvođena specijalizovana nastava za sticanje znanja hirurga. Naročito se razvila *anatomija* kao teorijska grana, zatim *fiziologija* i *embriologija*. Došlo je do razgranavanja medicine i odvajanja posebnih specijalnosti u medicinskoj oblasti, mada su se brojni lekari i dalje bavili celokupnim lekarstvom. *Povoljne prilike u celokupnim društvenim odnosima tokom XVIII veka omogućile su kvalitetniji tretman bolesnih.*

Holandska medicina i njen razvoj u XVIII veku dali su poseban doprinos ukupnom razvoju naučne medicine uvođenjem i razvijanjem kliničkog rada u medicini.

Herman Boerhaav

Boerhaav (1668–1738) je studirao na Univerzitetu u Lajdenu i 1701. godine izabran za profesora teoretske medicine na tom univerzitetu. Veoma obrazovan, poznao je i obrađivao sve grane medicine, anatomiju, fiziologiju, botaniku, fiziku, hemiju, patologiju, terapiju, hirurgiju, farmakologiju i oftalmologiju. Rano je usvojio Hipokratovo načelo kliničkog rada koje je dao u sentenci *"da više nema potrebe za sektama u medicini"*.

Bernard Alginus

Alginus (1697–1797) je najčuveniji holandski i evropski anatom XVIII veka. U svom stogodišnjem životu anatomskim radovima i klasičnim udžbenikom anatomije stekao je večnu slavu osnivača deskriptivne anatomije.

Francuska medicina u XVIII veku, iako konzervativna u suštini, doživela je napredak u hirurgiji i u oblasti unapređenja teorijske medicine, naročito na polju prirodnih nauka. *Akademija nauka osnovana u XVIII veku bila je na čelu medicinskog napretka Francuske*. Medicinsko kraljevsko društvo, osnovano 1776. godine i Medicinski fakulteti su značajno doprineli napretku francuske medicine XVIII veka. Francuska revolucija takođe je doprinela razvoju medicine u Francuskoj ne uništivši medicinske tekovine prethodnog režima, utkavši ih u nove društvene tokove i prilagodivši novim društvenim potrebama i kulturnim zahtevima Francuske. **Filip Pinel**, 1793. godine skida okove i lance sa duševnih bolesnika.

Engleska medicina XVIII veka je višestruko napredovala u brojnim granama medicine. U Engleskoj se u tom veku razvijaju mnoge specijalizovane grane medicine, a pre svih akušerstvo, hirurgija i stomatologija. Značajni predstavnici medicine XVIII veka u Engleskoj i nosioci medicinskog napretka su: **Džon Rolo**, vojni lekar i hirurg, prvi je opisao šećernu bolest zapazivši pored i promene na gingivama praćene klaćenjem i ispadanjem zuba, zatim **Vi-lijam Kulen** (1712–1790), **Džon Braun** (1735–1738), **Edvard Džener** (1749–1823) i drugi.

Benjamin Bell

Bell (1749–1806) potiče iz škotske kao i **Hanter**. Bavio se hirurgijom, frakturama, luk-sacijama i tumorima i do smrti je radio u Edinburgu. *Putujući po Evropi, proširuje svoje zna-nje ali mu je najviše koristio boravak u Parizu*. Za razliku od Hantera, svoje radove opleme-njuje bogatim kliničkim iskustvom. Najznačajnije Belovo delo je šesti volumen časopisa "*System of Surgery*", koje je doživelo sedam izdanja i prevode na francuski i nemački jezik.

Nemačka medicina XVIII veka *ostvaruje nagli i ekspanzivan razvoj i pri kraju veka za-uzima značajno mesto u vrhu evropske medicine*. Najmoćnija i ekonomski najnaprednija evropska zemlja u tom veku bila je Austrija. Beč je sredinom veka postao središte nemačkog medicinskog razvoja, medicinskog rada i uticaja. *Najčuveniji lekari Beča XVIII veka bili su Holandani Van Sviten i Anton Dehajen*, a afirmisali su i druge centre nemačkih zemalja. Krajem XVIII veka naučnim dostignućima uzdižu se i mnogi univerzitetski gradovi, kao Ge-tingen i Hale, a proslavili su ih čuveni lekari **Haler**, **Hoeman**, **Štal** i drugi.

Italijanska medicina XVIII veka dala je više značajnih lekara i naučnika uprkos tome što je Italija u tom veku bila ekonomski i politički manje uticajna zemlja Evrope. Najčuveniji je bio **Giovanni Batista Morgagni** (1682–1781) profesor anatomije u Bolonji, a zatim u Pa-dovi. Objavio je rezultate svojih istraživanja iz oblasti anatomije potkožnog tkiva, strukture pluća, muskulature jednjaka i ždrela itd.

Amerika nema svoje značajne lekare, pa ni posebnosti u medicinskoj nauci sve do 1775. godine. Medicinske prilike se od tada, nakon oslobodilačkog rata, popravljaju i stvaraju se dobro organizovane medicinske institucije pri vojsci, kao i građanske medicinske institucije.

Medicina XVIII veka razvija se ekspanzivno, oslonjena na dostignuća prirodnih nauka u svim pravcima i poprima sve više karakter i oblike naučno sistematizovane oblasti. Na razvoj medicine u XVIII veku svakako je uticala materijalistička orijentacija francuskih filozofa, ali i ukupni politički i društveni tokovi i promene u drugim zemljama Evrope.

MEDICINA XIX VEKA

Vek koji nosi sinonim **vek nauke i tehnike**, *vek je napretka u svim ljudskim delatnostima a pre svih u oblasti fizike, hemije i biologije*, fundamentalnih prirodnih nauka. To je rezultovalo opštim blagostanjem naroda, unapređenjem prosvete, poboljšanjem životnih i kulturnih uslova uopšte a time i ekspanzivnim razvojem medicine i lekarstva. Istaknuta je u XIX veku praiskonska tendencija čoveka da ostvari što duži život, a to je moguće ako se bolesti otklone, izbegnu i/ili izleče.

XIX vek je prepun imena lekara koji su svojim eksperimentima i naučnim istraživanjima ostvarili epohalna medicinska otkrića ili otkrića u prirodnim naukama ukomponovana u razvoj naučne medicine. Time su postavljeni temelji razvoja savremene medicine XX veka.

Neiscrpan je spisak velikih naučnih imena koja su obeležila medicinsku nauku i struku XIX veka. **Pavlov** – slavni ruski neurofiziolog utemeljivač refleksološke, fiziološke škole, **Braun Segard** – francuski fiziolog i neuropatolog, čuven po radovima iz patofiziologije nervnog sistema, endokrinologije, utemeljivač organoterapije, **Mečnikov** – ruski biolog, bakteriolog i patolog, značajan radnik na polju imuniteta, dao čuvenu teoriju starenja, *dobitnik nagrade iz Nobelove fondacije za medicinu 1908. godine*, koju je podelio sa velikanom **Erlinom**. **Lister** – engleski hirur, opisao i uveo antisepsu; **Erlih** – hemičar i lekar, dao je temelje hemoterapije i imunobiologije; **Koh** – mikrobiolog, *pronalazač bacila tuberkuloze*; **Lanc** – francuski patolog i kliničar, *pronalazač stetoskopa i metode indirektno auskultacije*; **Paster** – francuski hemičar, osnivač medicinske mikrobiologije; **Romberg** – nemački hemičar; **Semi Vajs** – mađarski akušer, *uveo antisepsu u akušerstvo i razjasnio nastanak i uzrok puerperalne sepe*.

SAVREMENA NAUČNA MEDICINA XX VEKA

Dvadeseti vek je veličanstvena građevina savremene medicine. Da bi se ostvarila medicina XX veka, brojni lekari često su eksperimentalisali i na sebi da bi došli do nekih otkrića. Nije mali broj onih proslavljenih vrhunskih lekara koji su prvo na sebi izveli rizične dijagnostičke i terapijske zahvate da bi mogli da ih primene i na lečenje obolelih.

Medicina XX veka je u potpunosti postala naučna. Izrasla je na temeljima bezbrojnih otkrića, posebno u prethodnim vekovima istorijski označenim kao novo doba. Zasnovanost savremene medicine nije samo na dometima humane biologije i genetike već su u nju ukomponovana i sva otkrića svih fundamentalnih prirodnih nauka. XX vek je i vek tehnološke i demografske eksplozije nezabeležen u istoriji ljudske civilizacije.

Paradoklasno, XX vek su obeležila i najdestruktivnije ljudsko iskazivanje u dva svetska rata. Kao primer, tokom I svetskog rata od pegavog tifusa umrla je skoro polovina srpskih lekara vršeći svoju dužnost. Lekari nacističke nemačke najgrublje su se ogrešili o ljudski život pogazivši humanu svetost lekarskog poziva. Uprkos svemu medicina XX veka je dosegla nemoguće predvidljivu visinu i moć da se približila skoro u potpunosti cilju da pobedi bolest.

Dvadeseti vek de fakto još nije istorijska distanca. Treba sačekati isticanje bar decenije trećeg milenijuma da bi se mogao procenjivati udeo razvoja naučne medicine dvadesetog veka za njen dalji očekivani turbulentni uzlet u treći milenijum.

ISTORIJSKI RAZVOJ MEDICINE SRPSKOG NARODA

Srpska država, nastala je u srednjem veku, a sa njom se razvijala i srpska medicina.

Srpska medicina u srednjovekovnoj srpskoj državi imala je karakter pravoslavne manastirske medicine. **Prve manastirske bolnice** za koje je **Sveti Sava** napisao kratak pravilnik oko 1200. godine osnovane su u **Studenici** i **Hilandaru**. **Car Dušan** je oko 1353. godine *podigao pravu bolnicu pri crkvi Svetih arhangelu u Prizrenu*, a **Stevan Visoki** u XV veku u **Beogradu**. *Bolnice srpske srednjovekovne države bile su materijalno obezbeđene uglavnom zahvaljujući darodavcima i njihova namena je bila lečenje naroda.* Istorijski razvoj medicine u srpskom narodu treba posmatrati sa brojnih aspekata. Bitno je uvažiti prostorno, geografsko postojavanje srpskog naroda i istorijsku promenljivost.

Medicina i njen razvoj u našem narodu, istorijski gledano, imala je značajnu ulogu u razvoju medicine evropskog kontinenta od najranijih srednjovekovnih vremena do danas. Poreklo medicinske kulture na našem prostoru nije dovoljno ispitano ali je sigurno proizvod brojnih uticaja i delovanja.

Srbi su naselili geografski prostor između istoka i zapada, što je unapred sudbinski odredio razvoj medicine i medicinske kulture našeg naroda. *Poznato je da su se preko prostora naseljenih Srbima ukrštali, sukobljavali i prelamali interesi i uticaji Rima i Vizantije, Turskog carstva i Austrijskog carstva, Mletačke republike i mađarske države, pa čak i Francuske, što je apsolutno imalo uticaja na medicinu i njen razvoj u Srba.* Tri velike religije, kao ni u jednom narodu Evrope, takođe su se ukrštale i sukobljavale na teritoriji naseljenoj našim narodom – **pravoslavlje, islam, katolicizam**. Danas se možemo pohvaliti da smo kao narod u prošlosti imali važnu ulogu u oblasti medicine. Preko teritorija naseljenih Srbima širila se na istok klasična grčko-rimska medicina, a na zapad – arapska. Istim smerovima širile su se i periodično epidemije, tako da su na našem prostoru preduzete prve u istoriji medicine praktične mere suzbijanja epidemija – **karantini**. *Prvi karantin je otvoren u Dubrovniku 1377. godine, što je najveće dostignuće čitave srednjovekovne medicine Evrope.*

Istorija medicine u našoj zemlji – srpskom narodu, starija je od medicine i medicinske kulture nekih brojnijih, i danas znatno naprednijih naroda Evrope. Antička zdravstvena kultura u našem prostoru u istorijskom smislu dokazuje se rasutim spomenicima. Ti dokazi govore o vrlo davnoj zdravstvenoj kulturi koja je bila na vrlo zavidnom nivou na našem području, jer postoje *Asklepijeva svetišta, rimski vodovodi i kanalizacija, brojne banje, koje su i danas u istoj nameni lečenja.* Nađeni su i hirurški instrumenti iz rimskog vremena, kao i nadgrobni spomenici rimskih lekara. *Medicinski pisci starog Rima pominju lekovita bilja iz naših krajeva, koja su u to vreme bila izuzetno cenjena u čitavom Rimskom carstvu.* Naša narodna medicina prava je riznica za istoričare i izučavaoce zdravstvene kulture jer pored uticaja klasične zapadne medicine sadrži i elemente medicine Istoka. Pored pravoslavnih tragova ima i elemente iz medicina drugih religija. Bosna i Hercegovina je najtipičniji primer za to. Na tom području ne samo da su se sukobljavale već su se i stapale medicine i zdravstvene kulture Za-

pada i Istoka. *Sve do XIX veka hodže i narodni lekari – vidari lečili su po prastarim rukopisima Avicene i drugih arapskih lekara.* U isto vreme franjevci u Bosni lečili su po tada savremenim metodima zapadne medicine.

Oblikovanje i razvoj naše zdravstvene kulture podlegli su uticajima pravoslavlja, islama i katolicizma. Sve tri religije imale su uticaj na shvatanja našeg naroda, kao i na lekarsku medicinsku praksu. *Stare freske u crkvama i manastirima veoma često su prikazivale metode lečenja.* Iz tih umetničkih prikaza, danas se može zaključivati o bolestima ljudi, o nivou medicinskog znanja ali i medicinskog shvatanja generacija naših predaka.

Srednji vek, nazvan vekom mračnjaštva, kao da to nije bio za naš narod na polju medicine i zdravstvene kulture, jer su u tom vremenu u mnogim našim gradovima podignute prve bolnice i apoteke, zapošljavani prvi školovani lekari, istina najčešće stranci, ali često istaknuti i nadaleko čuveni predstavnici lekarske struke. Zdravstvena kultura je, dakle, u pravom smislu reči, cvetala u srednjovekovnoj Srbiji. Prostor naše zemlje oduvek je privlačio prirodnjake i lekare strance, koji su je posmatrali i izučavali putujući po njoj i beležili važne podatke o našim krajevima, o našim ljudima, ali i o zdravstvenim prilikama i tipičnim bolestima u našem narodu. U periodu renesanse bila su često takva putovanja.

Našom zemljom je putovao i ovekovečeni **Paracelzijus**. *Zapisao je da je od naših ljudi iz naroda, od seljaka, naučio više nego od svih svojih učenih profesora po univerzitetima.* Zahvaljujući Paracelzijusu i drugim posetiocima naših krajeva mnoge pojedinosti iz tadašnje naše narodne medicine ušle su u riznicu svetske medicine.

Stranci su vekovima bili praktično jedini učeni lekari u našim krajevima i pronosili su glas o našoj medicini po svetu. Ti učeni lekari lečili su, i u bolesti bili od pomoći samo probranima – vlasteli i vladarima. *Običan narod lečili su neškolvani lekari – narodni lekari, travari, iskusne žene i sveštenici svih veroispovesti.*

Sa propašću srednjovekovne srpske države prekinut je razvoj srpske medicine započet na verskoj osnovi. Robovanje pod Turcima i islamom skoro pet stotina godina zaustavilo je svaki kulturni razvoj pa i razvoj zdravstvene kulture našeg naroda. *Uslovi za obnovu nastali su tek početkom XIX veka*, a u Vojvodini nešto pre toga jer je ona bila pod austrijskom vlašću. Za razliku od zastoja naučne medicine koji je očigledan u navedenom periodu, pojava **lekaruša** u kojima je sakupljeno narodno medicinsko iskustvo je bila značajan istorijski spomenik o zdravstvenoj kulturi i medicini u našoj zemlji.

Lekaruše su narodne medicinske beleške, pripadaju opusu narodne medicine. Sadrže narodne savete i uputstva o lečenju bolesti, o bolestima uopšte, kao i o njihovom nastajanju. Predstavljaju dragocenu građu ne samo za poznavanje naše narodne medicine već i za upoznavanje ukupne zdravstvene kulture srpskog naroda. Sadrže najstarije oblike lečenja, spravljanje lekova, ali i novija saznanja iz medicine. Brojne lekaruše su objavljene i protumačene nakon otkrivanja. Njih su tokom vekova sastavljali pismeni narodni lekari, te su se prenosile kao anonimni spisi sa kolena na koleno, pa im je teško odrediti vreme i mesto nastajanja. Lekaruše imaju značajna poglavlja koja se odnose i na celokupnu kulturu našeg naroda onog vremena a ne samo na zdravstvenu kulturu.

Medicina na prostoru Bosne i Hercegovine, kao i na prostoru Kosova i Metohije, te Sandžaka i prostoru Crne Gore van sadašnje Srbije, imala je svoje posebnosti. Bosna i Her-

cegovina je posebno zanimljiva za praćenje razvoja medicine srpskog naroda zbog uticaja medicine Istoka i Zapada, zbog uticaja i suprotstavljenosti religija na istom prostoru i u isto vreme. *Zanimljivo je da u Sandžaku za sve vreme turske vladavine nije bilo ni jedne institucije koja bi se mogla odrediti kao bolnica.* Bilo je samo nekoliko prodavnica u kojima su se uz druge robe mogli kupiti i lekovi.

Prostor naseljen srpskim narodom vekovima nije imao nikakvu medicinsku školu, te su malobrojni pojedinci željni medicinskih studija odlazili u strane zemlje. Studirali su medicinu u Padovi, Bolonji, kasnije u Beču, Pešti i Pragu. Većina njih je nakon studija i ostajala u tim zemljama zbog povoljnijih uslova za rad ali i zbog daljeg stručnog usavršavanja. Neki od njih su postali i profesori medicine na stranim univerzitetima i stekli najveća priznanja i počasti. *Neki su, pak, bili lični lekari znamenitih ličnosti svog doba, čak i vladara nekih zemalja, recimo, **Toma Budisavljić** bio je lekar **Murata III** i **krakovskog biskupa**.*

Srpski narod, vekovima porobljen, bio je ostavljen sam sebi, te u medicini upućen na svoju samopomoć i svoju prosvetu po retkim manastirskim školama. Tako je narod lekarsku pomoć dobijao jedino od samoukih narodnih lekara. *Najčuveniji samouki lekari na početku XIX veka bili su **Čira Mana**, **Gospa Majka**, i njen sin **Hećim Toma**, poreklom iz Epira*, a u Beograd su došli neposredno pred izbijanje Prvog srpskog ustanka. Hećim Toma se proćuo kao vešt lekar, u Prvom ustanku je bio angažovan kao vojni lekar. Sovjet mu je zato odredio 60 groša mesečne plate. Proćuo se još više kada je izlećio od zadobijene rane tadašnjeg rudnićkog vojvodu Miloša Obrenovića. Svoj lekarski posao nastavio je i posle Drugog srpskog ustanka, dobivši godišnju penziju od 150 talira, dodeljenu mu kao opštenarodno priznanje.

Prvi diplomirani lekari su počeli da dolaze u Srbiju pojedinaćno i retko, i to nekoliko godina posle Drugog srpskog ustanka, kada su zdravstvene prilike već umnogome bile poboljšane. Uglavnom su to bili lićni lekari srpskog kneza Miloša Obrenovića ili njegovog brata Jevrema. Životni i radni uslovi u Srbiji tog vremena, nisu zadovoljavali te lekare pa su oni po pravilu brzo napuštali prihvaćenu službu i odlazili iz Srbije. Samo su neki ostajali duže i tako utemeljili zdravstvenu službu Srbije u XIX veku. Među tim lekarima najistaknutiji su bili **Bartelami Kumiber**, **Jovan Stajić** iz Arada, **Karlo Pacek**, **Karlo Beloni** i **Emerih Lindenmajer**. Tek 1838. godine, posle promene državne uprave i na osnovu prvog zemaljskog ustava, napravljena je prva organizacija sanitetske službe u Srbiji. Tri najznaćajnije institucije za napredak medicine u Srbiji do danas su: **Srpsko lekarsko društvo** (osnovano je 1872. godine). **ćasopis Srpski arhiv** (prvi broj je štampan 1874. godine), **Srpsko društvo crvenog krsta** (osnovano je 1876. godine).

Istorija srpske medicine i njen razvoj kroz XX vek manje više su istorijski poznati. Bio je to vek ratovanja srpskog naroda. Ćitav XX vek je vek ratovanja srpskog naroda, naćalost sa ogromnim ljudskim gubicima u dva Balkanska i oba Svetska rata, a posebno u graćanskim sukobima i ratovanju tokom poslednje decenije XX veka.

Razvojno je u Srbiji od prve do poslednje godine XX veka najviše napredovala ratna medicina i ratna hirurgija.

ČOVEK KAO OBJEKT MEDICINE

Čovek je razlog nastanka i postojanja humane medicine i suština njenog bavljenja. Nastankom razumnosti – umnosti *homo sapiens* morala se javiti i njegova svesnost o zdravlju, bolesti i prestanku života sa razloga bolesti ili povređivanja. Čovekova nastojanja da očuva zdravlje i život razvila su medicinu kao znanje i veštinu.

Medicina po definiciji nastala je i razvijala se kao potreba ljudi još u preistoriji. Naravno da je čovek prvobitne zajednice zapažao, skupljao i prenosio medicinska znanja, posebno medicinske veštine. Magijska medicina je bila prvi pokušaj pomaganja bolesnom. Medicinom su se u prvobitnoj zajednici bavili vračevi kao prvi lekari. Organizovana društva kasnijih civilizacija shvatajući da je čovek, a pre svega zdrav čovek, najbitniji činilac svake zajednice, ulagala su u razvoj medicine. Posledično, razvijala se medicina kao bitna potreba od prvih država pa sve do danas. Protagonisti praktične primene medicinskog znanja su lekari.

Čovek je središte i objekt naučne medicine aktuelne civilizacije. Bavljenje medicine u svakoj zajednici XXI veka usmereno je na zdravlje svakog pojedinca, a posebno obolelih. Specifičnost zahteva od naučne medicine našeg vremena je javnost. Savremeni čovek ima pravo da bude informisan, a medicinski stručnjaci obavezu da mu prezentiraju znanja pa i najnovija naučna otkrića iz oblasti medicine. Interes pojedinca i interes zajednice danas je jedinstven, a javnost razvoja medicine, dostupnost informacija o mogućnostima naučne medicine i pravo svih ljudi na najstručniju moguću medicinsku pomoć je posledica.

ZADACI MEDICINE

Medicina, preciznije, humana medicina je nauka, veština ("umetnost") o zdravlju, poremećajima zdravlja tj. o bolestima, bolesnim stanjima, povredama i lečenju. Počeci medicine su stari koliko i sam čovek. Saznanja o tome imamo preko pronađenih paleopatoloških ostataka, arheoloških petrografa (crteži na zidovima pećina) i tumačenjem mitoloških verovanja očuvanih u primitivnim plemenima.

Zadaci savremene humane medicine su veoma obimni i odnose se na:

1. Izučavanje ćelijske građe, građe tkiva, organa, sistema organa i organizma kao celine;
2. Izučavanje normalne funkcije ćelija, tkiva, organa i sistema organa;
3. Izučavanje promena funkcije i građe na ćelijama tkiva i organa nastali kao posledica bolesti;
4. Izučavanje uzroka bolesti;
5. Dijagnostiku bolesti, bolesnih stanja, obim i težinu oštećenja zbog obolenja ili povrede;
6. Epidemiološka istraživanja raširenosti učestalosti bolesti, bolesnih stanja i povreda;
7. Prevenciju – sprečavanje nastanka bolesti i povreda otklanjanjem i izbegavanjem uzroka;
8. Lečenje bolesti i povreda stalnim usavršavanjem brojnih metoda, posebno hirurških;
9. Rehabilitaciju nakon izlečenja bolesti ili saniranja povrede i
10. Trajno programsko edukovanje u cilju unapređenja zdravlja, posebno mentalnog, svih ljudi.

PODELA MEDICINE

Savremena medicina može se deliti i razvrstavati prema veštinama i znanju koje koristi, prema objektu svog interesovanja, prema usmerenju delovanja, prema edukativnim celinama, prema programima delovanja, oblastima, granama i specijalizovanim disciplinama.

Danas ravnopravno perzistira: 1. naučna medicina, zasnovana na saznanjima dodanašnjih nauka i 2. tradicionalna – alternativna medicina. *Termin alternativna medicina je neprihvatan jer se de facto odnosi na izučavanje, prihvatanje, dopunjavanje i primenu tradicionalnih veština narodne folklorne medicinske prakse.*

Kada se medicinska znanja i veštine primenjuju na čoveku reč je o Humanoj (ljudskoj) medicini. Kada je objekt medicinske dijagnostike i medicinskih terapijskih tretmana životinja reč je o veterini – veterinarskoj medicini.

Humana medicina se danas klasično izučava na medicinskim fakultetima kao ukupna – opšta medicina i posebno kao stomatološka medicina – stomatologija. Posebnost su farmakološki medicinski fakulteti i farmacija, tj. izučavanje, farmakoloških supstanci (lekovi).

Programska usmerenost i delovanje savremene humane medicine može biti:

1. *Primarno preventivna* – primenjuju se znanja i veštine sa ciljem sprečavanja bolesti i povreda.
2. *Sekundarno preventivna* – kurativna medicina – koristi sva raspoloživa znanja i veštine u zaustavljanju i lečenju nastalih bolesti i saniranju povreda.
3. *Tercijarno preventivna* je tretman i rehabilitacija po izlečenju bolesnih ili povređenih.

Savremena humana medicina se na osnovu primene terapijskih procedura deli na oblasti:

A) Konzervativne kliničke grane medicine:

1) *Grane interne medicine: angiologija, endokrinologija i diabetologija, kardiologija, gastroenterologija, hematologija i onkologija, nefrologija, pulmologija (pneumoftizilogija), reumatologija, gerijatrija, alergologija, imunologija.*

2) *Pedijatrija; 3) Psihijatrija; 4) Neurologija; 5) Radiologija; 6) Onkologija; 7) Dermatovenereologija; 8) Infektologija; 9) Fizikalna medicina i rehabilitacija; 10) Transfuziologija; 11) Epidemiologija; 12) Higijena i ekologija; 13) Medicina rada; 14) Sportska medicina; 15) Urgentna medicina; 16) Sudska medicina; 17) Socijalna medicina; 18) Preventivna medicina; 19) Nuklearna medicina; 20) Medicinska statistika i informatika.*

Konzervativne kliničke grane medicine ne koriste agresivne terapijske metode, već primarno farmakološka sredstva – lekove i druge veštine koje ne narušavaju integritet tela.

B) Hirurške kliničke grane:

1) *Opšta hirurgija; 2) Neurohirurgija; 3) Torakalna hirurgija; 4) Vaskularna hirurgija; 5) Visceralna hirurgija; 6) Urologija; 7) Ortopedija; 8) Dečija hirurgija; 9) Plastična i rekonstruktivna hirurgija; 10) Estetska hirurgija; 11) Onkološka hirurgija; 12) Ratna hirurgija; 13) Otorinolaringologija; 14) Maksilofacijalna hirurgija; 15) Oralna hirurgija; 16) Oftalmologija; 17) Ginekologija i akušerstvo; 18) Anesteziologija sa reanimacijom.*

Hirurške kliničke grane medicine za osnovno terapijsko sredstvo imaju skalpel – hirurški nož, a mesto terapijskog tretmana je hirurška sala.

Medicina našeg doba se zbog ogromnog prikupljenog znanja i otkrića razvila u brojne posebne specijalnosti. Danas postoje supspecijalističke grane u okviru skoro svih specijalnosti.

OBRAZOVANJE LEKARA NEKAD I SAD

*"Medicina zahteva da joj se čovek posveti celim svojim bićem,
jer se ona bavi celokupnim ljudskim organizmom."*

Johan Volfgang Gete

Medicina je sigurno bila potreba i razvojna posledica od same pojave homosapiensa na zemlji. Pomaganje obolelom i povređenom zasnivalo se na magijskim činjenjima. Tu veštinu su vračevi (prvi lekari) prenosili odabranim pojedincima. Moć i ugled vrača je bio izuzetan.

Vrač je preuzimao od prethodnika stereotip utvrđivanja razloga obolevanja. Postavljao je pitanja bolesniku "da nisi počinio kakav zločin", "da li si možda nasrtao na dom svog bližnjeg ili saplemenika", "da nisi nasrtao na ženu nekog svog rođaka ili prijatelja". Ako bi dobio potvrđan odgovor na navedena ili slična pitanja, razlog bolesti bi bio utvrđen. Negativni odgovori su stavljali problem pred vrača da razlog bolesti utvrdi sam. Najčešće u tom slučaju uzrok je pronalazen u nekom zlonamernom lošem preduzimanju ili u bacanju čini od neke osobe iz bližeg okruženja. Posledična terapija najčešće se svodila na vradžbine i grube drastične metode isterivanja "đavola" koji je zaposeo bolesnika. Magija je zasnovana na dodiru i prenošenju (*prenosna magija*). Vradžbine i prenosna magija nažalost doživljavaju savremeno ekspanziju u našem narodu uz izdašnu medijsku podršku.

Istorijski poznata nam prva organizovana školovanja lekara su iz vremena stare indijske kulture (VIII do VI veka pre nove ere). Najčuvenije medicinske škole su iz doba antičke Grčke kulture – Hipokratova i Aleksandrijska medicinska škola. Obrazovanje lekara na principima univerzitetskog sticanja znanja iz medicine nastalo je u srednjem veku u Italiji.

Usavršavanje obrazovnog programiranog školovanja lekara je kontinuirano od formiranja prvih medicinskih fakulteta i traje skoro 1.000 godina.

Ciljevi visokog medicinskog obrazovanja su:

1. *prenošenje naučnih stručnih znanja i veština*; 2. *unapređivanje i razvoj medicinske nauke i struke*; 3. *obezbeđivanje naučnog i stručnog lekarskog podmladka*; 4. *pružanje mogućnosti pojedincima da pod jednakim uslovima steknu visoko obrazovanje i steknu pravo da se obrazuju tokom čitavog života*; 5. *povećanje broja lekara u medicinskoj nauci i medicinskoj struci*.

Principi visokog medicinskog obrazovanja u Srbiji su:

1. *akademske slobode*; 2. *autonomija*; 3. *jedinstvenost nastavnih programa i naučno-istraživačke delatnosti*; 4. *otvorenost prema javnosti i građanima*; 5. *uvažavanje humanističkih i demokratskih vrednosti evropske i nacionalne tradicije*; 6. *poštovanje ljudskih prava i građanskih sloboda i isključivanje svih vidova diskriminacije*; 7. *uskladjivanje sa evropskim sistemom visokog obrazovanja i akademska mobilnost nastavnog osoblja i studenata*; 8. *učesće studenata u upravljanju i odlučivanju po pitanjima značajnim za kvalitet nastave*; 9. *ravnopravnost visoko obrazovnih ustanova bez obzira na oblik svojine i ko je osnivač*; 10. *afirmacija konkurencije obrazovnih i istraživačkih usluga* i 11. *državno obezbeđivanje kvaliteta i efikasnosti studiranja*.

Obrazovanje lekara tokom čitavog života je nov institut organizovan na medicinskim fakultetima kao *kontinuirane studije* u našem obrazovnom sistemu lekara. Obrazovanje lekara tokom čitavog života realizuju medicinski fakulteti van osnovnih programa studiranja, a lekari edukanti nemaju status studenta u zakonskom smislu.

ISTORIJSKI RAZVOJ MEDICINSKIH FAKULTETA I UNIVERZITETA U EVROPI I SVETU

Najstariji univerziteti su razvojno nastali od starih latinskih škola koje su produžile rad i nakon pada Rimskog carstva. Istorijski gledano, univerziteti su osnivani rano, već u IX veku, ali njihova stvarna organizacija počinje tek krajem XIII veka.

Termin **univerzitet** za visoke škole u Evropi vodi poreklo od latinske reči *universitas* na početku je upotrebljavan u značenju drugačijem od današnjeg. *Prvobitno je označavao udruženje nastavnika i studenata u jedinstvenu organizaciju, moglo bi se reći korporaciju.*

Medicinski fakultet u Monpeljeu, gde se izučavala samo medicina, nosio je naziv univerziteta. Korišćen je u srednjem veku i naziv *Studium Generale* u Italiji, Francuskoj i Engleskoj, a u Nemačkoj *Gymnasium* i obuhvatao je izučavanje prava, filozofije i teologije.

Studenti su primani na univerzitete na osnovu raznih kriterijuma, ali lakših od današnjih. Kandidat je trebalo da ima minimum osnovnog obrazovanja stečenog kod privatnih učitelja i elementarno znanje latinskog jezika i 14 godina života. Polagao je prijemni ispit nakon kojeg je sticao pravo upisa na univerzitet i sticanje statusa studenta. *Studenti su pre započinjanja medicinskih studija pohađali fakultet veština zbog nedostatka odgovarajućeg obrazovanja.*

Profesori su imali obavezu i pravo da se bave nastavom i naukom. Materijalnu nadoknadu su primali od studenata koji su plaćali školovanje i svoje ispite. Profesori su na univerzitetu kroz istoriju i u različitim zemljama Evrope imali u prvo vreme zvanja – *magister, doctor, maitre, regent, master* a najčešće **leitor**.

Na prvim evropskim medicinskim fakultetima izučavana su na teoretskoj osnovi dela Hipokrata, Galena, Avicene, Razesa i drugih čuvenih lekara. *Praktična nastava ili je nedostajala ili nije bila dovoljna.* Student je posle odslušane nastave sticao pravo da polaže ispit.

Medicinske studije su trajale pet godina a na univerzitetima u Engleskoj i osam godina. *Stečene diplome predavane su na vrlo svečan način i posle tog čina student je sticao pravo da se bavi lekarskom praksom.*

Univerziteti su, prošavši mnoge teškoće, tek krajem srednjeg veka dobili status i pravu organizaciju. **Rektori, dekani i kancelarijusi** bili su na čelu uprave univerziteta. *Birali su ih nastavnici i studenti.* Univerziteti su uživali autonomiju i posebne povlastice. Pomagali su ih i finansirali: *grad, komuna, lokalni vlastodržac, crkvene vlasti i sam vladar.*

Univerziteti su u srednjem veku imali važnu ulogu u društvenim i političkim zbivanjima, naročito u sporovima crkvenih i svetovnih vlasti, te su i Crkva i država želele da na svojoj strani imaju podršku univerziteta. **Univerziteti tog vremena nisu mnogo doprineli razvoju medicinske nauke. Sputavani su snažnim uticajima vlastodržaca, ali su pripremili teren i postali centri budućeg ekspanzivnog razvoja ukupne nauke i kulture.**

Savremeni univerziteti i medicinski fakulteti u svetu i Evropi su nosioci naučne i stručne nadgradnje. Ukupna baština naučne medicine i njenih stručnih veština na početku trećeg milenijuma je javna i dostupna svim državama i svim narodima. Posledično se na svim kontinentima približava i ujednačava delatnost visoko obrazovnih medicinskih institucija.

MEDICINSKI FAKULTETI U SALERNU I MONPELJEU

Vremenski period procvata arapske medicine prati period zastoja medicine u Evropi odnosno zapadnom svetu. Medicina u Evropi tog vremena bila je pod uticajem hrišćanske, odnosno katoličke religije. Takvo stanje u evropskoj medicini trajalo je sve do IX veka, kada se sve menja nabolje osnivanjem, otvaranjem prvih medicinskih fakulteta (univerziteta).

Prva takva škola otvorena je u IX veku u Salernu. Bila je fakultetskog tipa. Salerno se nalazi na raskrsnici puteva istočnog i zapadnog Mediterana i bio je središte uticaja vizantijske, arapske i evropske kulture, ali i medicine onog vremena. Medicinski fakultet u Salernu dostigla je svoj vrhunac u XII veku. U XIII veku dobija i konkurente u Evropi, otvaranjem sličnih škola u Francuskoj i Engleskoj. Lekari školovani u Salernu uživali su vekovima izuzetni ugled, rado su angažovani kao lični lekari crkvenih velikodostojnika i vladara u celoj Evropi.

Medicinski fakultet u Salernu osnovala su četiri lekara različitih nacionalnosti: *Grk Pontinus, Jevrejin Helinus, Saracen Adela i Latin Salernus*. Svaki od njih držao je nastavu na svom jeziku, što je školu internacionalno obeležilo. Ubrzo po početku rada škole u Salernu njome je upravljalo i u njoj radilo deset lekara koji su činili "**collegium Hippocraticum**", sa posebnim povlasticama. *Platu su dobijali za svoj nastavni rad od studenata.* **Po svojoj koncepciji to je bio prvi medicinski fakultet u Evropi.** Svetovni lekari su izvodili nastavu sa studentima. Studenti i lekari poticali su iz svih krajeva sveta. Fakultet je imao posebna utvrđena pravila studiranja.

Razvoj fakulteta u Salernu duguje zahvalnost Konstantinu Afričkom (1024–1087), nazvanom tako jer je rođen u Kartagini u Africi. Veoma učen čovek i hrišćanin, govorio je dobro arapski, i preveo medicinska dela sa arapskog na latinski. Preveo je i Pitagorinu filozofiju, kao i dela njegovih sledbenika. Medicinu je interpretirao u hipokratskom duhu. Konstantin Afrički je mnogo putovao, upoznao antički svet i kao erudita utemeljio kvalitetnu i plodnu nastavnu delatnost u Salernu. Povukao se u starosti u opatiju *Monte Cassino* i prišao kaluđerima benediktinskog reda.

Medicinski fakultet u Salernu izgradio je vlastiti tip obrazovne institucije, pravu novinu zapadnoevropskog sveta i medicinske kulture. Stoga je privlačio studente iz svih krajeva sveta jer je za nastavu angažovao kao profesore najčuvenije lekare onog doba. Napisane su brojne medicinske knjige u Salernu. Mnoga dela pisana u Medicinskoj školi u Salernu pronela su slavu te škole, naročito zbog pisanja u stihovima. Najznačajnije takvo delo je ***Flos medicinae*** ili *Regimen sanitatis saleren itanum*. Ovo delo je kolektivna tvorevina profesora škole i sadržalo je aforizme, pretežno iz higijene i dijetetike. Knjiga je predstavljala srž praktične medicine sve do renesanse. Prevođena je na skoro sve jezike i doživela je oko 300 izdanja.

Medicinski fakultet u Salernu angažovao je za nastavu i žene. One su bile čuvene po znanju i veštini, a posebno po lepoti. Najčuvenija među njima bila je Trotula. Nije utvrđeno da li je bila lekar ili babica, ali je ostavila delo pod nazivom *De passionibus mulierum*. **Trotula**, veoma obrazovana, uživala je ugled i autoritet među studentima koji su je privilegovali imenom **sapiens matrona**.

*Medicinski fakultet u Salernu imao je svoj statut kojim su regulisani nastava i zvanja završenih lekara i apotekara. Statut je određivao i njihova prava i dužnosti. **Prema Statutu, studije su trajale pet godina.** Insistiralo se da se prethodno pre studija, tri godine izučava logika da bi se moglo pristupiti studiranju petogodišnje medicine. **Po završetku studija lekar je bio obavezan da radi godinu dana pod nadzorom iskusnog kolege.** Lekari su imali obavezu da besplatno leče siromašne. Morali su se posebno pridržavati propisa o spravljanju lekova. Praktična nastava iz anatomije podrazumevala je disekciju u prvom redu životinjskih tela, najčešće svinja, a tek od XIII veka i disekcije ljudskih leševa. Nastavnici Medicinskog fakulteta u Salernu u početku su imali zvanje magistar i promovisani su na svečan način. Nastavnici su bili udruženi u posebno telo – **kolegijum**. Imali su obavezu da napišu priručnike za nastavu iako je škola imala veliku stručnu biblioteku.*

Nastava na Medicinskom fakultetu u Salernu bila je po suštini klinička, veoma kvalitetna, sa obeležjima, posebno u početku, različitih uticaja – hipokratsko gledište i galensko izmenjeno poimanje medicine spojeni sa značajnim uticajem arapske medicine.

Slava Medicinskog fakulteta u Salernu je permanento slabila i konačno 1811. godine Napoleon ukida školu dekretom, te njen rad prestaje.

Evropa u periodu od XII do XIV veka dobija veći broj univerziteta, a u sastavu nekih od njih bili su i medicinski fakulteti pretežno sa obeležjem izučavanja sholastičke medicine.

Posle Medicinske škole u Salernu prva i najvažnija osnovana je u Francuskoj u **Monpeljeu**. Bio je to drugi po redu medicinski fakultet u Evropi.

Smatra se da je **Medicinski fakultet u Monpeljeu** osnovan 1220. godine, kada je akt o tome izdao papin legat **biskup Maduelona**. *Medicinski fakultet u Monpeljeu bio je samostalna institucija, nezavistan od klerika. Imao je svoju upravu na čelu sa dekanom.* Dekan je bio najstariji profesor. Bio je to univerzitet na kome se odvijala samo medicinska nastava. Nastavio je u početku tradiciju salernske škole, pod snažnim uticajem jevrejske i arapske medicine. Podržavao je hipokratski medicinski duh čvrsto, ostajući privržen **galenizmu i arabizmu**.

Tokom srednjeg veka obrazovao je Medicinski fakultet u Monpeljeu autentične nastavnike i postao pravi rasadnik medicinske misli visokog nivoa, te su pape i kraljevi rado u službu primali lekare koji su završili studije medicine u Monpeljeu. Medicinski fakultet u Monpeljeu se razvijao brzo i postao značajan i pravi takmac Medicinskom fakultetu u Salernu. Dugo je ostao prva i najuticajnija visoka medicinska škola Evrope.

Medicinski fakultet u Monpeljeu radi pravnog regulisanja statusa fakulteta imao je **konradski Statut** čiji je prvobitni oblik zadržan do XVIII veka. Naziv mu potiče od imena Konrada, biskupa iz Porta, koji je dobio nalog od ondašnjeg pape da ga izradi. Administraciju je vodio kancelar, koga je imenovao u početku nadležni biskup, a kasnije je biran od nastavnika iz redova fakulteta. Broj nastavnika nije bio veliki, u XIV veku postojala su samo četiri profesora koja je plaćao vladar, a pomagali su ih lokalni vlastodršci. Nastavnici su birali dva *prokuratora* koji su vodili nadzor i brigu o fakultetu. Profesori i studenti su činili poseban skup *ensemble des professeurs et des élèves*, čime su štitili svoje interese.

Unapređenju medicine i širenju reputacije ove medicinske škole izvan Monpeljea, su doprinos davale lokalne vlasti i vlastodršci pomažući materijalno najčuvenije lekare i studente, koji su u Monpelje došli iz drugih zemalja da rade i studiraju. **Nastava na Medicinskom fakultetu u Monpeljeu trajala je pet godina, a praksa više meseci.** To je bio propisani mi-

nimum za sticanje stručnih kvalifikacija. *Posle tri godine nastave student je polagao ispit tako što je svaki profesor postavljao pitanja.* Student je posle tog ispita sticao stepen zvanja **bakalaureat**. Značaj i vrednost ovog zvanja nisu jasni, jer se vezuju za početak rada fakulteta u Monpeljeu. Student je bio obavezan da sledeće dve godine provede na praktičnom radu i sticao je zvanje **magistra**. Na početku su ova dva stečena zvanja bila dovoljna za vršenje lekarske prakse. Kasnije je kao uslov uveden i treći stepen zvanja – **licencijat**, koji je krajem srednjeg veka bio obavezan da bi se obavljala lekarska profesija. Postojala je i titula **doktora**, sticana posle pohađanja kursa zvanog *triduane* i odbrane rada, što je trajalo najmanje po jedan sat, tri uzastopna dana.

Promociju u zvanje doktora sprovodili su profesori u prisustvu biskupa, svečano. Ta promocija zadržala se do Francuske revolucije 1789. godine. Kasnije je ovu titulu doktora dodeljivao čuvar privilegija škole, a biskup je samo formalno prisustvovao tom činu. Značajno je osnivanje *College des Douze Mediciens* 1369. godine za 12 siromašnih studenata, koji su imali besplatan smeštaj, **što je bio prvi koledž u istoriji**. Koledž je tako postao i mesto gde se odvijala nastava.

Univerziteti i medicinski fakulteti u zemljama Evrope osnivani su od XIII veka. **Najpre je osnovan Medicinski fakultet u Parizu** 1280. godine. **Univerzitet u Bolonji** osnovan je u XII veku kao škola za pravne nauke, a tek u XIII veku na njemu se počinje izučavati medicina. **Univerzitet u Padovi** osnovan je 1228. godine i dugo je bio naizmenično pod vlašću Austrije i Italijanske republike.

Univerziteti sa medicinskim fakultetima su osnivani redom u **Engleskoj – Oksford** 1214. godine, **Kembridž** 1229. godine, u **Češkoj – Prag** 1348. godine, u **Austriji – Beč** 1365. godine, u **Nemačkoj – Hajdelberg** 1369. godine.

Svaki od navedenih Medicinskih fakulteta ostvario je svoje specifične oblike nastave. Obeležje i specifičnost svakom od ovih medicinskih fakulteta davali su pre svega najčuveniji profesori tih fakulteta. Karakteristike tih fakulteta diktirala je i nastava izvođena na tradiciji prvih medicinskih fakulteta u Salernu i Monpeljeu.

DANAŠNJA ORGANIZACIJA OBRAZOVANJA NA MEDICINSKIM FAKULTETIMA U SRBIJI

Na teritoriji Republike Srbije danas postoje sledeći Medicinski fakulteti u okviru Univerziteta kojima je titular Vlada Republike Srbije:

- Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu;
- Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu;
- Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu;
- Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevac;
- Medicinski fakultet Univerziteta u Prištini sa sedištem u Kosovskoj Mitrovici.

Studente su upisali i započeli nastavu osnovnih studija medicine nekoliko tek otvorenih privatnih Medicinskih fakulteta na teritoriji Republike Srbije. Studiranje medicine na privatnim fakultetima je skorijeg datuma a organizovano dvosemestralno i trosemestralno tokom

jedne kalendarske godine. Pošto ni na jednom od ovih fakulteta do danas nema diplomiranih lekara, nema organizovanih post diplomskih studija, specijalističkih studija, niti doktorskih studija nećemo ni govoriti o njihovim principima studiranja.

Na državne Medicinske fakultete u Srbiji prema Zakonu može se upisati lice koje ima završenu Gimnaziju ili neku drugu srednju školu u četvorogodišnjem trajanju. Konkursati za upis u I godinu mogu i strani državljani, na srpskom jeziku ili u odeljenju sa nastavom na engleskom jeziku, pod istim uslovima kao i građani Republike Srbije. Upis na I godinu studija mogu ostvariti i lica koja su završila višu ili visoku školu. Broj studenata na svakom od Medicinskih fakulteta utvrđuje Ministarstvo prosvete a na predlog fakulteta uz saglasnost odnosno Univerziteta. Ministarstvo utvrđuje broj studenata čije se studiranje finansira iz budžeta, kao i broj studenata koji sami plaćaju troškove studiranja po ceni utvrđenoj za svaki od medicinskih fakulteta posebno.

Zainteresovani za studiranje na Medicinskom fakultetu u propisanom roku konkurišu podnošenjem potrebnih dokumenata i svi polažu kvalifikacioni ispit na svim fakultetima u zemlji istog dana, u isto vreme i rešavaju iste testove. Konkursna komisija na svakom fakultetu imenovana od Nastavno naučnog veća tog fakulteta pravi rang listu kandidata i utvrđuje redosled prema postignutim rezultatima i objavljuje ga na Internet sajtu i oglasnoj tabli Dekanata. Za primljene kandidate određuje se dan upisa i na fakultetu se formira individualni dosije, a upisanom studentu uručuje od dekana potpisana upisnica – index. Student tada upisuje I semestar studija (studiranje medicine u našoj zemlji traje 12 semestara – 2 semestra u kalendarskoj godini) i na dalje ostvaruje prava i preuzima obaveze propisane Statutom fakulteta. Status studenta Medicinskog fakulteta stiču i studenti koji pređu sa drugog fakulteta ili odseka a ispunjavaju Zakonom i Statutom odnosnog fakulteta predviđene uslove.

Studenti upisani na I godinu studija Medicinskog fakulteta stiču pravo i obavezu da pohađaju praktičnu i teoretsku nastavu za svaki predmet po Statutom fakulteta predviđenom fondu školskih časova u semestru. Studenti imaju pravo i obavezni su da učestvuju i u svim drugim oblicima obrazovnog procesa predviđenih Statutom. Svi oblici obrazovnog procesa obavezni su za svakog studenta. Ostvareno pravo i ispunjenu obavezu u semestru potpisom overava predmetni nastavnik u index studenta a uprava fakulteta se saglašava službeno pečatom i potpisom. Ovim je student stekao pravo da polaže ispit iz tog predmeta.

Vrste i nivo studija medicine po Zakonu iz 2005. godine u našoj zemlji se ostvaruje kroz osnovne strukovne studije na osnovu odobrenih – akreditovanih studijskih programa za sticanje visokog obrazovanja.

- Svaki predmet iz strukovnog studijskog programa iskazuje se brojem **ESPB bodova** (*evropski sistem prenosa bodova*), a obim studija izražava se zbirom ESPB bodova.
- *Zbir od 60 ESPB bodova* odgovara prosečnom ukupnom angažovanju studenta u obimu 40 časovne radne nedelje tokom jedne školske godine.
- Ukupno angažovanje studenta sastoji se od aktivne nastave (predavanja, vežbe, seminari i dr.), samostalnog rada, kolokvijuma, ispita i drugih vidova angažovanja.
- Ukupni broj časova aktivne nastave ne može biti manji od 600 časova tokom školske godine.
- *Osnovne strukovne studije imaju 180 ESPB bodova.*

Nastavno osoblje Medicinskog fakulteta su: nastavnici, saradnici u nastavi i istraživači.

Nenastavno osoblje Medicinskog fakulteta čine lica koja obavljaju stručne, administrativne i tehničke poslove.

Zvanja nastavnika Medicinskog fakulteta su: predavač, profesor strukovnih studija, docent, vanredni profesor i redovni profesor. Nastavnici u zvanju predavača ili profesora strukovnih – osnovnih medicinskih studija mogu da izvode nastavu samo na osnovnim studijama medicine. Nastavnici u zvanju docenta, vanrednog profesora i redovnog profesora mogu da izvode nastavu na svim nivoima studija na Medicinskom fakultetu (poslediplomske, specijalističke, doktorske i dr. studije).

Organi medicinskog fakulteta kao visokoškolske ustanove uređeni su Statutom u skladu sa Zakonom. Medicinski fakultet ima:

1. **Organ upravljanja ili Savet** sa neparnim brojem članova sa mandatom od 3 godine a njihov izbor, razrešenje, način rada i odlučivanja uređen je Statutom odnosno Medicinskog fakulteta. Najmanji broj članova Saveta po Zakonu je 17 i čine ga predstavnici tog fakulteta, studenti i predstavnici osnivača. Predsednik Saveta je nastavnik, predstavnik tog fakulteta.
2. **Organ poslovođenja** Medicinskog fakulteta je dekan, bira se iz reda nastavnika tog fakulteta u redovnom radnom odnosu sa punim radnim vremenom, sa mandatom od 3 godine sa mogućnošću još jednog ponovnog izbora.
3. **Stručni organ** Medicinskog fakulteta je Nastavno–naučno veće i odlučuje o pitanjima od interesa za realizaciju nastave svih vidova studija, naučnog i istraživačkog rada.
4. **Studentski parlament** je organ Medicinskog fakulteta sa mandatom od godinu dana i bira se iz reda studenata tog fakulteta upisanih na studije u tekućoj školskoj godini. Izbor članova studentskog parlamenta održava se svake godine u aprilu, tajnim i neposrednim glasanjem. Studentski parlament bira i razrešava predstavnike studenata u organima Medicinskog fakulteta u cilju zaštite prava i ostvarivanja interesa studenata u skladu sa Statutom.

Prava studenta Medicinskog fakulteta su:

1. na upis, kvalitetno školovanje i objektivno ocenjivanje;
2. na blagovremeno i tačno informisanje o svim pitanjima koja se odnose na studije;
3. na aktivno učestvovanje u donošenju odluka u skladu sa Zakonom;
4. na samoorganizovanje i izražavanje sopstvenog mišljenja;
5. na povlastice koje proizilaze iz statusa studenta;
6. na podjednako kvalitetne uslove studija za sve studente;
7. na obrazovanje na jeziku nacionalne manjine u skladu sa Zakonom;
8. na različitost i zaštitu od diskriminacije;
9. da bira i da bude biran u studentski parlament i druge organe Medicinskog fakulteta.

Obaveze studenta Medicinskog fakulteta su:

1. pohađanje nastave i obavljanje predispitnih obaveza;
2. poštovanje opštih akata Medicinskog fakulteta;
3. poštovanje prava zaposlenih na Medicinskom fakultetu i drugih studenata;
4. učestvovanje u donošenju odluka u skladu sa Zakonom;
5. student ima pravo na žalbu ukoliko nađe da je prekršena neka obaveza iz Statuta.

Ispit i ocenjivanje na Medicinskom fakultetu.

- Uspešnost studenta u savlađivanju propisanog gradiva za svaki predmet pojedinačno se prati tokom nastave i izražava poenima.
- Ispunjavanjem predispitnih obaveza i polaganjem ispita student može dobiti najviše 100 poena.
- Studijskim programom utvrđuje se srazmera poena stečenih u predispitnim obavezama i na ispitu pri čemu predispitne obaveze učestvuju sa najmanje 30 a najviše 70 poena.
- Ispit je jedinstven i polaže se usmeno, pismeno i praktično.
- Ispit se polaže u sedištu i objektima Medicinskog fakulteta.
- Student polaže ispit neposredno po okončanju nastave iz tog predmeta. Ispitni rokovi su januarski, aprilski, junski, septembarski i oktobarski.
- Ukoliko student ne položi ispit ima pravo da polaže još 2 puta u toku iste školske godine.
- Izuzetno student kome je preostao 1 nepoložen ispit iz studijskog programa upisane godine ima pravo da taj ispit polaže u naknadnom ispitnom roku do početka naredne školske godine.
- Student sa hendikepom ima pravo da polaže ispit na način prilagođen njegovim mogućnostima a u skladu sa Statutom Medicinskog fakulteta.
- Uspeh studenta na ispitu izražava se ocenom 5 (nije položio) do 10.
- Student ima pravo da dekanu Medicinskog fakulteta podnese prigovor nezadovoljan dobijenom ocenom ako smatra da ispit nije obavljen u skladu sa Zakonom ili Statutom u roku od 36 sati od dobijanja ocene. Odluku o prigovoru student mora dobiti u roku od 24 sata nakon podnošnja prigovora, a ukoliko je prigovor usvojen student ponovo polaže ispit u roku od 3 dana od dana prijema odluke o prigovoru.

Vrste i nivoi studija na Medicinskom fakultetu su:

- strukovne – osnovne studije medicine za sticanje visokog obrazovanja i zvanja **doktor medicine** (za Stomatološki fakultet – **doktor stomatologije**). Ovo su studije I stepena;
- studije II stepena su diplomatske studije – master;
- specijalističke strukovne studije i
- studije III stepen su doktorske studije.

Specijalističke studije posle obavljenog četvorogodišnjeg ili petogodišnjeg praktičnog rada u referentnoj instituciji i odslužane obavezne dvosemestralne nastave se finalizuju pisanim specijalističkim radom i završnim specijalističkim ispitom pred komisijom. Položenim ispitom stiče se **licenca** – zvanje specijaliste date medicinske discipline.

Doktorske studije na Medicinskom fakultetu su organizovane u trajanju od 3 godine za studente čija je prosečna ocena na osnovnim studijama preko 9. Doktorant samostalno postavlja naučno-istraživački projekat odobren od Nastavno-naučnog veća Medicinskog fakulteta odnosno Univerziteta pod mentorstvom od Nastavno-naučnog veća imenovanog u naučnoj oblasti kompetentnog profesora. Završena doktorska disertacija se daje na uvid javnosti u Statutom propisanom vremenu i nakon toga javno brani pred komisijom. Uspešno odbranjena doktorska disertacija daje pravo kandidatu na javnu promociju od strane rektora u naučno zvanje doktora medicinskih nauka.

PRINCIPI I NAČELA U OBRAZOVNOJ SPIRALI LEKARA

Zdravstvena zaštita na početku trećeg milenijuma univerzalna za civilizaciju i svaku državnu zajednicu posebno delatnost je od izuzetnog značaja. Da bi se ostvarila ovako zahtevna zdravstvena zaštita, potrebno je ujednačiti edukaciju zdravstvenih radnika, posebno studenata, tj. budućih lekara. Ostvarenje ovog cilja moguće je samo kroz edukaciju na "kompetentnom univerzitetu, odnosno kompetentnom medicinskom fakultetu", što je po definiciji savremeni univerzitet, tj. savremeni medicinski fakultet.

Svetsko medicinsko udruženje se bavi savremenom edukacijom lekara insistirajući na maksimalno kvalitetnom edukativnom sistemu u svim zemljama sveta. Deklaracijama o medicinskoj edukaciji usvojenim u Madridu 1987. godine i Malti 1991. godine to se i uređuje.

Preambula

Medicinska edukacija je neprekidni proces učenja koji počinje prijemom na medicinski fakultet i završava se odlaskom u penziju i/ili povlačenjem iz aktivne prakse. Zbog toga je ona primarna obaveza svih nacionalnih medicinskih udruženja i Svetskog medicinskog udruženja.

Principi medicinske edukacije

- Osnovni princip medicinske edukacije uključuje edukaciju za sticanje prvog stručnog i akademskog stepena; kliničku edukaciju kao pripremu za praksu opšte medicine ili za sticanje zvanja specijaliste; kontinuiranu edukaciju tokom radnog života svakog lekara (praktičara, istraživača, naučnika i profesora).
- Izbor studenata medicine treba da obavlja na osnovu intelektualnih sposobnosti, prethodnog obrazovanja, motivacije i kvaliteta ličnosti. Broj upisanih studenata ne treba da bude veći od uslova obezbeđenih za kvalitetnu edukaciju, usklađeno sa potrebama zdravstvene zaštite populacije date zemlje. Na izbor studenata ne treba da utiču godine, pol, rasa, vera, nacionalno poreklo i političko ubeđenje.
- Od studenta medicine očekuje se da kontinuirano teži usvajanju znanja i praktičnih veština na nivou nastavnih programa fakulteta za svaki nastavni predmet. Očekuje se i podsticajna uloga nastavnika i studentskih udruženja usmerena na svakog studenta tokom usavršavanja.
- Nastavno osoblje medicinskog fakulteta mora da poseduje odgovarajuće akademske kvalifikacije. Izbor nastavnog osoblja treba da se vrši na kvalifikovanom kvalitetu pojedinca bez obzira na godine, pol, rasu, veru, nacionalno poreklo i političko ubeđenje.
- Cilj medicinske edukacije (edukacije lekara) treba da bude stvaranje kompetentnih i moralnih lekara, sposobnih za najkvalitetniju moguću ulogu u odnosu lekar – pacijent – zajednica.
- Kompetencija savremenog lekara podrazumeva znanje, veštinu, ponašanje i etiku da bi mogao realizovati preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu za pacijente i zajednicu.

Etički aspekti vrednosti i aspekti etičkih problema procesa obrazovanja lekara su u suštini odnos nastavnika – student medicine. *Odnos nastavnika – student medicine ima niz elemenata, od strukturnih, opštih, bitnih, obavezujućih i ličnih, obostrano interakcijskih i recipročnih, do sinhronih.* Najnovija svetska istraživanja bave se relevantnim elementima odnosa na-

stavnik – student, pojedinačno za oba faktora. Klasični etički principi obrazovanja lekara odnose se na osobine i kvalitet nastavnika i studenta, kao posebnih činilaca stvaranja budućeg lekara.

Primarni subjekt obrazovanja lekara na medicinskom fakultetu je nastavnik, te ga moraju odlikovati sledeći etički kvaliteti:

1. *posvećenost nastavnom pozivu;*
2. *permanentna spremnost da stiče nova znanja, odnosno da se samoedukuje;*
3. *spremnost da koriguje svoja prethodna znanja i način nastavnog rada;*
4. *shvatanje značaja edukacije u kontekstu ukupnog društvenog razvoja u svojoj zemlji;*
5. *prihvatanje novih metodoloških principa i težnja inoviranju;*
6. *iskazivanje poštovanja prema kolegama nastavnicima i ličnosti svakog studenta.*

Student, kao vrednosno drugi element u obrazovnom procesu lekara neophodno je:

1. *da je opredeljen za aktivno učešće u procesu svoje edukacije;*
2. *da prihvata predmetnog nastavnika kao koordinatora, a ne kao jednostavni izvor informacija;*
3. *da je spreman na permanentnu korekciju svojih prethodnih stavova;*
4. *da je permanentno spreman da prihvati korekcije ličnih stavova pod sugestijom svojih kolega studenata;*
5. *da poštuje ličnost svakog pojedinačnog nastavnika tokom studiranja i*
6. *da je korektan prema svima na fakultetu.*

Uspešnost procesa edukacije studenata medicine time i kvalitet budućih lekara primarno zavise od nastavnika. Podrazumevajući segmenti kvaliteta nastavnika i nastave na medicinskom fakultetu su: 1. planiranje, 2. komunikacija, 3. priprema i organizacija praktičnog rada, 4. savetovanje, 5. ocenjivanje i ispitivanje, 6. kontinuirano samoobrazovanje.

1. **PLANIRANJE** podrazumeva da nastavnik donese plan čitavog procesa nastave u okviru svog nastavnog predmeta. Plan nastave mora imati svoj logičan raspored, prikazane izabrane nastavne metode, predviđene procedure ispita. Studenti treba da prihvate takav plan pošto budu prethodno o njemu informisani.

2. **KOMUNICIRANJE** nastavnika sa studentima je naročito bitno. Nastavnik preko komunikacije sa studentima mora permanentno da preispituje i prilagođava način svog izlaganja i tumačenja materije prema kvalitetu svake grupe studenata i pojedinaca u njoj, poštujući i predloge, pa i primedbe studenata.

3. **PRIPREMA I ORGANIZACIJA PRAKTIČNOG RADA** je poseban zahtev u nastavi i obrazovanju studenata medicine u pretkliničkim nastavnim predmetima, ali i kasnije u završnim godinama. Nastavnik mora da prati moderne načine prenošenja znanja na studente, koristeći pomoćna sredstva, slajdove, sheme, medicinske obrasce (istorije bolesti, karton bolesnika itd.).

4. **SAVETOVANJE** treba da se bazira na permanentnom pružanju informacija i saveta studentima da bi lakše razumeli materiju i usvojili znanja. Nastavnik treba nedvosmisleno da pokaže studentima da mu je veoma stalo do njihovog uspeha.

5. **OCENJIVANJE I ISPITIVANJE** su sigurni i osnovni parametri evaluacije uspešnosti sprovedene edukacije. Nastavnik treba da formuliše ispitno pitanje tako da student ima priliku

da iskaže na svoj način u kojoj meri je ovladao materijom. Nastavnik treba u toku ispita da pomogne studentu potpitanjima i ispravkama. Ocenjivanje studentovog usvojenog znanja kao dovoljnog treba da je na nivou uspešnog budućeg obavljanja lekarskog poziva.

6. KONTINUIRANO SAMOOBRAZOVANJE nastavnika je permanentna potreba, obaveza i uslov.

Obaveza je nastavnika i studenta da se pridržavaju sledeće edukacione spirale.

A) DEFINICIJA CILJEVA EDUKACIJE. Definisane opštih i specifičnih ciljeva edukacije studenata medicine je prvi stadijum edukacione spirale. Ciljevi edukacije za studenta medicine moraju odražavati potrebe zajednice za nivoom zdravstvene zaštite u kojoj fakultet egzistira. Nastavnik odgovara za instaliranje i realizaciju ciljeva edukacije za svoj predmet.

B) PRIPREMA PROGRAMA EDUKACIJE. Naročito je važna u edukacionoj spirali. Savremeno pripremljeni planovi edukacije i edukacija izvedena po njima osiguravaju sticanje adekvatne kompetentnosti tokom studija.

C) PLANIRANJE SISTEMA EVALUACIJE. Evaluacija je druga faza edukacione spirale. Mora biti kontinuirana i realizuju je nastavnici sa studentima. Nastavnik mora poštovati principe i elemente etičkog prilaza problemu evaluacije, odnosno mora dozvoliti da svaki student do maksimuma razvije svoje individualne potencijale. Pri evaluaciji student treba da bude doveden u poziciju da razume značaj evaluacije i svoj lični značaj kroz mogućnost da doprinese razvoju društva u celini. Jedino takva evaluacija ima vrednost.

D) REALIZACIJA EVALUACIJE. Nastavnik bira najadekvatniji metod. Realizacija evaluacije je i konačna ocena relacije nastavnik – student.

Tehnika realizacija evaluacije može se odvijati na sledeće načine.

Usmeni ispit uz praktični ispit i testove je način ocene usvojenog studentovog znanja.

– *Usmeni ispit* ima prednost nad testom zbog direktnog kontakta nastavnika i studenta, uz mogućnosti prisustva drugog nastavnika, kao i drugih studenata.

– *Praktični ispit* ima prednosti u evaluaciji usvojenog znanja, jer se odvija u ambijentu institutske vežbaonice, zdravstvene institucije, bolnice, poliklinike, prijemnog odeljenja itd.

– *Test* kao metod evaluacije znanja danas se smatra najobjektivnijim načinom utvrđivanja usvojenog znanja tokom studiranja datog predmeta. Prednosti testova su i mogućnost da se u kratkom vremenu proveriti znanje većeg broja studenata, a kvalitet ovog metoda ispitivanja oslonjen je na veštinu sastavljanja pitanja koja treba da relevantno obuhvate materiju obrađenu tokom nastave. Najbolje je da testove priprema grupa nastavnika i da ih iz godine u godinu modifikuje, primenjuje nove modele ili dotadašnje osavremenjuje.

Etičko pedagoška permanentna procena vrednosti procesa obrazovanja na medicinskom fakultetu treba da se zasniva na stalnoj analizi novih stručnih i naučnih stavova u sprovođenju nastave, njenom planiranju i evaluaciji znanja.

BOLONJSKA DEKLARACIJA

Evropska zona visokog obrazovanja je u Bolonji 19. juna 1999. godine na sastanku evropskih ministara obrazovanja donela zajedničko saopštenje, tj. **Bolonjsku deklaraciju**. Bolonjska deklaracija proistekla je iz poštovanja prihvaćene konvencije o priznavanju kvalifikacija iz oblasti visokog obrazovanja u Evropi donete u Lisabonu 11. aprila 1997. godine. Zahvaljujući poboljšanju visokoobrazovnog sistema u evropskim zemljama, nastala je potreba donošenja Bolonjske deklaracije u Evropskoj zajednici. Evropa znanja je prihvaćen i nezamenljivi faktor društvenog razvoja i napretka građana Evrope. Funkcionisanje Evropske zajednice stvorilo je potrebu unapređenja mobilnosti građana Evrope i zapošljavanja pod istim uslovima visokoobrazovanih kadrova.

Institucije visokog obrazovanja u državama Evropske zajednice deklaracijom su prihvatile ujednačenje obrazovnih programa visokoškolskih institucija – univerziteta. Vlade država Evropske zajednice (ministri obrazovanja) shvatajući jedini put afirmacije savremenih dostignuća potpisale su deklaraciju o autonomiji i nezavisnosti univerziteta kao put obezbeđivanja kontinuiranog prilagođavanja visokog obrazovanja i istraživačkog sistema promenljivim potrebama globalnog razvoja evropske civilizacije XXI veka. Bolonjskom deklaracijom uspostavljen je sistem kredita po ECTS sistemu kao garant unapređenja najšire moguće mobilnosti visokoobrazovanih građana Evrope. Prihvaćena deklaracija je fundament unapređenja evropske saradnje u oblasti potvrda o kvalitetu i cilju razvoja komparabilnih kriterijuma i metodologija.

Vlada naše zemlje usklađena sa realnim ambicijama afirmacije našeg naroda u okviru evropske porodice prihvatila je i ugradila u naš Zakon o visokom obrazovanju sva načela propisana Bolonjskom deklaracijom. Zakon o visokom obrazovanju izglasavanjem je verifikovala Skupština Republike Srbije 10. septembra 2005. godine. Medicinski fakulteti naših državnih univerziteta su tokom 2006. godine uskladili svoje statute u duhu programa Bolonjske deklaracije. Usvojeni su i prilagođeni nastavni programi za studente prve godine studija prema programima Bolonjske deklaracije.

Poglavlje V STOMATOLOGIJA

NASTANAK STOMATOLOGIJE

Etimološko poreklo termina stomatologija je od grčkih reči *stóma* (usta, ušće, ustašca) i *lógia* (nauka). Stomatologija je nauka o oboljenjima zuba i usne duplje.

Stomatologija je medicinska disciplina koja se bavi očuvanjem funkcije i korektnog poželjnog izgleda usne šupljine i njenih organa pojedinačno (zuba, jezika, sluzokože, ždrela, nepca). Stomatologija proučava oboljenja usne duplje i njenih organa, dijagnostikom patoloških stanja i lečenjem. Stomatologija kao medicinska disciplina primarno se bavi negovanjem i prevencijom zuba, kao i lečenjem bolesti i korigovanjem malformacija zuba.

Stomatologija sa aspekta današnjeg razumevanja nauka nije samostalna nauka u pravom smislu te reči, već praktična primena brojnih saznanja u oblasti savremene naučne medicine i usvojenih veština u ukupnoj medicini, a posebno u oblasti zubne medicine. Savremena stomatologija nastala je krajem XIX veka. Stomatologija je do pre jednog veka definisana kao odontologija jer se bavila samo zubima, a od tada i bolestima i promenama u celoj usnoj šupljini. Stomatologija danas proučava bolesti zuba, vilica, tkiva usta i paradoncijuma. Stomatologija se kao i sve medicinske discipline bavi prevencijom, lečenjem i rehabilitacijom.

RAZVOJ STOMATOLOGIJE

Savremena stomatologija je značajna društvena delatnost jer je od velikog socijalnog i ekonomskog, a ne samo naučnog i praktičnog značaja. Istorija stomatologije kao posebne medicinske discipline je kratka, nešto više od jednog veka. Međutim, istorijski razvoj stomatologije kroz istoriju zubne medicine seže u preistoriju. Sa pojavom naučne medicine uporedo i unutar nje razvijala se i odontologija – nauka o zubima ili zubno lekarstvo. Etimološki odontologija je termin od grčkih reči *odús*, *odontos* (zub) i *lógija* (nauka). Stomatologija se od odontologije izdvojila i profilisala u posebnu medicinsku disciplinu krajem XIX veka.

Čovek primitivne ljudske zajednice bavio se i lečenjem bolesti i povreda zuba, organa i tkiva usne duplje. Čovek prvobitne zajednice cenio je i lepotu, posebno lepotu svojih zuba o čemu postoje i dokazi. Bavio se osmišljenom i namernom negom zuba i njihovim ulepšavanjem. Stomatološko lečenje je bilo najpre magijsko-medicinsko, empirijsko-medicinsko do naučno-medicinskog danas. Poslom stomatologa bavili su se sveštenici i vračevi u vreme magijske medicine; lekari, šarlatani i vračare u periodu empirijske medicine.

ISTORIJAT ZUBNE MEDICINE

Pojavom čoveka kao umnog bića u paleolitu u mustijerinskoj epohi javila se unutar medicine i zubna medicina. Preistorijski čovek prema savremenim naučnim dokazima bolovao je od bolesti zuba i doživljavao povređivanja zuba kao i čovek našeg vremena, samo su različito bila raširena i izražena pojedina oboljenja. Naš predak pre više milenijuma imao je prema paleontološkim nalazima veće i jače zube i ređe je obolevao od karijesa, a češće od parodontopatije – živeo je kraće. Paleolitski čovek ređe je bolovao od karijesa, o čemu postoje dokazi na pronađenim vilicama sa zubima starim oko 500.000 godina. Karijes zuba u tom vremenu bio je zastupljen sa 3%, značajno manje nego danas. Niska učestalost karijesa je bila sve do mlađeg kamenog doba kada se značajno povećava incidencija zubnog karijesa. Istraživači su dokazali da je zubni karijes učestalija pojava sa napretkom civilizacije ali je i pračovek sigurno patio od zubobolje i brojnih zubnih anomalija. Utvrđena je učestala abrazija zuba čoveka u prvobitnoj zajednici kao posledica upotrebe veoma čvrste hrane. Utvrđeno je posebno učestalo trošenje čvrste zubne supstance do kavuma zubne pulpe sa pratećim periapikalnim procesom i fistulama u maksili na vrhovima zubnih korenova.

Parodontopatije su bile učestalije od karijesa kod čoveka preistorijskog doba, a rasklasceni zubi su značili gubitak snage i predskazivali su blisku smrt. Pronađeni i izučeni fosilni ostaci vilica preistorijskog čoveka dokazuju učestalost brojnih nepravilnosti zuba, uskost vilica i prekobrojnost zuba.

Zub je najtvrdi deo ljudskog i životinjskog tela. Očuvao se fosilno stotine hiljada godina, pa paleontološkim izučavanjem zuba nauka stiče saznanja o evolucionom razvoju životinjskih vrsta i *homo sapiensa*. Zub se s razlogom može smatrati izvorom izučavanja antropogeneze sve do savremenog čoveka. Pisani izvori ne postoje, ali ostaci sačuvanih zuba i vilica naučnicima omogućavaju da rekonstruišu kulturne obrasce života preistorijskog čoveka. Ljudi primitivne prvobitne zajednice pridavali su veliki značaj zubima. Ovo potvrđuju sačuvane brojne legende iz kasnijeg perioda. Primer je legenda o drevnom angolskog kralju Jagu, koga je nasledio čovek koji je posedovao kutiju sa zubima umrlog kralja. Zubima je pridavan magijski i mističan značaj te se u supkulturama primitivnih ljudskih zajednica smatralo da onaj koji poseduje zub neke osobe automatski ima moć da mu nanese svako zlo, pa ma koliko bio udaljen od njega. Dokaz su ritualni običaji urođenika Australije da vade sekutiće (prednje zube) i sakrivaju ih da ih niko ne može pronaći i zlonamerno upotrebiti. Postoje i dokazi da je još preistorijski čovek posvećivao veliku pažnju negovanju zuba koristeći namenski napravljene štapiće za održavanje zubne higijene. Čovek tog vremena je pridajući bitnu važnost zubima ulepšavao svoje lice oštreci sekutiće da bi se dopao ženama jer je to bio dokaz muškosti i snage (imitacije zverinje čeljusti).

Istorijski razvoj zubne medicine izučava se kao zubna medicina prenaučnog perioda, zubna medicina starog veka, srednjeg veka, zubna medicina renesanse, zubna medicina novog doba i zubna medicina – stomatologija XX veka.

ZUBNA MEDICINA PRENAUČNOG PERIODA

Preistorijski čovek je upotrebom smišljeno napravljene prve alatke ostvario i prvi proizvod i unutar gensa participirao ličnim doprinosom. Ovim je i započela istorija društvenih odnosa, istina primitivnog i jednostavnog nivoa. Razvoj ljudskog saznanja uticao je na utvrđivanje normi unutar prvobitnog gensa i nametanje određenih ponašanja u interpersonalnim odnosima sa srodnicima. Nastala je u suštini socio-kulturna zajednica.

Preistorijska kultura se u nauci deli na period divljaštva i varvarstva i stepenuje na niži, srednji i viši stepen razvitka unutar trajanja perioda divljaštva i trajanja istorijskog perioda varvarstva. Shodno razvoju ljudske svesti u zajednici, shvatanje i tumačenje bolesti i razloga njenog nastanka bilo je različito i trpelo transformacije. Magijsko zubno medicinsko razumevanje obolevanja zuba sa animističkim tumačenjem bilo je najraniji oblik zubne medicine. Desetinama milenijuma kasnije razvila se empirijska zubna medicina, sve do prvih saznanja i tumačenja dokazivim istinitim putem, što ima elemente naučnosti i istorijski se dogodilo u starom veku ljudske civilizacije.

ZUBNA MEDICINA STAROG VEKA

Starom veku pripadale su civilizacije u prošlosti od pre oko 5.000 godina pa do perioda koji istorija označava kao srednji vek. Postojale su brojne civilizacije u starom veku. Izučeno je njihovo društveno i državno uređenje, kao i njihova zubna medicina.

Zubna medicina Vavilona i Asirije

Vavilonci i Asirci ostvarili su visoko civilizovanu državnu organizaciju u periodu od 3.000 godina pre nove ere. Njihova kultura trajala je skoro dve i po hiljade godina.

Ostali su nam sačuvani vrlo bogati pisani istorijski izvori o veoma razvijenoj zubnoj medicini Vavilonaca i Asiraca. Oni su demonistički tumačili nastanak bolesti zuba. Karies je izazivao demon u obliku crva i isterivao se (lečio) samo uz pomoć boga Ea, najvećeg neprijatelja crva. Lečenje je podrazumevalo najpre molitvu bogu Ea koja se ponavljala tri puta. Postoje pisani izvori da su Asirci i Vavilonci protiv zubobolje koristili i prah koji su stavljali na otkrivenu pulpu. Poznavali su i anatomiju vilice i zuba (izučavana je na životinjama). Na pisanim dokumentima često su upotrebljavali termine zubi, alveola, zubni niz, desni, koren zuba itd. Hamurabijev zakon je predviđao: "Ako se jednom čoveku koji je tebi ravan izbije zub, onda će se i tebi izbiti". Ili: "Ko izbije zub jednom slobodnjaku, treba da plati pola srebrnjaka". Pisani izvori Vavilonaca i Asiraca govore o tome da su dobro razlikovali zubni karijes, dijagnostikovali rasklaćenost, ispadanje i vađenje zuba. U jednom protumačenom dokumentu govori se o dentoalveolarnom apscesu koji je zahtevao inciziju kao terapijski oblik intervencije.

Zubna medicina starog Egipta

Civilizacija starog Egipta nastala je pet hiljada godina pre nove ere i trajala do 526. godine pre nove ere, kada je egipatski narod izgubio državu i samostalnost padom pod persijske careve. Kulturu, medicinu i zubnu medicinu starog Egipta upoznali smo zahvaljujući sačuvanim mumijama, slikama, statuama i brojnim pisanim dokumentima i knjigama na raznim predmetima – glinenim pločicama i papirusu. Stari Egipćani su imali veoma razvijenu medicinu i brojne lekare. Postojali su specijalisti, recimo, za glavu, oči, trbuh, unutrašnje bolesti i zube. Sačuvana su brojna dokumenta koja svedoče da je zubna medicina u starih Egipćana postojala kao nezavisna specijalnost i bila vrlo razvijena. Sačuvani su i verodostojni dokazi da su se i egipatski zubni lekari bavili i protetikom. Gradili su zubne proteze. U grobu Gizeh nađena je proteza iz dve i po hiljadite godine pre nove ere (najstarije poznato pomagalo te vrste). Sačuvani su i zubi povezani zlatnom žicom, verovatno kao terapijska stabilizacija razlabavljenih zuba zbog parodontopatije. Sačuvani su i opisi zubnih lekara o ulceronekroznom stomatitisu, aftama itd. i lečenju karijesa prahom kamena samlevenog i pomešanog sa medom ili smolom. Otkriveni su i pisani izvori da su bogatiji ljudi u starom Egiptu ujutru redovno prali zube.

Zubna medicina starih Jevreja

Stara jevrejska medicina nema tipične odlike. Datira od 1.000 godine pre nove ere. Razumevanje bolesti je religijsko i magijsko. Epidemije su lečene prinošenjem bogu na žrtvu lica koja su kriva za njihov nastanak.

Zakonodavstvo starih Jevreja se utemeljilo na religiji, a obuhvatalo je i regulisalo higijenske mere profilaktičke vrednosti. Te verskim zakonima nametnute norme higijenskih mera ušle su i u tradicionalne verske obrede kao značajni i korisni socijalno higijenski propisi.

Zanimljivo je da su Jevreji znali za ekstrakciju zuba, a nisu je preporučivali, naročito ne ekstrakciju očnjaka, jer su ga povezivali sa okom, odnosno vidom. Sam *Mojsije* je uočio vrednost i značaj nege usta i zuba i postavio principe i načine ostvarivanja te nege.

Zubna medicina starih Jevreja sigurno je bila razvijena ali zbog nedostatka pisanih izvora malo je saznanja o njoj. Jevrejska zubna medicina tumačila je karijes spoljnim kauzalitetom i za uzročnika je proglasila crva. Karijes i neprijatan zadah iz usta eleminisali su upotrebom soli, bibera, karanfilića, voćnih sokova i posebno sirćetne kiseline kojom se nisu ispirala usta, već se direktno unosila u šupljinu karijesnog zuba.

Zubna medicina Feničana

Feničanska država trajala je od 1.600 do 1.100 godine pre nove ere. Utvrđeno je da su Feničani poznavali i koristili protetsku nadoknadu zuba (estrahovani zubi su zamenjivani zubima druge osobe i fiksirani ligaturom). Ovo je najstariji poznati dokaz zubno-protetičkog rada u istoriji ljudske civilizacije. Feničanima su bili poznati skorbut i parodontopatija.

Zubna medicina drevne Indije

Kultura stare Indije (hinduska kultura) nastala je oko 3000. godine pre nove ere u ravni-
ci oko reka Gang i Ind. U pisanim vedama sačuvani su podaci o opisu i klasifikaciji 67 bolesti
usta i zuba (8 bolesti usana, 15 bolesti zubnog korena, 8 bolesti zuba, 5 bolesti jezika, 9 bole-
sti nepca, 4 bolesti usne šupljine i 18 bolesti grla). Nastanak ovih bolesti tumačen je poreme-
ćajem ravnoteže tri elementa: žuči, gasova i sluzi.

Zapaljenje gingiva je bilo poznato zubnim lekarima stare Indije. Karijes su tumačili kao
i lekari susednih država razarajućim dejstvom crva. Preporučivane su odgovarajuće higijenske
mere kao prevencija pojave bolesti usta i zuba. Prelome vilica su zbrinjavali specijalnim bam-
busovim splintom prekrivenim miksturom od brašna i lepka. Rešavali su luksacije mandibule
uvežbanim pokretom repozicije.

Zubna medicina drevne Kine

Stara kineska kultura, pa i podaci o zubnoj medicini, datira od oko 2800. godine pre no-
ve ere. Lekarski stalež u staroj Kini pored sveštenika činili su i svetovni lekari, a postojala je i
nastava za lekare u posebnim školama. Učenja zubne medicine ostala su u pisanim knjigama,
kao i zapisi o bolestima usta i zuba.

Zubni lekari u staroj Kini su tvrdili da su zubi izgrađeni od istih supstanci od kojih i
skelet. Lečenje karijesa je sprovedeno ubacivanjem pilula od belog luka i praha od slepog mi-
ša u karijesni defekt u zubu. Bolove su lečili toplim napicima. Za devitalizaciju zuba koristili
su arsen unoseći ga u malim količinama u sam zub. Prva upotreba četkice za zube pripisuje se
kineskoj zubnoj medicini, kao i upotreba amalgama za punjenje šupljine u zubu (sačuvan je
opis iz 659. godine pod nazivom "srebrno testo").

Kineski zubni lekari su 1596. godine ostavili proskripciju amalgama u razmeri 100 de-
lova žive, 45 delova srebra i 900 delova kalaja. Zubnoj medicini drevne Kine pripisuje se prva
primena narkoze i želatina kod krvarenja po ekstrakciji zuba.

Zubna medicina drevnog Japana

Japanci su tradicionalno negovali usnu duplju i zube, o čemu svedoči i pisano delo iz
medicine *Ishiuno*, koje je 892. godine pre nove ere napisao **Yasuhari Tambu**. U nekim tek-
stovima ove knjige predlaže se kako da se leče brojne bolesti i bolesna stanja, kao što je ispi-
ranje bolesnih desni dečjim urinom ili ušmrkivanje praška na suprotnu nozdrvu od strane vili-
ce u kojoj je oboleli zub itd. Zanimljiv je i opis tehnike ekstrakcije zuba samo prstima, što su
lekari tog doba u Japanu vešto izvodili bez bilo kakvih instrumenata i pomagala.

Zubna medicina antičke Grčke

Nedovoljno je podataka o kulturi i zubnoj medicini antičke Grčke za period od 1500 do 600. godine nove ere. U najranijem periodu antičke Grčke lekarski stalež čine samouki lekari koji profesiju obavljaju kao posebnu vrstu zanata. Veštinu su nasleđivali sinovi. Prvi lekari bili su organizovani u zanatska lekarska udruženja. Hipokrat je raspolagao određenim znanjem iz zubne medicine. Ostavio je pisano svedočanstvo sa 32 aforizma, od kojih se 16 odnosi na mlečne zube a 16 na patologiju i lečenje obolelih žlezda u usnoj duplji. Hipokrat je posebno izučavao razvoj i nicanje zuba. Tvrdio je da se zubi formiraju još intrauterino a ispadanje mlečnih zuba opisao je da počinje u 7. godini, nekada i ranije zbog konzumiranja loše hrane. Hipokrat je tvrdio da zubi stare zajedno sa čovekom – "dok ih neka bolest ne razori". Karijes i parodontopatiju Hipokrat je rešavao ekstrakcijom a zubobolju je lečio isušivanjem zuba pomoću kauterizacije. Dobro je izučio i opisao ortodontske anomalije – uskost vilice sa nepravilnim položajem zuba i zaključio da su takvi zubi podložniji karijesu i parodontopatiji. Hipokrat je precizno opisao kliničku sliku frakture i luksacije mandibule, frakture maksile i načine repozicije fragmenata povezivanjem zlatnom žicom (ovaj postupak je očuvan do danas).

Zubna medicina Etruraca

Etrurci su narod koji je pre Rimljana živio na obalama Sredozemnog mora. Oni su bili naklonjeni medicini a Etrurija bogata lekovima. Medicina Etruraca bila je narodna i verska. Bogovi su lečili bolesne a u tome su im lekari samo pomagali. Malo je dokumenata o zubnoj medicini Etruraca. Oskudna dokumenta o zubnoj medicini ipak govore o njenom visokom nivou. Korišćene su protetske nadoknade, fiksne i mobilne, izrađene od najfinijeg zlata a preciznost njihove izrade dokazuje da su zubni lekari prethodno uzimali otiske i izlivali modele.

Zubna medicina Rimljana

Rimljani su medicinska znanja i veštine preuzeli i nastavili od antičkih Grka. Plinije Stariji o tome piše: "Medicina je jedina Grčka veština koju rimska ozbiljnost nije do sada negovala." Zubna medicina Rimljana bila je veoma razvijena već oko 450. godine pre nove ere. Rimljani su, slično starim Jevrejima, pridavali izuzetan značaj zubima i njihovoj higijeni. Rimski zakoni su predviđali precizne kazne za osobe koje povrede zube drugom čoveku. Zubnom medicinom u Rimskom carstvu nisu se samo bavili zubni lekari. Plinije Stariji u delu *Istorija prirode* govori o zubnoj medicini. Oboljenja usta i zuba podelio je u tri grupe:

1. *dentalna*;
2. *gingivalna*;
3. *neurogena*.

Opisao je i parodontopatiju čestu kod Rimljana onog vremena i predložio lekove za profilaksu i lečenje. Dao je i opise oralne hirurgije. Opisao je i prekobrojne zube, navodeći da su to anomalije. Protivio se ekstrakciji zuba, predlažući lečenje zubobolje lekovima a ne vađenjem.

Zubna medicina Rimljana dostigla je zavidni nivo, posebno u oblasti odontostomatologije. Može se reći da su još tada postavljeni temelji razvoja ove zubno-medicinske discipline.

ZUBNA MEDICINA SREDNJEG VEKA

Zubnu medicinu srednjeg veka predstavlja zubna medicina vizantijske i arapske srednjovekovne kulture, a pripada joj i manastirska hrišćanska zubna medicina. Srednji vek je zaustavio sve vidove kulturnog, naučnog i ukupnog društvenog razvoja civilizacije.

Vizantijska zubna medicina. – Vizantijska država nasledila je civilizacijske tekovine antičke Grčke, ali i rimske kulture i hrišćansko-religijskih kulturnih dostignuća. Uprkos tako značajnom nasleđu, u doba Vizantije odontologija je doživela pravu stagnaciju. Zubnih lekara nije ni bilo a zubarske intervencije obavljali su nadrilekari i neke zanatlije, najčešće berberi.

Arapska zubna medicina. – Obeležila je period od 600 do 1200. godine. Arapski zubni lekari su bili protiv ekstrakcije zuba. Oni su anodonciju rešavali veštačkim zubima, ne ispujavajući time samo estetske nego primarno funkcionalne razloge. Za nadoknadu korišćeni su ljudski zubi, ili zubi napravljeni od kostiju životinja. Zubno-lekarskom praksom su se bavili specijalizovani obrazovani zubni lekari a stomatologija je smatrana granom hirurgije i granom medicine.

Manastirska hrišćanska zubna medicina

Manastirska hrišćanska zubna medicina nastala je u 6. veku u Italiji i bila je pokretač razvoja medicine u zapadnoevropskim zemljama.

Manastirsko hrišćanska zubna medicina izučavala se u manastirskim i episkopskim školama. Obrazovanje je imalo težište na teološkim naukama, a znanja iz odontologije su sticana uzgredno. Razumljivo je da je ovakva medicina, pa i zubna medicina, morala doživeti neslašan kraj i ustupiti mesto svetovnoj medicini. Zubna medicina je u istorijskom periodu manastirske medicine bila vidno zapostavljena. Zubarske intervencije obavljala su nestručna lica, najčešće berberi i brojni nadrilekari koji su veštinu i znanja iz stomatologije sticali samouko ili od drugih nadrilekara.

ZUBNA MEDICINA RENESANSE

Medicinska praksa renesanse bazirala se na tekovinama srednjeg veka, posebno u Italiji oko 1200. godine. U to vreme medicina je postavljena na naučne osnove. Zubna medicina nije našla mesto u naučnom razvoju humane medicine. Činjenica je da je vađenje zuba u periodu renesanse zaobiđena veština u lekarskom obrazovanju. Cvetalo je zanatsko zubarstvo, a u XVI i XVII veku nastali su odontološki fundamentalni radovi, čime je ostvaren razvojni put buduće naučne stomatologije.

Najznačajniji lekari renesanse usputno su se bavili u svojim radovima i odontologijom. Usputno i partikularno bavljenje odontologijom vodećih lekara renesanse ipak je doprinelo nastanku naučne stomatologije krajem XIX veka.

ZUBNA MEDICINA NOVOG DOBA

Začeci naučnog stvaralaštva i kritičnih stavova u istraživanjima i prikupljanju saznanja iz perioda renesanse omogućili su pravu naučnu eksploziju društvenih odnosa i svih oblasti ljudskih delatnosti u istoriji civilizacije nazvanoj novo doba. Novo doba ljudske civilizacije potpuno je odbacilo srednjovekovnu sholastičku filozofiju. Bitno otkriće za razvoj naučne medicine ovog perioda je otkriće mikroskopa (*Anthony Van Leeuwenhoek* 1675. godine).

ZUBNA MEDICINA XVII VEKA

U zemljama zapadne Evrope u XVII veku beleži se i razvoj na naučnim otkrićima zasnovan zubne odontologije. Engleski lekar Natajnel Hajmor otkrio je 1651. godine šupljinu u maksili (do tada je maksila smatrana za kompaktnu kost), što je postalo poznato kao "Hajmorova šupljina" – maksilarni sinus. Čarls Alen, engleski lekar, napisao je 1685. godine prvu knjigu o zubnom lekarstvu. Knjiga sadrži sva saznanja odontologije onog vremena.

Levenhuk je mikroskopom otkrio glednu strukturu zuba (1696), opisavši je prvi put u istoriji zubne medicine. Otkrio je i bakterije u gingivalnom sulkusu i opisao dentinska vlakna.

Zubna protetika je u XVII veku uvela uzimanje otisaka vilica u vosku. Zubna medicina je otkrićima i uvođenjem brojnih novih veština razvojno zakoračila ka naučnoj stomatologiji.

ZUBNA MEDICINA XVIII VEKA

Ovaj vek su obeležile promene odnosa međunarodnih snaga i izuzetan napredak nauke započet u XVII veku. Građanski stalež je postao dominantan.

Medicinska nauka je doživela pravi preporod u XVIII veku. Lekarski stalež se uvećao i ostvario veliki društveni ugled i politički uticaj u svim zemljama. Zubna medicina je takođe napredovala u XVIII veku popravivši, pre svega, svoj status i ugled pojavom većeg brojaiskusnih zubara, hirurga zubara i berbera. Napokon, u Francuskoj oko 1700. godine ustanovljen je ispit za zubne lekare jer je odontologija izdvojena kao grana hirurgije. Posle ispita ti lekari su dobijali zvanje hirurga dentiste.

Zubna medicina je tokom XVIII veka napredovala sa povećanjem riznice naučnih saznanja i znanja iz odontologije. Razjašnjeno je nicanje mlečnih i stalnih zuba. Opisane su i bolesti mlečnih i stalnih zuba, sistematizovani klinički simptomi i etiopatogenetski faktori terapijske veštine kao i za sva druga somatska oboljenja. Usavršeni su i protetski radovi u odontologiji. Unapređena je veština lečenja i rešavanja nepravilnosti zuba i vilica. Uvedene su i transplantacije, replantacije i implantacije. Definitivno su na naučnoj bazi u XVIII veku u interpretaciji karijesa zubni lekari odbacili crve kao uzročne faktore nastanka karijesa.

ZUBNA MEDICINA XIX VEKA

nastanak stomatologije

Istorijski razmatrano, XIX vek je definisan kao vek nauke i tehike. Tokom XIX veka ostvaren je napredak u svim ljudskim delatnostima, posebno u oblasti fundamentalnih nauka: hemije, fizike i biologije. Prosvećenost opšte populacije podignuta je na najviši do tada poznat nivo i poboljšali su se opšti životni uslovi ljudi. Ekspanzivno je došlo do razvoja naučne medicine utemeljene na eksperimentalnim medicinskim istraživačkim i naučnim radovima. Zubna medicina je de fakto napredovala pod uticajem naučne medicine. Zubna medicina se tokom XIX veka transformisala u stomatologiju proširivši opus svog delovanja jer je svoja interesovanja sa izučavanja bolesti zuba prenela na izučavanja bolesti organa i tkiva usne duplje.

Tokom XIX veka odontostomatologija se postepeno razvija u samostalnu naučnu disciplinu deleći se na posebne stomatološke grane, što je definitivni nastanak stomatologije. Prve stomatološke škole osnovane su u Nemačkoj i Americi. Amerika postaje stožer razvoja stomatologije u XIX veku zahvaljujući zubnim lekarima doseljenim iz Francuske i Engleske. Ovaj vek je doneo i eksplozivni razvoj prateće tehnike i tehnologije u stomatologiji. Konstruisana je 1868. godine prva pneumatska bušilica, a 1870. godine i bušilica na nožni pogon; 1874. godine konstruisana je i prva električna bušilica, a već 1892. godine u nju su ugrađeni i osvetljenje i termokauter. Značajan napredak stomatologije predstavlja i konstruisanje Morrisonove zubarske stolice 1872. godine, koja se prvi put mogla podizati i spuštati, imala je i naslon za glavu pacijenta i u potpunosti podseća na savremene zubarske stolice.

Stomatologija krajem XIX veka u svoj opus uvodi brojna saznanja i veštine ukupne naučne medicine, kao što je anesteziologija. Preuzimaju se i lekovi, kao i saznanja i veštine hirurgije. Uveden je i red u profesionalnu delatnost zubara, najpre u Engleskoj 1878. godine donošenjem zakona kojim je ograničena dotadašnja potpuna sloboda zubarske prakse. Godine 1888. zakonom je uveden obavezan teorijski i praktični ispit za lekara stomatologa. Krajem XIX veka stomatologija uvodeći eksperiment u istraživanje se svrstala u opus naučne medicine.

STOMATOLOGIJA XX VEKA

Nastala krajem XIX veka, stomatologija je u pravom smislu zakoračila u XX vek kao grana naučne medicine. Tokom veka nastali su u svetu prvi stomatološki fakulteti, a u našoj zemlji tek sredinom XX veka. Veoma brz i intenzivan razvoj stomatologije odvijao se kroz podele same stomatologije na stomatološke discipline: stomatološka protetika, konzervativna terapija zuba, ortodoncija i oralna hirurgija. Od posebnog značaja su principi, uvođenje i sredivanje obrazovanja i školovanja stomatologa. Doneti su nastavni planovi i programi, ozakonjena pravila studiranja stomatologije i sticanja stručnih zvanja, uređena je i naučnoistraživačka delatnost u stomatologiji. Sva ova postignuća stomatologije podloga i fundament su daljeg razvoja i napretka stomatologije u XXI veku.

ISTORIJSKI RAZVOJ ZUBNE MEDICINE I STOMATOLOGIJE SRPSKOG NARODA

Istorijski razvoj srpske kulture, srpske medicine, dakle i srpske zubne medicine a kasnije i stomatologije, bio je uslovljen geografskim položajem između istoka i zapada teritorija koje je naseljavao srpski narod. Zubna medicina i stomatologija trpela je istorijski uticaj preloma i dominacija različitih religija (hrišćanstvo i mohamedanstvo).

Bolesti zuba i usta imali su i ljudi u našem narodu od preistorije kao i sve druge. Pojmovi zubne medicine u našem narodu datiraju iz perioda antičke kulture. Činjenica je da na teritoriji koju su naseljavali Srbi nije bilo medicinskih škola. Srbi su zato studirali na univerzitetima Padove, Bolonje, Beča, Praga, Pešte itd., a kao lekari često bili ugledni stručnjaci i naučnici u zemljama Evrope sve do XX veka. Stranci su vekovima bili jedini lekari u našim krajevima, uglavnom kao lekari na dvorovima, a narod je od njih imao malu ili nikakvu korist.

Zubna medicina srpskog naroda istorijski je vezana za srednji vek i razvijenu srpsku državu iz perioda Nemanjića. *Lekaruše* su dokumenti o lečenju i lekovima u Srbiji srednjeg veka. Sačuvane *lekaruše* sadrže obimna i brojna poglavlja iz oblasti zubne medicine. Opisuje se ne samo lečenje zuba već i organa i tkiva usta: "*Skorbut se leči biljkom srijemož koja se skuva i jede a može se i presna jesti. Od ove se bolesti leči kupusom, rasolom, srijemožom...*" "*Kada usta smrde, uzmi metvice i stavi u vodu i sa ovom vodom svaki dan peri usta, iza toga isperi čistom vodom...*" "*Kad usne bole, uzmi lanenog semena, istuci ga i pomešaj sa medom. Maži usta.*" "*Kad meso boli oko zubi, uzmi kosta ili kositernu travu. Istuci sitno u prah i uzmi nekoliko grančica, takođe istuci u prah, pomešaj zajedno i trljaj oko zuba. Otečene desni masiraju se slanom vodom i rakijom. Jelenov rog (rujev uvarak) dobar je za ispiranje usta kad otekne zubno meso i za grgutanje i kad resica pane.*"

Srpsko srednjovekovno zubarstvo se razvijalo pod uticajem Vizantije i zapada, kao i sva tri religijska učenja (pravoslavlje, katolicizam i islam). Zubna medicina se temeljila na veštinama empirijske operativne hirurgije.

Stomatologija našeg naroda nastala je i razvijala se istovremeno sa nastankom stomatologije u svetu krajem XIX veka. Srbiju krajem XIX veka karakterisala je niska zdravstvena prosvetćenost naroda i zaostajanje građanske zdravstvene službe. Tek sredinom 90-ih godina XIX i početkom XX veka nastaje razvoj građanske medicine a time i stomatologije u Srbiji otvaranjem hirurškog odeljenja Opšte državne bolnice, pod upravom doktora Vojislava Subotića (1889. godine). Prva zubna stanica pri Vojnom sanitetu otvorena je 1904. godine, a prvi vojni zubni lekar bio je doktor Miloš Popović. Već 1909. godine formirana je i druga zubna stanica u Nišu. Naša stomatologija je značajno prodršla u Evropu i svet na početku XX veka. Stomatolozi – zubni lekari učestvovali su na stručnim skupovima u inostranstvu jer su imali šta prikazati iz bogatog iskustva iz aktuelnih ratovanja srpske vojske. Doktor Atanasije Pulja, zubni lekar iz Zemuna, tokom balkanskih ratova formirao je pri Opštoj bolnici u Beogradu Odeljenje za prelome vilica, što je početak hirurgije maksilofacijalne regije.

Današnja srpska stomatološka škola i praksa su respektivne, poznate i cenjene van granica naše zemlje. Savremeno studiranje stomatologije u Srbiji prati reforme u Evropi i svetu.

ZADACI STOMATOLOGIJE

Stomatologija je ostvarila najveći razvojni domet u XX veku i u novi milenijum ulazi sa jasno definisanim zadacima i utvrđenim pravcima razvoja. Zadaci savremene stomatologije su na dva nivoa: a) *naučni i stručni* i b) *zaštita i unapređenje zdravlja stanovništva*.

Savremena stomatologija definitivno ne može poneti atribut posebne nauke u XXI veku. Sakupivši ogroman opus medicinskih, posebno stomatoloških saznanja, neophodno je stalno dinamičko reformisanje obrazovnog sistema stomatologa. Naši stomatološki fakulteti prate savremene reorganizacione obrazovne programe u Evropi i svetu (Bolonjska deklaracija). Posebno se razvijaju akademske studije u stomatologiji, naučni i istraživački rad.

Čovek XXI veka izuzetno je zainteresovan za kvalitet, zdravlje i lep izgled svojih zuba i usta. Za ostvarenje toga zaduženi su stomatologija i stomatolozi. Zakoni regulišu praktičnu delatnost stomatologije da bi se ostvarili postavljeni joj zadatci kroz:

1. profilaksu i primarno preventivne programe za sve kategorije stanovništva;
2. usavršavanje i ovladavanje najsavremenijim znanjima i veštinama kliničkog i terapijskog stomatološkog rada (**sekundarna preventivna** stomatološka delatnost);
3. ostvarivanje svih vidova rehabilitacionih veština i postupaka tokom lečenja a posebno nakon završenog lečenja u domenu stomatologije (**tercijalna** stomatološka prevencija).

PODELA STOMATOLOGIJE

Stomatologija na početku XXI veka svakako nije posebna nauka u klasičnom smislu, već je dominantno praktična primena različitih saznanja i veština iz brojnih oblasti naučne medicine i drugih nauka. Podela savremene stomatologije može se različito činiti iako su sve stomatološke discipline jedinstvene i međusobno povezane. Stomatologija se može razmatrati kao:

1. **teorijska** (*institutska*);
2. **praktična** (*klinička*).

1. Teorijska ili institutska stomatologija podrazumeva grupu oblasti (predmeta) koje se izučavaju na stomatološkim fakultetima. Te oblasti su: hemija, biologija sa humanom genetikom, biofizika, biohemija, sociologija, anatomija, histologija sa embriologijom, fiziologija, mikrobiologija sa imunologijom, patološka anatomija, patološka fiziologija, farmakologija sa toksikologijom, pretklinička protetika, pretklinika bolesti zuba, higijena, rendgenologija, socijalna medicina, epidemiologija i medicinska etika sa uvodom u stomatologiju.

2. Klinička ili praktična podela stomatologije podrazumeva dve grupe kliničkih oblasti koji se izučavaju na stomatološkim fakultetima:

a) medicinska grupa: interna medicina, infektivne bolesti, opšta i ratna hirurgija, otorinolaringologija, oftalmologija, neuropsihijatrija, dermatovenerologija, fizikalna medicina i sudska medicina.

b) stomatološka grupa: parodontologija i oralna medicina, bolesti zuba i endodoncija, dečja i preventivna stomatologija, stomatološka protetika, ortopedija vilica, oralna hirurgija.

Savremena stomatologija u praksi može se podeliti na preventivne i kurativne (lečeće) stomatološke oblasti ili grane.

SAVREMENA ULOGA STOMATOLOŠKIH FAKULTETA

Nosilac razvoja stomatoloških disciplina na početku XXI veka i edukacije stručnih kadrova su stomatološki i medicinski fakulteti koji u svom sastavu imaju odsek stomatologije. Stomatološki fakulteti kroz osnovnu školsku delatnost unapređuju i osavremenjuju nastavne programe na svim edukativnim nivoima instituisanim u svojoj delatnosti. Za savremenu stomatologiju i razvoj pojedinih stomatoloških disciplina bitna je naučnoistraživačka delatnost u okviru stomatoloških fakulteta.

Stomatološki fakulteti unutar svoje organizacije stvaraju opšte uslove za naučni rad, kao i proučavanje i usavršavanje naučnoistraživačkih metoda. Dužnost stomatoloških fakulteta je da naučnoistraživačkim radom i naučnoistraživačkim programima podstiču i podvrgavaju proveru sva istraživačka saznanja u oblasti stomatologije. Osim toga, stomatološki fakulteti razvijaju saradnju sa drugim fakultetima u zemlji i svetu, a posebno sa adekvatnim naučnim institucijama.

KLINIČKE GRANE SAVREMENE STOMATOLOGIJE

Savremena klinička stomatologija dosegla je takav nivo da su se u okviru same stomatologije izdvojile posebne specijalističke i supspecijalističke grane ili oblasti.

a) *stomatološka protetika* sa brojnim usvojenim saznanjima i veštinama protetičkih radova i nadoknada plastičnim materijalima za proteze. Posebno su tehnološki uznapredovale veštačke artifičijelne krunice i mostovi, zatim opturatori, a sama tehnika i tehnologija u oblasti protetičke kreće se ka stalnim inovacijama i usvajanjima novih otkrića i novih veština;

b) *ortodoncija* se posebno razvila kao i oralna hirurgija, te se razvrstala i na supspecijalističke discipline. Uvedene su i uvode se nove tehnike u ekstrakciji bolesnih zuba u eliminaciji zubobolje, a posebno su uznapredovale veštine u oblasti operativne oralne hirurgije i u oblasti rešavanja preloma vilica;

c) *konzervativna terapija zuba*, posebno karijesa, danas je dostigla izuzetno visok nivo zahvaljujući novim tehnologijama u restaurativnim materijalima, razvoju dentalnih mašina i tehničkih rešenja, recimo bušilica. Osavremenjena je do visokog nivoa i dovedena na nivo konforme podnošljivosti za pacijenta terapija zubnog korena i/ili lečenje zubne pulpe. Istraživanja parodontalnih bolesti su veoma aktuelna i oblast su novih otkrića i terapijskih rešenja.

Savremene stomatološke discipline mogu se podeliti na:

- stomatološke discipline konzervativne terapije zuba;
- stomatološke discipline u ortodonciji;
- stomatološke discipline u oralnoj hirurgiji;
- stomatološke discipline u protetici.

Konzervativna terapija zuba

Potreba lečenja bolesnih zuba stara je koliko i umni čovek. Ideja sistematskog lečenja zuba nastala je tek u XIX veku jer se sve što se do tada u zubnoj medicini dešavalo odnosilo na uklanjanje kamenca i nesistematsko plombiranje zuba. Do XIX veka zubni lekari su turpijanjem otklanjali karijes, stavljali su plombe ili radili preventivne ekstrakcije zuba, vratni deo zuba nije diran i čuvao se interdentalni prostor. Konzervativna terapija je brojnim eksperimentalnim radovima i uvođenjem novih materijala u zubnu nadoknadu dostigla najviši nivo u XX veku. Novi milenijum konzervativna terapija zuba započinje sa vrsnim materijalima koji nisu štetni po pacijenta i nisu organske prirode. Istraživanja i terapijska unapređenja u lečenju pulpe i korena zuba su u stalnom napretku, kao i lečenje parodontalnih bolesti.

Ortodoncija

Ortodoncija je u stomatologiji posebna oblast koja se bavi ispravljanjem nepravilnosti zubala i zuba koji stoje nepravilno u vilici. Zapažanja o nepravilnostima zuba stara su koliko i istorija zubne medicine, kao i popravljane ovog nedostatka. Korišćenjem dostignuća naučne medicine, posebno hirurgije, ortodonticija je uznapredovala do specijalističke i supspecijalističke grane. Danas se u oblasti ortodonticije na stomatološkim fakultetima širom sveta pa i u našoj zemlji realizuju naučnoistraživački projekti i publikuju naučni i stručni radovi i saopštenja.

Oralna hirurgija

Oralna hirurgija se začela u preistorijsko vreme sa realizovanim prvim a potrebnim ekstrakcijama zuba zbog zubobolje. Prošli su milenijumi ljudskih saznanja i sticanja veština do novog doba (XVIII i XIX vek) kada su instrumenti za ekstrakciju zuba usavršeni da najmanje traumatizuju tkiva pri ovoj gruboj terapijskoj intervenciji. Savremena stomatologija je obogaćena i anestheticima koji osnovni zahvat ekstrakcije zuba čine lagodnijim i za stomatologa i za pacijenta. Usvajanjem veštine lokalne anestezije ekstrakcija zuba (nekada bolna i neretko terapijski nedovršena procedura) danas se izvodi rutinski bez veće neprijatnosti po pacijenta.

Klinička oralna hirurgija danas je izuzetno obimna a postoji tek oko 200 godina. Osnovana je u Zapadnoj Virdžiniji uspešnim operacijama zečije usne, rascepa nepca, karcinoma usne duplje, plastičnih hirurških rekonstrukcija usana, donjih vilica i nosa. Današnja klinička oralna hirurgija izuzetno je uznapredovala zahvaljujući znanjima naučne medicine i posebno veštine do umetnosti u hirurškom radu. Stalno se eksperimentalno i istraživački inoviraju metodi u kliničkoj oralnoj hirurgiji ali i instrumenti i materijali koji se koriste.

Terapija i zbrinjavanje viličnih preloma je polje kliničke hirurgije savremene stomatologije. Istorijski razvoj zbrinjavanja preloma vilice je veoma star, postoje opisi još na papirusima starog Egipta. Međutim, tek sa razvojem hirurgije kao discipline naučne medicine pre oko dva veka nastao je i savremeni razvoj zbrinjavanja i terapije preloma vilica.

Stomatološka protetika

Protetika u savremenoj stomatologiji podrazumeva zubne nadoknade defekta i nedostatka zuba. Potreba nadoknade zuba stara je koliko i ljudska civilizacija. Prvi dokazi o pokušajima nadoknade zuba a sačuvani do našeg vremena potiču iz 3500. godine pre nove ere. Stari Egipćani su zubne nadoknade rešavali zlatnom žicom. Zubni lekari u staroj jevrejskoj kulturi izrađivali su veštačke zube od zlata i srebra. Feničani su u protetskim radovima koristili zubnu nadoknadu bušenjem i povezivanjem zuba drugog čoveka. Razvojem zubne medicine korišćene su kosti životinja za pravljenje zuba, a tek u XIX veku u SAD počinje izrada zuba od postojećih materijala.

Tek u prvoj polovini XX veka usavršena je platinsko-zlatna legura termičkim postupkom i uveden paladijum kao materijal za zubnu nadoknadu. Razvoj tehnike i zubotehničkih materijala i alata bio je veoma ekspanzivan u drugoj polovini XX veka. Savremena stomatološka protetika je usavršena do tih razmera uvođenjem novih tehnologija da se ostvaruje najviša moguća preciznost otiska a kasnije tehničko-tehnološka izrada nadoknade i zubnih proteza. Ova oblast savremene tehnologije pripada rehabilitaciji sa vrhunskim postignućima restoriranog kvaliteta života pacijenata kojima nedostaju sopstveni zubi.

ZNAČAJ PREVENTIVNE STOMATOLOGIJE

Stomatologija u našem vremenu je delatnost od posebnog društvenog značaja. Svoj razvoj i delovanje usmerava naročito u pravcu unapređenja dentalnog i oralnog zdravlja svih građana sprečavanjem, suzbijanjem i posebno ranim otkrivanjem bolesti. Ovo su načela stomatološke delatnosti koja imaju preventivni značaj i programirano su osmišljena kroz zakonska akta i zakonske norme na nivou vlada savremenih zemalja, odnosno ministarstava za zaštitu zdravlja kao resornih delova vlada u savremeno uređenim državama na svim kontinentima.

Preventivnu delatnost stomatologije programski realizuju zdravstveni radnici u stomatologiji. Lekari stomatolozi su nosioci stručnih preventivnih programa. Preventivna stomatološka zdravstvena zaštita oslanja se na uključivanje svih građana zajednice pojedinačno, kroz porodice, preduzeća, obrazovne, humanitarne, sportske, verske i druge institucije i organizacije. Naravno da u realizaciji kvalitetne stomatološke zaštite i preventivnih programa učestvuju organizovane lokalne zajednice, opštine, regioni, autonomne pokrajine i republika.

Preventivni programi stomatološke zaštite i unapređenja stomatološkog zdravlja podrazumevaju maksimalno približavanje stanovništvu saznanja o značaju zdravlja zuba i usta, kao i najnovijih otkrića koja služe negovanju i očuvanju zdravih zuba. Potrebna je adekvatna edukacija opšte populacije o značaju usne duplje kao jedinstvenog sistema ljudskog organizma, u kojoj se normalno i neprekidno odigravaju promene. Narušeno zdravlje usta i zuba utiče na opšte zdravstveno stanje celog ljudskog organizma.

VAŽNA OTKRIĆA U STOMATOLOGIJI

Razvoj savremene stomatološke nauke vezuje se za naučna odontološka otkrića krajem XIX veka. Pravi početak naučne stomatologije treba vezati za izučavanje anatomije i histologije zuba, koja se mogla realizovati tek nakon Levenhukovog otkrića mikroskopa. Izučavanje zubne građe je polazište istraživačkog rada u stomatologiji i razvoja stomatoloških veština.

Saznanja normalne građe i fiziologije zuba i fiziološka anatomija i histološka otkrića u humanoj medicini uz saznanja iz patofiziologije i patološke anatomije fundamenti su stomatologije našeg vremena. Stomatološke veoma brojne discipline i dalje usmeravaju svoja istraživanja ka novim saznanjima o nastanku i prirodi karijesa, o svim bolestima, bolesnim stanjima i poremećajima vezanim za zube, meka tkiva usne duplje i koštana tkiva vilica. Permanentno u savremenoj stomatologiji se postavljaju istraživački projekti širom sveta, epodemioloških, kliničkih i laboratorijskih ispitivanja, a rezultati kao nova saznanja doprinose kvalitetnijoj veštini rada lekara stomatologa.

ISTORIJAT PRIMENE RENDGENA U STOMATOLOGIJI

Konrad Rendgen (1845–1911), profesor fizike na Univerzitetu u Virzburgu u članku pod naslovom "O jednoj novoj vrsti zraka" objavljenom 28. decembra 1895. godine, zapravo je uveo rendgen-zrake u naučnu medicinu. Rendgen-zraci su brzo našli primenu u stomatološkoj dijagnostici i terapiji. Stručna literatura raspolaže podatkom već iz februara 1896. godine o napravljenih 14 dentalnih radiograma. Rendgen-zraci su značili epohalno unapređenje kvaliteta i egzaktnosti stomatološke dijagnoze.

Brojni istraživači i lekari stomatolozi platili su bolešću i životom rad na usavršavanju primene rendgen-aparata u stomatologiji. Treba znati da je profesor Simić, osnivač i direktor Radiološkog instituta u Beogradu umro od radijacione bolesti 1954. godine jer nisu postojala saznanja o štetnim efektima rendgen-zraka na ljudski organizam a sa druge strane tehnološka neusavršenost rendgen-aparata.

Stomatologija od početka XX veka profilisala je kao posebnu – radiologiju kao stručnu i naučnu oblast. Primena rendgen-aparata u stomatologiji i permanentna istraživačka delatnost u radiologiji unapredile su ne samo preciznost stomatološke dijagnoze nego su rendgen-zraci postali moćno terapijsko sredstvo, posebno u lečenju maligniteta tkiva usne duplje. Danas se u stomatologiji koriste aparati sa intraoralnim izvorima rendgen-zraka, dentalna seroradiografija. Stalno se istraživačkim saznanjima u oblasti radiologije teži za sada nepoznatim višim ciljevima primene i upotrebe rendgen-zraka u stomatologiji i medicini.

OBRAZOVANJE STOMATOLOGA

Istorijat i savremeni fakulteti

Obrazovanje stomatologa u smislu osnivanja prvog stomatološkog fakulteta odnosno visokoškolske obrazovne institucije za diplomirane lekare stomatologije istorijski je vezano za 1839. godinu. Američki univerzitetski profesori stomatologije Hajden i Harison su u Baltimoru 1839. godine otvorili Baltimorski koledž zubne hirurgije i to je prva specijalizovana stomatološka visoka škola u svetu. Evropa je dobila prvu nezavisnu stomatološku instituciju u Berlinu 1855. godine pod nazivom Javna klinika za oralne bolesti. Ministar kulture Nemačke je propisao pravila studiranja na toj klinici i škola je imala državne subvencije.

Fakultetsko obrazovanje lekara stomatologa se sve do danas razlikuje u svetu. Postoje po suštini dva oblika edukacije lekara stomatologa:

- a) **američki tip** koledža potpuno nezavisnog od medicinskog fakulteta sa podrazumevajućom specijalizovanom edukacijom;
- b) **evropski tip** obrazovanja lekara stomatologa, uglavnom tokom petogodišnjeg izučavanja medicine i stomatoloških disciplina. Ovaj sistem funkcioniše od 1917. godine, instituisan je u Sovjetskom Savezu nakon Oktobarske revolucije.

Savremeni evropski sistem obrazovanja studenata stomatologije je modifikacija navedena dva obrazovna sistema stomatologa. Studenti stomatologije stiču znanja u specijalizovanim ustanovama povezanim sa medicinskim fakultetima. Tek u drugoj polovini XX veka osnivaju se samostalni stomatološki fakulteti u svetu, što je perspektiva savremenije i racionalnije obrazovne stomatološke forme. Uprkos postojećim razlikama u obrazovanju lekara stomatologa prema obrazovnim sistemima raznih država, zajednički cilj edukacije je jedinstven i podređen pripremi stomatologa osposobljenog u naučnom i tehničkom smislu i spremnog da rešava sve zadatke savremene stomatologije.

Stomatološki fakulteti u Srbiji imaju kratku istoriju. Prvi medicinski fakultet osnovan je pre oko 100 godina u Beogradu. Prvi stomatološki fakultet osnovan je u Beogradu dogodilo se 21. juna 1948. godine Odlukom Vlade Republike Srbije o osnivanju Stomatološkog fakulteta imenovanjem matične komisije u sastavu: prof. dr Aleksandar Đorđević, akademik Ksenofon Šahović i docent dr Ljubomir Đoković, tadašnji upravnik Odontostomatološke klinike. Školske 1948/49. godine Stomatološki fakultet u Beogradu upisalo je 225 studenata, što govori o insuficijentnosti zubnih lekara u Srbiji tog vremena.

Stomatološki fakulteti u Nišu, Prištini, Novom Sadu su u okviru medicinskog fakulteta kao odsek. Svi su osnovani posle 1974. godine.

Nastavni programi stomatoloških fakulteta u Srbiji su ujednačeni uglavnom prema nastavnim programima još uvek jedinog samostalnog Stomatološkog fakulteta u Beogradu. Na početku XXI veka postoji respektivno visok stepen ravnopravne saradnje među svim stomatološkim fakultetima na teritoriji Srbije i sa stomatološkim fakultetima sa teritorije Republike Srpske. Nastavni programi se svake godine usaglašavaju sa tendencijom unapređenja a školske 2006/07. godine nastavni programi stomatoloških fakulteta u Srbiji prilagođeni su Bolonjskoj deklaraciji o visokoobrazovnim institucijama i univerzitetima.

BOL I ZNAČAJ BOLA U STOMATOLOGIJI

Pojam, dijagnostička i biološka vrednost

Najčešći razlog obraćanja pacijenta stomatologu je bol – **zubobolja**. Ona predstavlja bol izazvan snažnom intenzivnom draži bilo koje prirode koja dodiruje pulpu.

Bol je reč koja označava intenzivni neprijatni subjektivni osećaj.

Bol nije samo jednostavni kompleks osećaja već i emocija. Bol je osećaj koji upozorava na opasnost i dragoceni je signal neposredne ugroženosti organizma i/ili njegovih delova. Zubobolja je vremenski dinamička kategorija. Manjeg je intenziteta danju i lakše se podnosi nego noću. Loše raspoložene osobe zubobolju doživljavaju kao nesnosnu patnju koja ide do depresivnosti, što dokazuje da je zubobolja i psihološki zavisna emocija.

Zapaljenjski i destruktivni procesi u tkivima odražavaju se univerzalnim sistemom bola i deo su sistema čovekove samozaštite. Smatra se da postoje tri nivoa zaštite organizma. *Prvi nivo* je imunološki ili ćelijski. *Drugi nivo* je urgentni ili autonomni (osećanje) i odnosi se na odbranu celog organizma od velikih telesnih povreda. *Treći nivo* je najviši nivo i funkcija je kore mozga (odbrana Ega). Bol pripada prvom i drugom odbrambenom nivou organizma, strah drugom i trećem, a anksioznost uglavnom trećem nivou.

Bol je subjektivni osećaj. Bol je u sistemu čovekovih zaštitnih sistema dinamogen faktor – provocira i mobilise odbrambene reakcije bolom zahvaćenog organa. Zubobolja je primer da percepcija i reakcija na bol nije po intenzitetu i kvalitetu u skladu sa obimom oštećenja pulpe.

Bolu se često odmah pridružuju strah i anksioznost, što dokazuje povezanost sva tri nivoa zaštitnih mehanizama očuvanja integriteta ličnosti. Sa biološkim faktorima kod čoveka su u interakciji psihološki i socijalno svrsishodni faktori.

Strah je urođeni obrazac ponašanja u funkciji samoodržanja. Strah je emocija izbegavanja usmerena ka bekstvu od opasnosti, a ne samo odgovor na signal o neposrednoj opasnosti. Strah je iznad bola, a ispod anksioznosti i po mogućnosti kontroliše uočenu opasnost. Stomatološka praksa potvrđuje da je strah emocija u funkciji izlaska iz opasnosti (pacijent, posebno deca, beži sa zubarske stolice).

Stomatolog treba da zna da je svaki bolesnik uvek celokupna ličnost sa svojim posebnostima. Dolazeći sa zuboboljom lekaru stomatologu svaki pacijent donosi dve poruke. *Prva poruka* je mesto na kome oseća bol. *Druga poruka* je strepnja i očekivanje katastrofalno težeg doživljaja neprijatnog osećaja. Stomatologu treba da je druga poruka važnija, a pacijent je obično ne izgovara. Stomatolog treba da izgradi kvalitetan odnos sa pacijentom. Poznata su tri moguće varijante relacije lekar stomatolog – pacijent.

- 1) **bezlična forma** u kojoj je pacijent potpuno bezličan;
- 2) **forma saradničke relacije**, pacijent sa punim poverenjem izvršava sve naloge;
- 3) **forma uzajamne saradnje**, dogovorni odnos zasnovan na prethodno usklađenom međusobnom poverenju između stomatologa i pacijenta.

Lekar stomatolog mora više nego lekari drugih struka da poštuje *primum adiuvere* (prvenstveno pomoći) i *primum non nocere* (prvenstveno ne naškoditi) jer su područja rada stomatologa zubi i usta, čoveku vrlo bitni intimni organi.

ZDRAVLJE I BOLEST

*"Ljudi mole bogove da im podare zdravlje,
a zaboravljaju da u njihovim rukama leži moć da ga sačuvaju."*

Demokrit

Termin zdravlje i termin bolest označavaju dva kvaliteta ljudskog života, koji su u središtu suštinskog opravdanja za postojanje medicine, a posebno savremene naučne medicine. Čovek je svojim pojavnim oblikom kao umno-razumsko biće ukupno svoje blagostanje, odnosno kvalitet svog življenja i svesnost o tom kvalitetu podveo pod definiciju zdravlja a narušenost skladnog funkcionisanja organa pojedinačno ili sistema organa ili celog organizma definisao je kao bolest ili bolesno stanje.

Humana medicina u svom ukupnom opusu bavi se baš problemom kvaliteta ljudskog življenja, kontroliše danas i nastajanje čoveka, angažovano je uključena i u sam čovekov kraj, odnosno prestanak življenja. Humana medicina sa svim svojim saznanjima i veštinama delatno čini na očuvanju kvaliteta življenja svake ljudske jedinke odnosno održava očuvanje i održavanje zdravlja. Bolest i bolesno stanje takođe rešava medicina veštinama tretmana ili primenom terapijskih sredstava i po izlečenju rehabilitacijom (vraćanje kvalitetnom životu u zajednici).

ŠTA JE ZDRAVLJE

"dijagnoza zdravlja"

"Zdravlje je stanje potpunog fizičkog (telesnog), duševnog i socijalnog dobra (blagostanja), a ne samo odsustvo bolesti nemoći." Ovo je zvanična definicija Svetske zdravstvene organizacije. Danas ova definicija ne zadovoljava ono što zdravlje podrazumeva u potpunosti. Problematici su stavovi navedene definicije, praktično problem se može postaviti za svaku reč sadržanu u definiciji. Međutim, kvalitetnije i sveobuhvatnije definisanje zdravlja nije do danas ostvareno u ljudskoj civilizaciji.

Zdravlje je pojmovno bilo sigurno predmet interesovanja i pokušaja tumačenja stručnjaka brojnih disciplina, i to ne samo lekara, već i filozofa, sociologa itd. Analiziranje definisanja, tj. poimanja zdravlja u različitim civilizacijama i socio-kulturnim sredinama ima zajedničku vrednost jer odražava sveukupna kulturna i naučna saznanja datog vremena u određenim zajednicama. Poznate su nam brojne definicije zdravlja u istorijskoj kategoriji, te se pojednostavljeno može zaključiti da je pojmovno zdravlje za čoveka isključivo subjektivna predstava.

Aktuelna definicija zdravlja Svetske zdravstvene organizacije može se diskutovati u više segmenata svoje nedorečenosti i neprihvatljivosti. Primer: stavovi u definiciji "potpuno fizičko (telesno), duševno i socijalno dobro", znače da se apsolutizira fizičko, duševno i socijalno i sugeriše suprotstavljanje poimanja zdravlja poimanju bolesti. Suprotstavljenost je po definiciji isključiva te se postavlja pitanje gde je neko "međustanje" a znamo da ono realno postoji (recimo stanje inkubacije zaraženih dok se ne razvija klinička slika zarazne bolesti).

Razmatranjem zdravlja postavlja se pitanje: postoji li uzrok zdravlja. Odgovor bi bio potvrđan jer su svi uzroci bolesti zapravo u odsustvu faktori zdravlja. Borba medicine protiv bolesti je posredna a istovremeno i delatna za zdravlje. Zdravlje nije jednostavna suprotnost bolesti, odnosno odsustvo bolesti nije automatsko stanje zdravlja, jer je ipak zdravlje subjektivna ljudska kategorija te podleže ljudskim činocima narušavanja ali i drugim prirodnim i biološkim silama. Faktori zdravlja mogu se grupisati na:

- a) *nasledne i urođene determinante zdravlja* – to su faktori poznati u genskom materijalu a odnose se na posebnosti dezoksiribonukleinske kiseline u hromozomima;
- b) *biološke faktore zdravlja* – podrazumevaju brojne mikroorganizme, životinje, biljke i ljude u prirodnom krugu ravnoteže – biocenoze;
- c) *fizičke faktore* kao uslove zdravlja – što podrazumeva atmosferu, tlo (zemlju) i vodu. U ovu grupu faktora svakako ulaze i posebni oblici energije, toplotne, zračne itd.;
- d) *socijalne faktore* – brojni su i posledica su ljudske zajednice koju je formirao čovek. On pojedinačno i bez nje individualno ne bi opstao, a i kada bi perzistirao, onda bi bio uskraćen za potpunost kvaliteta življenja koji podrazumeva zdravlje. Socijalni faktori ili uslovi zdravlja su ukupno ekonomsko stanje, privredni tokovi, gustina naseljenosti, socio-kulturni obrasci, obrazovanost, obim i oblik razvijenosti zdravstvene službe i svakako specifičnost, relacija svakog pojedinca ka zajednici ponaosob. Savremena medicinska nauka smatra da je i rad kao ljudska kategorija poseban faktor zdravlja i faktor kvalitetnog življenja, što je suštinu zdravlja.

Zdravlje i bolest nisu u potpunosti samo antipodni jer je i najbolesniji čovek u nekom delu svoje ukupnosti zdrav. "Dijagnoza zdravlja" je zdravstveno stanje naroda – svih ljudi u nekoj zajednici. Faktori zdravstvenog stanja stanovništva su direktni – realni ili indirektni a ipak relevantni i veoma su brojni. Najbitniji pokazatelji "dijagnoze zdravlja" su:

1. *brojno stanje i struktura stanovništva*; 2. *natalitet*; 3. *prirodni priraštaj stanovništva*;
4. *mortalitet*; 5. *morbiditet*; 6. *letalitet*.

Navedeni pokazatelji zdravstvenog stanja naroda ili dijagnoze zdravlja su faktori vitalne statistike koje dopunjavaju migracije, sklapanje i rastave brakova itd.

BOLEST definicija

Etimološki termin bolest u našem jeziku potiče od srpske reči *bol*. Bolest je apsolutna kategorija ili kvalitet ili karakteristika živih bića jer neživa materija ne može biti bolesna sa aspekta razumevanja bolesti u medicinskom smislu. Bolest u našem jezičkom području ima sinonim u reči *oboljenje*. Teoretičari medicine, kao i filozofi, prave suštinsku distinkciju značenja bolesti u odnosu na *oboljenje* jer reč *oboljenje* ima uopštenije značenje i koristi se pravilno za označavanje narušenog zdravlja čoveka u situaciji kada se ne poznaju uzrok i priroda bolesti od koje se boluje. Termin *bolest* pravilno se upotrebljava da označi poznato dijagnostikovano stanje narušenog zdravlja individue od dijagnostički poznatog uzroka. Termin *bolest* kao i termin *zdravlje* je osnovna kategorija medicinske teorije.

Potpuna definicija bolesti skoro da nije moguća ali najpribližnija i egzaktna bi bila da je bolest **"vid poremećaja normalnih zbivanja u organizmu čoveka, odnosno nenormalno odvijanje životnih funkcija"**. Problemsko u ovakvoj definiciji je termin normalan jer nije egzaktno određen već je široko prihvatljiv. Značajno je razumeti u teoriji medicine razliku kvalifikativa **"bolesna zbivanja"** i **"bolesna stanja"**. Distinkcija bolesnog zbivanja od bolesnog stanja moguća je teorijski ako se bolest prihvati kao evolutivni patološki proces koji nekada ostavlja trajne definitivne posledice – stanje, a nekada po izlečenju nema tragova u stanju bolesti poremećenih normalnih zbivanja životnih funkcija. Bolesna stanja mogu biti preneti samim rođenjem, kao što su brojne urođene ili nasleđene mane, deformiteti i nakaznosti.

BOLEST I OBLICI ISPOLJAVANJA

Narušenost zdravlja ili bolest najverovatnije je za čoveka u preistoriji bila među prvim pojmovnim preokupacijama apstraktnog mišljenja i potrebe za razumevanjem. Čovek u prvo-bitnoj zajednici shvatio je da je bolest stanje nečim izazvano a ugrožava mu život i kvalitet življenja. U pokušaju razumevanja šta se događa smatrao je da je nešto prodrlo u njegov organizam, a to je moglo biti nešto materijalno (korpuskularna teorija) ili demon, tj. zao duh (demonistička teorija), a moguće i neko pretpostavljeno živo biće (parazitarna teorija). Bolest je za primitivnog čoveka bila posledica "nailaska" ili "ulaska" nečeg u ljudski organizam, svakako nečeg zlog. Primitivni čovek je mislio da je gubitak, na primer krvi ili nekog organa, posledica magičnog postupka neke nepoznate sile nad bolesnikom.

Empirijsko razumevanje bolesti je bilo takvo da bolest nije samo trpljenje organizma već i aktivno nastojanje da se ozdravi. Bolest je, znači, stanje narušene homeostaze – ravnoteže (harmonije). Ovakvo definisanje bolesti koristio je i Hipokrat, otac medicine. Razvoj naučne medicine dao je osnove za definisanje bolesti po kvalitetima kliničke specifičnosti bolesti – pojam kliničke dijagnoze i stavovi o sistematizaciji bolesti, odnosno uvođenje nozologije i nozoloških sistema.

Ispoljavanje bolesti u savremenoj medicini označava se kao znak – *simptom morbi*. Istovremeno ispoljavanje više znakova u stanju bolesti naziva se skup simptoma ili sindrom.

Simptome bolesti može doživljavati bolesnik a da ih nije moguće realno verifikovati, tada se govori o subjektivnim kliničkim znacima bolesti. Znaci bolesti koje mogu i drugi zapaziti, objektiviziraju (objektivno utvrde, kao što je povišena temperatura) objektivni su klinički znaci ili simptomi bolesti. Objektivni klinički znaci bolesti mogu biti nespecifični – prate dve ili više bolesti i specifični, koji odražavaju jednu bolest ili manju grupu srodnih bolesti. Termin patognomonični znaci bolesti upotrebljava se samo za znake neke bolesti isključivo karakteristične baš samo za tu bolest.

Sindrom je skup simptoma (znaka) bolesti koji se javljaju vremenski povezani ili po redosledu ili u precizno određenim intervalima. Termin trijas (trijada) jeste specifična ili tipična pojava tri karakteristična simptoma istovremeno kao dijagnostički kriterijum za datu bolest. Termin trijas simptoma je kliničko dijagnostički termin u savremenoj naučnoj medicini.

MASOVNE POJAVE BOLESTI epidemije, pandemije

Masovna pojava obolevanja od iste bolesti većeg broja ljudi u kratkom vremenskom periodu na ograničenom području naziva se **epidemija**. Epidemije su najčešći oblici pojavljivanja zaraznih bolesti, na primer pojava influence. Epidemije mogu biti prema nastanku i trajanju *eksplozivne* – naglo počinju i naglo prestaju i *tardivne* (progresivne) – sporo se šire i duže traju.

Epidemije zavisno od prostora i obima, odnosno broja obolelih, mogu biti **male**, **tzv. kućne epidemije** i antipodno tome mogu zahvatiti stanovnike čitavog kontinenta – **pandemije**.

Eksplzivne epidemije su najčešće kapljičnog (hidričnog) načina prenošenja zaraze. Tipični predstavnik je influenza – grip i skoro sve osipne groznice dečje uzrasne dobi (male boginje, varičele, rubeola). Najznačajnije pandemije zabeležene u istoriji civilizacije su "**crna smrt**" ili Justinijanova kuga u VI veku nove ere (umrla skoro četvrtina stanovništva Evrope).

Nauka koja izučava pojavu, razvoj, tok i suzbijanje masovnih bolesti – epidemija i pandemija naziva se epidemiologija. Epidemiologija u svojoj delatnosti koristi epidemiološke metode preveniranja i suzbijanja zaraznih bolesti.

VOĐENJE MEDICINSKE DOKUMENTACIJE I MEDICINSKA TERMINOLOGIJA

Profilisanje savremenog medicinskog prava kao posebne oblasti regulativnih normi nametnulo je vrlo bitnim pravilno vođenje medicinske dokumentacije i precizne upotrebe medicinske terminologije. Medicinska struka je imala i potrebu za urednim vođenjem dokumentacije o bolesti, samom bolesniku i tretmanu, kao i za upotrebom jedinstvene stručne terminologije. Iscrpno, ispravno i kontinuirano upisivanje svih podataka i situacija nastalih i/ili proisteklih iz odnosa lekar – pacijent jeste medicinska dokumentacija. Formiranje i korišćenje medicinske dokumentacije je bitno za razvoj i napredak medicine ali i osnova praktičnog rada lekara.

Medicinska dokumentacija obuhvata posebna dokumenta koja formira i piše isključivo lekar a to su: istorija bolesti, otpusna lista (otpusno pismo), ekspertiza, temperaturna lista i bolesnički karton. Zakonom su propisani posebni obrasci za sva nabrojana dokumenta.

Takođe, lekar je obavezan da sve što sazna anamnestički, utvrdi pregledom i dijagnostičkim postupcima, zapažanjem, sve podatke o bolesniku i njegovoj bolesti koje sazna od drugih kolega, zdravstvenih radnika i saradnika i/ili od rodbine treba da unese u medicinsku dokumentaciju. Pravilno i dosledno vođenje medicinske dokumentacije sa egzaktno preciznom upotrebom medicinskih termina veoma je bitno iz brojnih razloga. Najbitniji razlozi su:

1. *dijagnostika*, 2. *terapija*, 3. *predviđanje*, 4. *pravovremeno intervenisanje*, recimo zbog promene znakova bolesti, 5. *smanjivanje moguće greške*, 6. *mogućnost da drugi lekar uspešno nastavi tretman istog bolesnika*, 7. *upoređivanja sa ranijim stanjem*, 8. *istraživački rad*, 9. *unapređivanje stručnosti i veštine*, 10. *mogući sudskomedicinski i pravnomedicinski spor*, 11. *praćenje toka bolesti* i 12. *epidemiološki razlozi*.

Svaki nalaz lekara i svaki potpisani dokument, počev od najjednostavnijeg kao što je recept za podizanje leka u apoteci predstavlja sudskomedicinski dokument. Svaka beleška lekara može razrešiti eventualno nastali medicinskopravni problem.

Zakon o zdravstenoj zaštiti Republike Srbije ("Službeni glasnik RS" br. 107/2005, 02.12.2005. godine) u **članu 73.** reguliše vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencije:

"Zdravstvena ustanova, privatna praksa, ustanove socijalne zaštite, zavodi za izvršenje zavodskih sankcija, fakulteti zdravstvene struke koji obavljaju određene poslove zdravstvene delatnosti, kao i druga pravna lica koja obavljaju određene poslove zdravstvene delatnosti u skladu sa Zakonom, dužni su da vode zdravstvenu dokumentaciju i evidenciju i da u propisanim rokovima dostavljaju individualne, zbirne i periodične izveštaje nadležnom Zavodu, odnosno Institutu za javno zdravlje, kao i drugim organizacijama na način propisan posebnim Zakonom.

Vođenje zdravstvene dokumentacije i unos podataka u zdravstvenu dokumentaciju isključivo obavljaju ovlašćena lica, u skladu sa Zakonom.

Vrste i sadržina zdravstvene dokumentacije i evidencija, način i postupak vođenja, lica ovlašćena za vođenje zdravstvene dokumentacije i unos podataka, rokovi za dostavljanje i obradu podataka, način raspolaganja podacima iz medicinske dokumentacije pacijenata koja se koristi za obradu podataka, kao i druga pitanja od značaja za vođenje zdravstvene dokumentacije i evidencija, uređuju se posebnim Zakonom."

ORGANIZACIJA STOMATOLOŠKE SLUŽBE U SRBIJI

Stomatologija se po definiciji bavi zaštitom i unapređenjem zdravlja zuba i usne duplje, kao i lečenjem bolesti i povreda zuba i usne duplje. Primarni princip organizacije stomatološke zdravstvene službe je maksimalno približavanje stomatoloških znanja i veština stanovništvu. Problem organizacije zubno-zdravstvene službe u svakoj savremenoj državi, kao i u Srbiji, dolazi iz potrebe zadovoljenja sledeća tri aspekta:

- 1) planirani obim stomatološke aktivnosti u odnosu na brojnost obuhvaćene populacije;
- 2) planirani broj i distribucija obrazovanih stomatoloških kadrova;
- 3) sagledana i opredeljena sredstva iz budžeta za ostvarenje obima planirane stomatološke zaštite stanovništva.

Stomatološka služba u Srbiji je integralno organizovana zaštita i sprovodi se preko:

- 1) samostalnih zubno-zdravstvenih ustanova, i to:
 - a) *zavoda za stomatologiju;* b) *instituta za stomatologiju;* c) *stomatoloških klinika.*
- 2) preko stomatoloških ustanova ili jedinica u sastavu drugih zdravstvenih ustanova nivoa klinika, zdravstvenih centara i domova zdravlja;
- 3) stomatoloških, zubnih, privatnih ordinacija i stomatoloških klinika specijalizovanih u okviru posebnih grana i oblasti savremene kliničke stomatologije.

Specijalistička zubno-lekarska ili stomatološka zaštita stanovništvu pruža se preko sledećih specijalističkih stomatoloških disciplina: bolesti zuba, bolesti usta, dečja i dečja preventivna stomatologija, ortopedija vilica, stomatološka protetika i oralna hirurgija. Sve praktično zdravstvene ustanove u Srbiji, zaključno sa većim domovima zdravlja, imaju nekoliko ili sve navedene specijalističke stomatološke kliničke grane.

Poglavlje VI O MEDICINSKOJ ETICI I LEKARSKOJ DEONTOLOGIJI

MEDICINSKA ETIKA I MEDICINSKA DEONTOLOGIJA

Medicinska etika je od izuzetnog značaja za medicinsku struku, pre svega za lekare, zbog društvenog značaja primene medicine u praksi. Medicina se bavi životom i zdravljem čoveka, zato je na lekaru izuzetna odgovornost sa humanističkog i etičkog aspekta.

Medicinska etika svoje učenje zasniva pored naučne medicine i na opštim etičkim principima, odnosno principima etičkih učenja. Savremena medicinska etika se bavi odnosom pacijent – lekar u svakoj situaciji primene u praksi dostignutih znanja i otkrića u oblasti medicine, odnosno pružanja medicinskih usluga bolesnom i povređenom čoveku. Posebnost medicinskoetičkog proističe iz univerzalnosti podređenog i zavisnog odnosa pacijenta u odnosu na lekara i zdravstvenog radnika, te su mogući brojni oblici zloupotrebe pacijenta, ali i zloupotrebe lekara od strane pacijenta.

Medicinska etika je danas oblast medicinskog izučavanja i njen pravi zadatak je da lekarima i zdravstvenim radnicima približi probleme etičke prirode da bi ih u svakodnevnoj praksi i svom profesionalnom životu prepoznali i adekvatno rešili. Odavno je zapaženo da zbog prirode odnosa lekar – pacijent ne mogu biti uspostavljeni spoljašnji nadzor i kontrola tog odnosa da bi se sprečila zloupotreba odnosa pacijent – lekar, kao i lekar – pacijent. Tako medicinska etika izrasta na saznanjima da je značaj unutrašnjeg nadzora i kontrole zloupotrebe odnosa pacijent – lekar i lekar – pacijent primaran i na njemu i počiva učenje savremene medicinske etike.

Medicinska etika je danas već profilisana kao prava medicinska oblast ili medicinska disciplina u globalnoj naučnoj medicini našeg vremena. Savremeni medicinskoetički principi se oslanjaju na *autonomnu* i *utilitarnu etičku teoriju*. Student medicine, a budući lekar, da bi usvojio savremene medicinsko etičke principe, treba da zna ove etičke teorije.

1. **Autonomna medicinska etička teorija** gleda na odnose između lekara i pacijenta kao na odnos između dve nezavisne, odgovorne i kompetentne osobe, a ne kao na odnos, recimo, dete – roditelj i slično. Zasnovana je na Kantovom učenju. Autonomna etička teorija odnos i relaciju lekar – pacijent postavlja na nivo moralne obaveze i lekaru i pacijentu implicitno, polazeći od pretpostavke da je odrastao pacijent sposoban za donošenje racionalnih i odgovornih životnih odluka i da ima pravo na donošenje tih odluka. Autonomna etička teorija smatra, da je pacijent nezavistan u odlučivanju o sebi i upravljanju sobom, što je neophodno poštovati i kada lekar smatra da su takve odluke pacijenta protivne sopstvenim interesima. Pacijent je autonoman u odlučivanju da li će da se leči ili ne. Zakonski su uređene pretpostavke o apsolutnoj kompetentnosti pacijenta, a time i pravo odraslih i mentalno neoštećenih bolesnika da prihvate, odnosno odbiju lečenje. Ovaj princip odnosa lekar – pacijent utemeljen je na autonomnoj etičkoj teoriji primenjenoj u medicinskoj etici, a time i u medicinskoj praksi i životu.

Autonomna etička teorija podržava ideju obaveze lekara da se bori u svakoj situaciji za dobro svog pacijenta i da se uvek trudi da ukloni ili smanji njegovu patnju i bol kao posledicu bolesti ili povrede. Po načelima autonomne etičke teorije, zabranjeno je eksperimentisanje na pacijentu bez njegove saglasnosti da bi se ostvarili prethodni ciljevi. Pacijent se ne sme nikada tretirati kao objekt, već se mora poštovati autonomija njegove ličnosti.

Paternalistički stav lekara autonomna etička teorija odobrava samo ako je pacijent osoba nekompetentna, nesposobna da bude poštovana njena autonomnost. Ovo važi za mentalno retardirane, dementne, psihotične i decu.

2. **Utilitarne medicinskoetičke teorije** zastupaju pri svakom odlučivanju lekara u relaciji lekar – pacijent obavezu da se uvek vodi računa o najvećoj mogućoj dobrobiti za pacijenta, ali i o najvećoj mogućoj dobrobiti za najveći broj ljudi. Utilitarne medicinskoetičke teorije insistiraju da se pri donošenju zdravstvene politike i programa zdravstvene zaštite u zajednici, te zakona i odluka o merama i aktivnostima koje se tiču zaštite zdravlja, poštuju interesi društva, odnosno zajednice.

Utilitarne medicinskoetičke teorije ne priznaju fundamentalno pravo pacijenta da "apriori" daje saglasnost o svom lečenju, niti ove etičke teorije utvrđuju apsolutno pravo na tajnost podataka o pacijentu i njegovoj bolesti. Ova prava pacijenta (bolesnika) utilitarne medicinskoetičke teorije priznaju samo kada ona ne remete njihov osnovni princip: *Najveća moguća dobrobit uz najmanju moguću štetu za najveći broj ljudi.*

Medicinski paternalizam podržavaju utilitarne etičke teorije. Postoje dva oblika paternalizma: *državni i individualni.*

a) **Državni paternalizam** u medicinskoetičkom smislu predstavlja zakonske propise koji regulišu materiju da bolesnika može lečiti samo ovlašćeni lekar i u terapiji primenjivati samo one lekove koje su propisali država i njene institucije.

b) **Individualni paternalizam** u okviru medicinske etike podržan utilitarnim etičkim teorijama postoji u tradicionalnom odnosu lekar – pacijent i održan je do danas u celom svetu i kod nas. Ovaj model ima analogije sa odnosom dete – roditelj, jer je lekar dužan da se stara o dobrobiti svog pacijenta, kao i roditelj o dobrobiti svog deteta. *Osnovna je pretpostavka da lekar zna apriori šta je za pacijenta najbolje i prihvatanjem takvog stava on se oslobađa obaveze da pacijentu i njegovoj rodbini objašnjava svaku svoju odluku i nameru vezanu za tretman i le-*

čenje pacijenta, te ne mora za njeno sprovođenje da traži dozvolu. Lekar, dakle, ima pravo da smatra da sam pacijent nije sposoban da shvati adekvatno potrebu preduzimanja određenog tretmana ili dijagnostičkih procedura, jer ne poznaje naučnu medicinu, a on – lekar apsolutno je kompetentan da odabere najbolje za svog pacijenta, pri čemu nije obavezan da informiše pacijenta o svom preduzimanju.

Utilitarne medicinskoetičke teorije podržavaju principe odnosa lekara i pacijenta, koji nisu potpuno usklađeni sa aktuelnim stavovima humaniziranog i demokratizovanog društva naše civilizacije, i sve se više zamenjuju autonomnim etičkim teorijama u oblasti savremene medicinske etike. Utilitarni etički teorijski principi ipak služe i danas kao osnova za donošenje odluka na makro planu: razrada platformi zdravstvene politike, programa i planova zdravstvene zaštite, uspostavljanje mreže zdravstvenih ustanova, postavljanje norme metodologije rada zdravstvenih institucija itd. Vanredne situacije, katastrofalni zemljotresi, masovne nesreće održavaju utilitarne medicinske etičke teorije, jer one forsiraju princip najveće moguće dobrobiti za najveći mogući broj ljudi.

Reč deontologija je izvedena iz grčkih reči *deon* – dužnost i *logos* – nauka. **Deontologija je, dakle nauka o dužnostima.** Prvi put izraz deontologija upotrebio je engleski filozof Bentham (Bentem) 1834. godine u delu *Deontology* u značenju teorije morala u celini. Termin deontološki u teološkoj upotrebi znači dokaz za postojanje Boga, moralni dokaz, potreba našeg uma da pretpostavi postojanje Boga kao osnov moralnog sveta.

Medicinska deontologija je znana i kao *medico deontologija*. Prema A.F. Bilibinu "*Duša medicine i mudrosti lečenja*" (1973) je povezana tesno sa kliničkom medicinom a tiče se pre svega odnosa lekar – bolesnik. Specifičnosti vezane za medicinsku deontologiju nisu takve da bi se shvatilo oštro razgraničenje od medicinske etike, jer postoje neraskidive veze između medicinske etike i medicinske deontologije.

Deontologija u medicinskoj praksi danas podrazumeva deo etike, odnosno razmatranje svih problema vezanih za dužnosti u medicini. **Deontologija u medicinskoj praksi podrazumeva sve ono što je sadržano u kategorijama moralnih potreba, zahteva, kao i pisanih naloga.** Najpreciznije rečeno deontologija u medicinskoj praksi podrazumeva sve obaveze profesionalnih lica koje proističu iz moralnih normi i zapovesti a vezane su za dužnosti i prava svih profesija u medicini (lekara, stomatologa, farmaceuta, zdravstvenih radnika, administrativnih radnika u medicini).

Pojmovi deontologija i etika delom su podudarni, ipak je medicinska etika pojam koji obuhvata i filozofsko – psihološki aspekt medicine i drugih profesija proisteklih iz medicinske nauke.

ISTORIJAT I RAZVOJ SAVREMENE MEDICINSKE ETIKE

Savremena medicinska etika na početku trećeg milenijuma razvijena je do nivoa posebne oblasti današnje naučne medicine. Etička posebnost praktične primene medicinskih znanja i veština nastala je i razvijala se istovremeno sa nastankom i razvojem humane medicine.

Etičko medicinsko problemsko postoji od vremena poznate nam medicinske prakse, kulture i uopšte od vremena pojave medicine u ljudskoj zajednici. Definisanje medicinske etike u današnjem razumevanju mora se istorijski pripisati Hipokratovom vremenu i njegovom ličnom medicinskoetičkom učenju.

Hipokrat (460 – 377. godine pre nove ere) je po svemu otac moderne naučne medicine, **"nenadmašni genije"**. **Hipokrat je i otac etičkog medicinskog učenja ili medicinske etike u današnjem smislu.** Postavio je osnove naučne medicinske misli, ali i precizno definisao dužnosti lekara. Hipokrat je time prvi osmišljeno uredio medicinsku etiku. Poznata je njegova sentenca o lekaru i osobinama pristojnosti: ***"Lekar treba posebno da pazi na svoj moral, da besprekorno živi, što je neophodno za njegov dobar glas."***

Hipokratova genijalna moć zapažanja ostala je neprevaziđena do danas. *"Lekar je kao filozof ravan bogovima a medicina je kao filozofija, sve što ima u jednoj ima i u drugoj, između njih nema nikakve razlike"*.

Hipokrat navodi osobine lekara: ***"Nesebičnost, uzdržavanje, sramežljivost, skromno odevanje, razmišljanje, rasuđivanje, spokojstvo, čvrstina pri opštenju sa ljudima. Lekar mora, pri vršenju svoje dužnosti, da pokazuje učtivost, jer grubost odbija i zdrave i bolesne ljude."***

Hipokrat je učio da moralno vladanje lekara treba da bude čisto i bez mane. Stav svakog lekara treba da bude blagonaklon, čovekoljubiv i častan. Lekar treba sa svakim da bude pošten i pravedan, *"jer će mu pravedno rasuđivanje biti od mnogostruke koristi"*.

Hipokratova zakletva je pravo načelo medicinske etike i etike obavljanja lekarske struke. Primenjivana je u svim vekovima i milenijuma posle Hipokrata i svim civilizacijama i medicinskim kulturama, pa i u današnjem vremenu ekspanzivnog zamaha i razvoja naučne medicine i naučne medicinske misli. Hipokratova zakletva ukazuje da je *Hipokratova škola bila prilično zatvorena prema svima*, osim prema onima koji su bili spremni da se obavežu ugovorom i zakletvom da će poštovati **"medicinski zakon"**, odnosno propisana pravila ponašanja. Tako je Hipokratova škola držala monopol nad sveukupnim ondašnjim medicinskim znanjem i praktičnom veštinom. Ipak to nije bio samo kult stvarne – naučne medicine, već i njena tajna i nedokučiva strana. Zato je prati posebna harizma Hipokratovom učenju posvećenih lekara, te su efektno ostvarivali povoljne terapeutske uspehe i primenom placeba i sugestije.

Hipokratovo medicinskoetičko je kao hipoteka i neprevaziđena osnova kliničkog rada ali i putokaz razvoja medicine budućnosti. **Hipokratu za sva vremena pripada slava oca medicine ali i slava oca medicinske etike.** Njegov doprinos na oba polja je još neprevaziđen.

Hipokrat je u istoriji neponovljen, božanski, čudotvorni mudrac, velikan i izumitelj samo lepog i korisnog za čoveka. Zato medicinska etika nije mogla zagubiti razvojni put do savremenog domašaja.

MEDICINSKA ETIKA I LEKARSKA DEONTOLOGIJA U MEDICINSKOJ PRAKSI SRPSKOG NARODA

Poznati nam istorijski razvoj Srpske medicine sigurno je pratio i razvoj posebnosti medicinskoetičke prakse našeg naroda.

Medicinska etika pripada oblasti praktične etike, odnosno posebnoj normativnoj etici lekarske profesije i profesije zdravstvenih radnika. *Istorijat medicinske etike sačinjavaju, na nivou istorijata civilizacije, dela najuglednijih lekara u minulim vremenima.* Izučavanje nastanka medicinske etike usmereno je na poglavlja u kojima se opisuje kako su ovu problematiku raspravljali umnici davnog vremena i stvarali *kanone, zakone, kodekse, pravila, povelje, deklaracije, rezolucije, izjave i zakletve u domenu etičnog vršenja lekarske struke.* Dragoceni podaci iz ove oblasti, kao naša nacionalna baština, nisu dovoljno izučeni, te ni u većem obimu poznati ni stručnoj ni opštoj javnosti. Sudeći po izvorima o istoriji **naše medicinske etike**, njene vrednosti zaslužuju širu svetsku pažnju i pripadaju baštini ukupne istorije civilizacije.

Manastir Studenica i posebno za njega vezana aktivnost **Svetog Save** pravi je, po pisanim istorijskim izvorima, *početak razvoja srpske nacionalne kulture.* Na tom pravom nacionalnom vrelu kulture počinje i **osniva se naša – posebna medicinska etika.**

Nomokanon (Krmčija Svetog Save) sadrži obimna i brojna pravila koja se odnose na prvu srpsku bolnicu na tlu naše ranije i sadašnje države, osnovanu u periodu 1206 – 1217. godine. Bitan izvor osnivanja i razvoja naše medicinske etike je u manastiru Hilandar u Svetoj Gori, u današnjoj Grčkoj, jer su u njemu *Nemanjići – Sveti Sava i Nemanja – osnovali srpsku bolnicu* 1191. godine. **Hilandarski tipik** je nastao u **Hilandaru** i u njemu pronađen čuveni **Kodeks 517**, koji govori da su Srbi poznavali *ondašnju medicinu.*

Tragovi medicinske etike vezani za Srpski narod sadržani su i u **Domentijanovom i Teodosijevom šestodnevju Jovana Egzarka, u Dečanskom vradžbeniku, u Terapijskim zbornicima, u Dušanovom zakoniku, u Statutu grada Kotora, u žitijima Despota Stefana Lazarevića i Stefana Dečanskog,** u zapisanom odnosu i stavu svenarodnom srpskom prema *svetim lekarima Damjanu, Kuzmi, Pantelejmonu,* kao i prema moštima svetaca, *Svetog Save, Vasilija Ostroškog* itd.

Medicinska etika iz te davne istorije državnosti srpskog naroda prelama se sa visoko vrednovanom opštom etičnošću našeg naroda u tom vremenu. Dokazi za to su, recimo, u **tipiku Studenice**, gde u glavi 38. piše: *"Gladne treba hraniti..."*. Isti odnos je bio i prema siromašnim bolesnicima, posebno lečenim u manastirima. **Srbi su imali na visokim etničkim principima pored bolnica pri manastirima i dobro organizovane bolnice** u Dečanima, Prizrenu, Ravanici, u vreme kralja Milutina u Carigradu – u kraju zvanom Prodrion – bilo je čuveno učilište pri Kraljevoj bolnici, *koje je bilo pravi nukleus našeg budućeg medicinskog fakulteta.* U njemu je radio cenjeni profesor tog vremena Jovan Argiropur. *Postojala je 1315. godine i srpska bolnica u Jerusalimu,* kao i hospitalijumi u Beogradu i Kotoru.

Medicinsku etiku Srba, odnosno srpskog naroda, koja je u suštini i generator jugoslovenske medicinske etičke prakse XX veka, razvijali su prvi lekari na našem prostoru, pre svih *Filip iz Ferme u Kotoru 1326. godine*, zatim empirijci – *magister Egidijus u službi kod Stefana Dečanskog, te Prvoslav i Menča, pa uticajni magister Antonijus na dvoru cara Dušana*. Nesporan je uticaj medicine i medicinske etike ondašnjeg Dubrovnika preko njegovog tada brojnog srpskog stanovništva. **"Tvrđi grad Kotor"** ima prvu apoteku već 1326. godine. Srpski narod je ipak i u to vreme u medicinsko – zdravstvenoj zaštiti bio prepušten empiricima, a malo ili nikako učenim lekarima. **U narodu je obilato korišćena magija u lečenju bolesnih, kao uostalom i u celoj Evropi.** Svoje mesto u tretmanu bolesnika našli su brojni prevaranti i medicinski stručnjaci bez iskustva. *Apokrifne molitve, amuleti, vradžbine i gatanja*, bili su među Srbima ipak ispred stavova pape *Inoćentija VI* i njegove *bule* iz 1484. godine *kojom je utvrdio verovanje u veštice i odredio njihovo spaljivanje ozakonivši period inkvizicije*.

Propast Srpskog carstva, a posebno posle čuvene Kosovske bitke gotovo potpuno je prekinuo razvoj specifične medicine i medicinske etike našeg naroda. Nažalost, dogodilo se to u vreme punog njenog procvata, ali i u vreme predrenesansnog perioda u Evropi. **Posrtanje naše medicine i medicinske etike srednjovekovnog doba zaustavilo se tek sa oslobodilačkim nacionalnim ustancima Karadžića i Miloša na početku XIX veka.** Taj period je period pojave prvih lekara među Srbima, istina empirika – *Hećim Toma Konstantinović, Vita Romita, Kulibert* i dr. Prvi učenici, diplomirani srpski lekar u novoformiranoj srpskoj državi XIX veka bio je **Jovan Apostolović**. Medicinske studije završio je u Nemačkoj u Jeni, a *prvi apotekar je bio Pavel Ilić*, koji je 1836. godine došao u Kragujevac iz Vojvodine. Naša medicina, a svakako i naša medicinska etika, kasnila je mnogo, u XIX veku. Nadmoć narodne medicine među Srbima, gatanja i vradžbine u lečenju bolesnih potvrđuje i sećanje da su se knez Miloš i njegova svita – saradnici, lečili provlačenjem kroz **"čuminu košulju" i orljanski kamen**.

Naročito su isticanja vredni primeri srpske medicinske etičnosti u posebnim društvenim datostima kao što su ratovanja. Takav primer je zabeležen 1885. godine u ratu Srba protiv Bugara, kada su Srbi zaustavili sve ratne operacije 24 časa da bi nesmetano prošao konvoj sa sanitetskom pomoću brojnim bugarskim ranjenicima. Zbog niskih temperatura tih dana i zaleđenog Dunava, brodovima nije mogla da stigne austrougarska i nemačka pomoć Bugarima. *Sami Srbi su pridodali toj pomoći poklon od 300 ćebadi. Tokom Prvog svetskog rata Srbi su čuvali svoje duševne bolesnike, čak ih je vojska vodila sa sobom u izbeglištvo vezano za nikad zaboravljenu epopeju povlačenja preko Albanije.* Sličnih primera ima nebrojeno u istoriji našeg naroda. Ti primeri su i danas i za sva vremena temelji za formiranje specifičnog duha posebnosti srpskog naroda, neiscrpno vrelo razvoja etičnosti uopšte, ali i *medicinske etike*.

Jugoslovenska medicinsko etička praksa suštinski je naslednik srpske medicinskoetičke prakse i istorijski treba biti smeštena u period 1941 – 1945. Medicinska etika u Narodnooslobodilačkoj borbi zasnivala se pre svega na visokoj etičkoj vrednosti same borbe. Oslobodilački rat bio je zasnovan na humanim principima i višim ljudskim ciljevima, anticipiranim u izgradnju novog društva koje je osnovano i stvarano tokom samog rata. Postupci lekara i zdravstvenih radnika u tom partizanskom ratovanju karakterisani su domašajem vrhunskih ljudskih vrednosti i moglo bi se reći da su sam vrh ostvarenog humanizma svojstvenog našem čoveku. *Samopožrtvovanje, angažovana briga za ranjenike, krajnje brižljiva nega, nesebična solidar-*

nost i drugarska pažnja. Samopožrtvovanje u svim kritičnim situacijama, uzajamno odricanje od lekova i sanitetskog materijala za drugog, ranjenog druga, vrline su zdravstvenih radnika nezabeležene do tada u istoriji ratovanja. Ostala je sentenca: **"Svi i sve za spas ranjenika."**

Lekara je bilo malo pa su angažovani u tom ratu danonoćno, neštedimice davali sebe zbrinjavajući ranjene i bolesne. Oprema i sanitetski materijal, bili su više nego oskudni, hirurški rad odvijao se u improvizovanim uslovima uz natčovečne napore lekara i bolničara da se uspešno zbrinu ranjeni ali i bolesni ne samo iz redova boraca već i stanovništva. Često su i lekari, ranjeni i bolesni trpeli iste uslove, istu ugroženost i ista strahovanja. Ostajali su uz svoje ranjenike i bolesnike i kada je neprijatelj bio nadmoćan i bivali ubijani i streljani zajedno sa njima. *Hirurške intervencije izvođene su neretko bez sredstava za anesteziju.* Anestetik su bili toplina i drugarstvo i reč i podrška lekara koji je amputirao delove tela ranjenom. Taj etički i emocionalni odnos lekara i ranjenog teško je naći u istoriji. Sećanje profesora Stefanovića ima trajnu medicinskoetičku vrednost.

Doktor Vojislav Stojanović, hirurg, kasnije decenijama profesor Medicinskog fakulteta u Beogradu i učitelj brojnih generacija lekara, ostavio je zapisano svoje sećanje. Govorio je da se brojno puta našao u nedoumici tokom NOB-a: **"Bio sam u teškoj dilemi i preživljavao unutrašnje psihičke sukobe.** *Na jednoj strani, bio je u pitanju čovek koji je po svojim opredeljenjima afirmisani neprijatelj narodno-oslobodilačkog pokreta i borio se protiv nas bez rezerve, a na drugoj strani, preda mnom je bio bolesnik u teškom stanju kome je potrebna neodložna pomoć i koji moli za pomoć. Na kraju sam ipak, motivisan svojim ideološkim opredeljenjem da se borimo za ljudsku slobodu, pravdu, istinu, više ciljeve čovečanstva, a u sklopu toga i odan kodeksu ljudske i lekarske etike, odlučio da delujem efikasno, preduzevši sve adekvatne mere za pomoć i lečenje bolesnika. Dok sam ovako postupao, u meni je začeta neodoljivo i druga misao, da li bi se za ovog čoveka posle ozdravljenja, ako bi slučajno bio u našim rukama, složio da bude streljan za sva nedela koja je počinio protiv narodno-oslobodilačkog pokreta i svih njegovih pripadnika. Usledila je odmah bezrezervna i decidirana odluka složio bih se!"* Citat doktora Stojanovića, kasnijeg velikana u razmerama svetske kardiohirurgije i hirurgije uopšte, definiše potpuno i bez ostatka principe i visoka moralna načela medicinske etike srpskih lekara u ratovima u kojima je srpski narod bio učesnik.

Medicinskoetičko držanje i ponašanje lekara i zdravstvenih radnika tokom nedavnog građanskog rata na prostoru SFRJ (1991 – 1995) nedovoljno je izučeno u ovom momentu. Podaci kojima se raspolaže neuverljivi su i veoma često činjenično kontradiktorni.

MEDICINSKOETIČKA NAČELA U RADU LEKARA

Etičnost razvojno u medicini i lekarskoj profesiji uopšte treba shvatiti kao tendencije postavljanja posebnih pravila ponašanja prvih iscelitelja – lekara u pretpostavljenoj istorijskoj prošlosti sa pojavom umnog čoveka. Medicinska etika se razvijala tokom bar pet milenijuma prema pisanim istorijskim izvorima ili istorijskim spomenicima o medicini i lekarskoj profesiji u minulim civilizacijama.

Iscelitelji, odnosno protagonisti primene medicine u praksi, pomagači u bolesti ili povređivanju, bili su tradicionalno poštovani jer su u svom radu pored iskustva i preuzetih znanja od predaka uvek iskazivali mistiku u vršenju lekarske, odnosno isceliteljske dužnosti. Etičnost obavljanja medicinske profesije, vekovima u prošlosti predstavljala je *nekvalifikovanu etiku* tzv. alternativne ili tradicionalne medicine. Nekvalifikovana etika kao i medicina razvijala se pod uticajem filozofskih i religijskih shvatanja o životu uopšte, o vrednostima života, o bolestima, razbolevanju i smrti. Treba razumeti da u preistoriji za neuspešno lečenje nije bio odgovoran lekar ili medicina, već po pravilu lek i bolesnik koji se ne pridržava saveta ili predloženog tretmana.

Savremena medicinska etika, istorijski kao nauka nastaje tek početkom XIX veka. Savremeni medicinskoetički nivo dostignut je za manje od 200 godina razvoja.

Razvoj alopatske medicine korelira sa razvojem medicinske etike u faktičkom smislu poimanja. Promenom gledanja na bolest i njeno dokazivanje eksperimentalnim radom se formira i savremena etičnost lekarske profesije, odnosno formira se lekarska deontologija u današnjem smislu. Istorijski gledano nastanak i razvoj alopatske medicine doveli su do brojnih problema jer se morao rešiti nekontrolisani entuzijazam lekara da saznaju o bolestima i načinu njihovog lečenja što više, da se ovekoveče slavom kroz razrešenje bolesti i pobedu nad bolešću. Tako lekari preduzimaju brojne eksperimente već početkom XIX veka na ljudima, koji su pre svega bili često krajnje neetični o čemu svedoči medicinska literatura iz tog vremena. Englez Willcock (1930.) prvi je lekar koji zanosu eksperimenta i naučnosti u medicini suprotstavlja medicinskoetička načela i principe tvrdeći: *"Pod eksperimentom ne treba podrazumevati divlju i opasnu praksu praktičara, neznalice koje ishitreno i po svaku cenu želi da stekne znanje i iskustvo, već pod eksperimentatorom treba smatrati čoveka velikog znanja i nesumljivog talenta i koji svoj plan priprema na osnovu poznavanja sistema građe čoveka i specifične bolesti. Kad se ovakva vrsta eksperimenta izvodi uz saglasnost osobe nad kojom se obavlja i pošto se ispitanik obavešti da se radi o eksperimentu, istraživač ne bi trebalo da bude pozvan na odgovornost za nadoknadu eventualne štete, niti da bude podvrgnut sudskom postupku."* Ovakav Willcockov stav i danas ima vrednost.

Drugi podsticaj razvoja medicinske etike u istaknutom, doslednom današnjem poimanju jeste pojava farmakoterapije u lečenju bolesti, a i to je vezano za XX vek, između svetskih ratova. Zamah farmakoterapije je uslovio iznalaženje sve većeg broja lekova, odnosno lekovitih supstanci i njihovom primenjivanju u medicini. Brojni lekari – lekari istraživači, eksperimente

sa novim lekovima izvodili su hrabro na sebi i time udarili posebne temelje razvoja medicinske etike rizikujući sopstveni život u interesu pomaganja bolesnom čoveku.

Posebni problemi savremene medicinske etike vezani su za farmakoterapiju i nameću posebne moralne obaveze i dužnosti lekara, pre svega lekara istraživača. Razvojem farmakoterapije i posebno farmakoindustrije, već 1937. godine došlo je do prve reklo bi se, katastrofe u SAD jer je jedna manja farmaceutska fabrika pustila u promet "sulfanamidski eliksir" koji je zbog uljnog rastvarača uzrokovao smrt preko stotinu ljudi. *Diethylen glycol* korišćen kao rastvarač sulfonamida, uzrokovao je smrt bolesnika. Druga tragedija dogodila se uvođenjem *Talidomida* u promet 1956. godine, kao poželjnog, netoksičnog sedativa, posebno preporučenog trudnicama u stanjima napetosti i nesanice. Pre puštanja *Talidomid* je ispitivan na modelima – psima i potvrdio netoksičnost u primenjenim dozama 1.000 puta većim od terapijske, te je sa entuzijazmom prihvaćen kao najpoželjniji mogući sedativ, je njima praktično isključena mogućnost suicida. Nažalost, već 1961. godine zapažene su prve malformacije ekstremiteta u novorođenčadi trudnica koje su koristile *Talidomid*. Ova tragedija je ostala najtužnijom u istoriji farmakoterapije i večna opomena da se nikada ne ponovi.

Dalje moralne obaveze i dužnosti lekara kroz načela savremene medicinske etike, a na nivou naučne medicine početka XXI veka, posebno su specifične u oblasti usvojenih metoda **vantelesnog začeća** u sferi **genetskih ispitivanja i genetskih savetovanja, odnosno genetskog inženjeringa** i konačno u primeni novog moćnog leka aktuelne medicine – **transplantacija organa**.

Savremena medicinska etika je nametnula načela i dužnosti i moralne obaveze lekarske profesije, te se javila potreba ujednačenosti u ovoj oblasti za sve lekare sveta. Rezultat je formiranje svetskih organizacija, kao Svetske zdravstvene organizacije i Svetskog medicinskog udruženja pri Ujedinjenim nacijama, formulisanje kodeksa, deklaracija, rezolucija i izjava obavezujućih za sve zemlje, odnosno lekare svih kontinenata i svih zemalja.

Savremena medicinska etika podrazumeva stalni, dalji razvoj usklađen sa razvojem i dometima naučne medicine i sve savršenije medicinske tehnologije, a osnovno načelo obavezujuće za lekara jeste: "Interes mog bolesnika ostaće uvek moja primarna briga." Medicinska etika, to treba da shvate već i studenti medicine se ne može naučiti, ona se usvaja. Konačno, *samo moralan čovek može da bude i po načelima medicinske etike, etičan i odgovoran lekar.*

Moglo bi se reći da se savremena medicinska etika, temelji na četiri osnovna principa:

1. **princip poštovanja života,**
2. **princip pravednosti – nediskriminacije po bilo kom osnovu,**
3. **princip dobrotvornosti – princip humanosti i**
4. **princip poštovanja ličnosti pacijenta.**

LEKARSKA ETIKA I LIČNOST LEKARA

*"Dobar lekar je jedan od najsrećnijih ljudi na svetu, on poznaje dobro i zlo.
On poznaje zlo da bi ga suzbijao, a dobro da bi ga svakom poklonio."*

Johan Volfgang Gete

Lekarska etika je posebna praktična etika, odnosno posebni deo normativne etike. Lekarska etika reguliše samo one norme kojima se regulišu moralne profesionalne obaveze dužnosti lekara, a osnovne moralne norme obrazlaže opšta normativna etika.

Lekarska etika se formirala vekovima kroz razvoj medicine uopšte i lekarske profesije. Sama istorija lekarskoetičkih načela nije obrađena, ali se sa sigurnošću može govoriti o razvoju lekarsko etičke misli. Brojni pronađeni pisani istorijski dokumenti govore o istorijskom nastajanju lekarske etike. Uglavnom su to zakletve, pravila, zakoni, kodeksi, kanoni, deklaracije, rezolucije i slično, stvarani milenijumima u istoriji medicine ljudske civilizacije.

Nastajanjem i razvojem medicine kao posebne društvene delatnosti nastajala je i lekarska etika. Ustanovljavane su istovremeno pravne norme kojima se preciziralo ponašanje lekara i lekarske profesije. Na početku su te norme imale uopšteni karakter, usklađene su bile sa običajima društvene zajednice i određivale su status i okvire ponašanja iscelitelja, odnosno lekara još u preistoriji. Sa nastankom prvobitnog klasnog društva (rodovske zajednice), morala se pojaviti kao društveno – istorijska neophodnost i lekarska etika, jer se u okviru humane medicinske delatnosti morao urediti neravnotežan položaj bolesnika u nastalom klasnom društvu.

Profilisanje poželjne ličnosti lekara nije moguće samo tokom školovanja i vršenja prakse. Potrebna je i prethodna kvalitetna osnovna struktura ličnosti budućeg lekara.

Ličnost lekara je kompozicija osnovne strukture ličnosti i tokom edukacije i praktičnog rada usvojenih medicinskoetičkih i medicinskoontoloških normi. Bitnost ličnosti budućeg lekara isticana je i pre više milenijuma. Brojni su primeri iz stare Induske civilizacije i medicine. Primer: *"Čovek koji hoće da se bavi sa uspehom lekarskim poslom treba da je zdrav, čist, trpeljiv, da nosi kratku bradu, treba da ima saosećajno srce, mirnu narav, pravedan karakter, da stalno teži za činjenjem dobrih dela i da se odlikuje najvećom umerenošću i čednošću"*. Slične kvalitete su nabrajali još davno Seneka i Largus kao uslove da mladom čoveku bude dozvoljeno da izučava medicinu i lekarsku veštinu. **Danas se na kvalifikacionom rangiranju za upis medicinskih studija nažalost kvaliteti strukture ličnosti kandidata zanemaruju.**

OBAVEZNE OSOBINE LEKARA I PRAVILA DOBRE KOMUNIKACIJE

Lekarska etika kao posebna normativna etika ili posebna praktična etika – etika lekarske profesije, profilise i lik čoveka. Lekar zbog posebnosti profesije kojom se bavi kao nijedan drugi čovek, profesionalac, ima obavezu da na temelju etičkih normi i društvenih očekivanja, ali i očekivanja samog pacijenta, treba da poseduje osobine koje su stalne i za svakog vidljive. Najbitnije posebne i potrebne osobine lekara su *skromnost i humanost*.

Skromnost lekara

Pozitivan lik lekara se formira i dograđuje na načelima lekarske etike. Skromnost je kvalitet profesionalne ličnosti lekara. **Lekar mora odavati skromnost po svemu.**

Skromnost kao lekarska vrlina je opisana i u više milenijuma starim dokumentima. Posebno je cenjena u medicini starih Indusa, Vavilonaca, antičkih Grka, Rimljana itd.

Skromnost lekara isključuje reklamiranje i senzacionalistički nastup u javnosti i prema pacijentu. Lekar je obavezan da opštoj – nestručnoj javnosti ne saopštava rezultate istraživanja, nova neispitana sredstva lečenja, a najmanje svoje terapijske uspehe. Lekar za takva svoja saopštenja treba da koristi stručne publikacije, časopise, stručne sastanke, kongrese, institucije, univerziteta, akademija itd. Nažalost, savremenici smo brojnih senzacionalnih saopštenja u dnevnoj ili nedeljnoj štampi o *velikim medicinskim pronalascima*, recimo pronalasku leka protiv raka, ili protiv ćelavosti. Ovakva publikovanja senzacionalnih otkrića odmah stižu pobornike, jer su to uglavnom stanja koja opterećuju veliki broj ljudi. Neetičnosti takvog reklamiranja od strane lekara su dvostruke, pre svega se ostvaruju nekorektno, često uz velika materijalna dobra, jer su ljudi sa životnim problemima skloni da daju novac da bi isprobali novi lek, iako nisu baš uvereni da je on pouzdan i pravi. Drugi nivo etičkog ogrešenja jeste što se na taj način, smanjuje ili gubi poverenje u lekara i medicinu uopšte.

Oba nivoa navedenog deontološkog ogrešenja sa aspekta humanizovanih etičkih načela imaju kvalitete kriminalnog lekarskog činjenja, te ih treba i pravno sankcionisati.

Humanost lekara

Humanost je podrazumevajuća i obavezna osobina lekara i suština lekarskog poziva. **Lekar mora biti pre human negoli stručan.**

Revidirana verzija Hipokratove zakletve – *Ženevska deklaracija* svečano obavezuje lekara da će svoj život staviti u službu humanosti. Humanost kao premisa obavljanja lekarske profesije prvi put je data u Ženevskoj deklaraciji. *Humanost se kao misao i tendencija javila još u XVIII veku kao najbitniji atribut ličnosti lekara.* Posle razrešenja nacionalističke krize društvenih – državnih zajednica, ideja humanosti bila je na probi kroz dva svetska rata u XX veku i neminovno se pojavila u međunarodnom kodeksu medicinske etike našeg vremena.

Prema Ženevskoj deklaraciji, lekar se svečano obavezuje i izjavljuje prvi put u istoriji da će čak i pod pretnjom odbiti da svoje medicinsko znanje i veštinu stavi u službu nehumanosti. Humanost lekara pojavljuje se terminološki dva puta (istina kratko) u Ženevskoj deklaraciji. Lekar našeg vremena posvećuje svoj život i znanje načelu humanosti, kao što je lekar antičke Grčke sve svoje znanje u ime bogova stavljao na dobrobit bolesnika. Ženevska deklaracija za razliku od svih ranijih lekarskih kodeksa i zakletvi, ne obavezuje samo lekara na humanost prema bolesniku već i zdravstvene radnike uopšte, i to prvi put u istoriji medicine.

Neophodno je da lekar veštinu komunikacije usvaja tokom čitavog svog radnog veka. Lekar je neophodno da ovlada dobrom komunikacijom i zbog definicije humanosti: **"Lekar je human čovek i poznavalac medicine."** Drugi deo definicije "poznavalac medicine" za pacijenta je podrazumevajući, ali i ne postoji ukoliko "human čovek" nije prisutno.

Komunikacija lekara sa medicinskim i nemedicinskim radnicima u zdravstvenoj ustanovi

Deontološki odnos lekara sa medicinskim personalom podrazumeva poštovanje moralnih normi ponašanja, pre svega prema kolegama, ali i prema drugim zdravstvenim radnicima (medicinskim sestrama, bolničarima i nemedicinskim radnicima). Deontološki aspekt ponašanja lekara prema kolegama regulisan je i zakonima o lekarskim komorama, posebno i zakonom koji reguliše privatnu lekarsku praksu.

Naročito je važan deontološki aspekt komunikacije lekara prema nemedicinskom osoblju u zdravstvenoj instituciji. Posebno u zdravstvenoj instituciji u državnom vlasništvu, a posebno u privatnoj zdravstvenoj instituciji. Deontološki aspekt te komunikacije podrazumeva i zahtev od lekara da se pridržava etičkih normi u odnosu na majstore, spremačice, servirke, administrativno osoblje i drugo nemedicinsko osoblje u zdravstvenoj ustanovi. Osnova te komunikacije je nefavorizovanje profesije lekara i zdravstvenih radnika.

Neophodno je da svaki lekar vešto umeri svoj stav u komunikaciji sa radnicima zdravstvenog i nezdravstvenog profila, *jer sve je pitanje mere i harmonije*, zapisao je još *Platon*.

Farmaceutski poslovi lekara u zdravstvenoj ustanovi

Medicinskodeontološki princip u radu sa lekovima podrazumeva da lekar propisuje određenu farmakološku supstancu bolesniku nakon postavljene dijagnoze u nameri da mu poboljša zdravstveno stanje, ili ga u potpunosti izleči od dijagnostikovane bolesti. Lekar zato mora znati farmakokinetiku i farmakodinamiku, kao i hemijski sastav svakog leka koji proskribuje.

Zdravstveni radnici, odnosno medicinsko osoblje u kliničko bolničkim institucijama, obavljaju aplikaciju lekova bolesniku, a prema preciznim nalogima lekara. Uloga medicinskog osoblja u ovom poslu je veoma bitna, jer od pedantnosti i striktnog administriranja leka bolesniku zavisi uspeh lečenja. Zdravstveni radnik nikada ne sme proizvoljno menjati uputstva. Da bi se izbegla bilo kakva samovolja u našim zdravstvenim institucijama se u pisanoj formi daju uputstva medicinskim sestrama kojih one treba da se pridržavaju tokom podele lekova.

1. *Obavezno oprati ruke pre pripreme lekova za podelu bolesnicima.*
2. *Ukoliko naziv leka i doza nisu čitko napisani na terapijskom listu, ne naslućivati značenje napisanog, već konsultovati ordinirajućeg lekara.*
3. *Ako se zapazi da lek odstupa od normalnog po mirisu ili boji, ne davati ga bolesniku.*
4. *U prostorijsu sa lekovima ne smeju ulaziti pacijenti. Lekovi treba da su uvek zaključani.*
5. *Lek treba dati lično svakom bolesniku i nikada se ne osloniti na poverenje u drugog bolesnika da lek odnese bolesniku u svojoj ili drugoj sobi.*
6. *Obavezno kontrolisati da li je bolesnik popio lek koji mu je dat.*
7. *Upisati u knjigu ime i prezime svakog bolesnika i identifikovati ga pre aplikacije leka.*

Posebna je obaveza zdravstvenog radnika, odnosno medicinske sestre da insistira, naravno na propisan način, da bolesnik neizostavno uzme lek i u situaciji kada to odbija.

Administrativni poslovi lekara u zdravstvenoj ustanovi

Lekari i zdravstveni radnici, odnosno medicinsko osoblje, pored medicinskog posla moraju da obavljaju i administrativne poslove od momenta dolaska pacijenta u zdravstvenu ustanovu, bilo dispaznerskog, bilo stacionarnog tipa.

Najobimniji administrativni poslovi su bolesnički protokoli u koje moraju tačno da se unose propisani podaci. Zatim sledi formiranje istorije bolesti, njeno pisanje po preciznim pravilima, zavođenje i unošenje podataka dobijenih laboratorijskim i svim drugim brojnim dijagnostičkim primenjenim procedurama, upisivanja propisanih lekova i preduzetih terapijskih procedura i konačno pisanje otpusne liste sa opširnom i obimnom epikrizom kao sudskomedijski validnog dokumenta. Zdravstveni radnici imaju i administrativne poslove vezane za trebovanje lekova, posebno propisano dijetalnu hranu i vođenje drugih brojnih zabeležaka u skladu sa preciznim propisima o tretmanu bolesnika tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi.

Važno je sa deontološkog aspekta da bolesnik ne dođe do podataka iz medicinske dokumentacije koje bi mogao da pogrešno protumači i razume, te tako izazove pogoršanje svog zdravstvenog stanja. Dalji deontološki aspekt administriranja u zdravstvenoj instituciji je oprez da se ne počine greške u smislu zamene pisanih naloga, kao što je recimo dijetalni jelovnik.

Lekar i zdravstveni radnici tokom obavljanja profesionalne dužnosti u zdravstvenoj instituciji obavljaju i niz drugih administrativnih poslova, kao što su: popunjavanje statističkih tabela u svrhu analitičkih praćenja i statističkih sagledavanja, pravljenje planova rada i programa rada za naredni vremenski period. Lekari su dužni da savesno i pedantno vode sve propisane administrativne poslove, jer aljkavost i nedoslednost mogu dovesti do grešaka čije posledice mogu biti nepovoljne po zdravlje lečenih bolesnika. Svakako da skoro svi dokumenti imaju vrednost službene tajne i ne saopštavaju se bolesnicima.

Finansijsko-materijalni poslovi lekara u zdravstvenoj ustanovi

Materijalno-finansijsko poslovanje i status zdravstvene ustanove spadaju u deontološku odgovornost lekara i zdravstvenih radnika. Deontološki aspekt na planu materijalno-finansijskog poslovanja zdravstvene institucije obavezujući za lekara i druge zdravstvene radnike je njihova obaveza da imaju uvid u vrstu i količinu magacioniranih sredstava za lečenje, ishranu bolesnika i održavanje higijenskih normi bolesnika i prostorija. Deontološki je nedopustivo da ono što postoji u magacinu bolnice sestra ne treba da bi se kvalitetno odvijao rad na odeljenju i bolesnik kvalitetno lečio. Propust u tom delu nije samo medicinski nego i deontološki problem.

Uništavanje inventara ili imovine zdravstvene ustanove od strane bolesnika tokom boravka u njoj zbog lečenja takođe spadaju u deontološku odgovornost lekara i drugih zdravstvenih radnika. Obaveza lekara i drugih zdravstvenih radnika je da u situaciji tako izazvane materijalne štete ne postupe agresivno prema bolesniku, poneti emocionalnim nabojem zbog nastale štete, već da smireno ispituju i uvažavaju sve moguće razloge zbog kojih se takav akcident dogodio. Bolesnikova mentalna ukupnost može biti u stanju takve narušenosti i disharmoničnosti da je nastala šteta zapravo samo posledica toga.

OBAVEZUJUĆI MEDICINSKOETIČKI STAVOVI LEKARA PREMA SEBI

Lekar je oduvek imao obavezu da čuva, neguje i razvija lične etičke osobine. **Obaveza lekara jeste da tokom školovanja i tokom rada u profesiji stiče etičnost i obogaćuje sebe etičnošću.** Od lekara se očekuje da u zajednici, a ne samo u kontaktu sa bolesnikom, ne pravi ogrešenja o etičke norme. Lekar mora da izgradi svoj moralni lik, ali obaveza mu je i etični stav u odnosu na sebe i neka vrsta lične etičke kontrole nad sobom. Lekar mora biti zrela ličnost, kompletan čovek, koga odlikuju dostojanstveno držanje i odmerenost. Lekar treba da odmerava lični program rada, svoj odnos sa okolinom, mora da obezbedi poštovanje sebe od drugih, ali i sebe od samog sebe. Dužan je da savlađuje sopstvene unutrašnje konflikte uz poštovanje morala sredine, da ostvarenjem svojih životnih ciljeva uvek uspostavlja skladne odnose sa ljudima u sredini u kojoj živi, što su atributi zrele ličnosti.

Nedopustivo je da se lekar izdvaja iz svoje životne i socio-sredine, niti da se distancira od socio-miljea ili od politike koju prihvata ta sredina.

Vrline kao moralne osobine koje treba da krase lekara su brojne, a apeks je uzvišenost. Od lekara se očekuje da bude uzvišena osoba i da kao takva izaziva nepodeljeno i bezrezervno poštovanje drugih prema sebi. Pojam *uzvišeno* je po suštini *veliko* i *jednostavno*. Ljubaznost, ozbiljnost i plemenit stav lekara u svakoj prilici imponuju. *Plemenitost* proističe iz emocionalnih kvaliteta sažaljenja, saučešća i dobrodušnosti.

Lekar u etičkoj obavezi i dužnosti prema samom sebi mora permanentno da pazi kako se **ponaša i kako izgleda u privatnom životu.** Lekar je nedopušteno nedolično ponašanje na javnom mestu, recimo preterano konzumiranje alkohola i bilo koje po tradicionalnom moralu neprihvatljivo ponašanje. Lekar je nedopustivo nekonvencionalno odevanje, upadljiva neumerenost u jelu i piću, neadekvatan i nekvalitetan odnos prema svojoj porodici, itd.

Stalno uvećavanje sopstvenog znanja iz medicine je obaveza svakog lekara tokom ukupnog profesionalnog, odnosno radnog veka, jer bolesnik ima pravo da bude uvek i u svakom momentu lečen po najnovijim dostignućima naučne medicine. Svakako da naučna medicina na početku XXI veka raspolaže tolikim saznanjima i nije moguće da njima ovlada svaki lekar pojedinac, ali prateći stručnu literaturu i nova naučna saznanja u medicini, lekar može i obavezan je da bolesnika uputi kolegi koji tu medicinsku oblast bolje zna, ili u zdravstvenu instituciju koja se specijalizovano bavi tretmanom baš takvih bolesnika.

Etički stav lekara prema sebi je bitan i uslov je da u očima drugih postigne vrednosti, kao što su uvažnost, uzvišenost, plemenitost itd. Lekar ne sme da svojom seksualnošću okrnji ličnu vrednost i ugled u svojoj socio-sredini. Ne sme da čini nikakve seksualne zloupotrebe.

Privatni život lekara ne sme umanjiti njegovo lično dostojanstvo. **"Lična sreća je nemoгуća bez sreće drugih, treba da je primarnija premisa za lekara nego za druge profesije."**

Sujeta, nadmenost, gordost, oholost, ne smeju biti osobine lekara. Lekar mora da poseduje i neguje sledeće humanističke osobine – **savesnost, moralnost, požrtvovanost, inteligenciju**; radne osobine – **stručnost, objektivnost, odgovornost**; komunikacione osobine – **uvažavanje grupnog interesa, demokratičnost, čuvanje tajne** i psihološke – **skromnost, inteligencija, razumnost.**

MEDICINSKOETIČKI STAVOVI LEKARA PREMA KOLEGAMA

Medicinskoetičke obaveze i dužnosti lekara prema lekarskoj profesiji proističu iz milenijumskog doprinosa prethodnih generacija lekara ugledu lekarske profesije. Lekar je dužan da i na početku XXI veka čuva ugled svoje profesije i da taj ugled profesije ničim ne ukalja, a posebna mu je dužnost da doprinese daljem razvoju ugleda lekarske profesije.

Negovanje, razvijanje i insistiranje na etičkom stavu lekara prema drugim lekarima, njegovim kolegama, ali i prema drugim zdravstvenim radnicima, obaveza je lekarske profesije.

"Ne otvaraj usta da bi osudio ono što je učinio drugi lekar, jer svako se može prevariti. Radi tako da te hvale zbog tvojih dela, i ne traži počasti u osuđivanju drugih...", reči su **Isaka Izraela** iz XIX veka.

Pruski Medicinski kodeks 1725. godine opširno obrađuje kolegijalni odnos među lekarima: *"Pre svega lekari treba da su u međusobnom odnosu i ophođenju pomirljivi i sveži, da svoju dužnost kod pacijenata vrše odano i marljivo. Isto tako iz obzira prema plemenitom biću, koje je povereno njihovom staranju, lekari treba, pre svega, da se potrude da žive valjanim i časnim životom, da među sobom žive u slozi i uzajamnom poverenju, da nikad ne zavide jedan drugom na sreći, a još manje da traže da nedopuštenim sredstvima udaraju jedan na drugog i ubijaju jedan drugom ugled, već kad dvojica ili više njih budu kod jednog pacijenta, ne treba takvom pacijentu ništa tajno i jedan drugom protiv znanja i volje da naredi, ili čak da dadu nekakav lek koji bi drugom bio nepoznat, već da smotreno raspravljaju o bolesnikovom stanju..."* Ovakav tekst je poželjan i vredan poštovanja i danas u svim sredinama pa i u našoj zajednici.

Omalovažavanje rada, dijagnoze ili terapijskog postupka, namere daljeg tretmana bolesnika koje je činio drugi lekar nedopustivo je i teško ogrešenje o lekarsku i medicinsku etiku. Etička obaveza je svakog lekara da se uzdrži od bilo kakvog komentara o kolegi i njegovom radu pred bolesnikom. Ukoliko uopšte kaže nešto o svom kolegi, to mogu biti samo reč pohvale i uvažavanja. Ovo je sve veoma bitno jer čuva vrednosti lekarske profesije uopšte, ali i ugled i vrednost lekara pojedinca.

Preotimanje pacijenata od kolege nedozvoljeno je kao krajnje nemoralno koristoljublje. Ovu premisu treba danas imati u vidu kada se i u našoj zemlji restaurira privatna lekarska praksa. Svaki lekar treba da se seti Hipokratovog stava: *"Lekari koji pregledaju zajedno jednog bolesnika, neće se svađati i neće se podsmevati jedan drugom, jer rasuđivanje jednog lekara ne treba da izazove zavist drugog lekara, to bi značilo pokazivati prosto slabost..."*

Podučavanje kolege moralna je obaveza svakog lekara. Medicinskoetički nije dopušteno imati tajne metode i lekove i zadržavati ih za sebe. Među lekarima ne sme biti surevnjivosti i konkurencije jer to ide nauštrb ozdravljenja pacijenta.

Konačno, neophodno da lekar neguje etički stav prema zdravstvenim radnicima sa kojima radi, medicinskim sestrama i drugima. Nedopustivo je razvijanje familijarnosti u odnosu lekar – medicinska sestra, naravno, još manje stupanje u intimne odnose sa medicinskom sestrom, saradnikom na radnom mestu. **Konzilijarni lekarski rad je načelo nove savremene medicinske etike našeg vremena.**

MEDICINSKOETIČKI STAVOVI LEKARA PREMA BOLESNIKU transfer, kontratransfer, empatija

"Pacijenti ne žele da vide lekara kao ljudsko biće koje greši i koje je podložno slabostima."

Džon Hačison

Odnos lekar – bolesnik može biti zamenjen i terminom *odnos lekar – pacijent*, tj. bilo koji drugi čovek. Čovek, bolestan ili zdrav, izlečen, zalečen ili rekonvalescent, ima uvek i nesporno svoje poreklo, ima uzrastne karakteristike, ima porodicu, ima svoje stavove, ima formiran duševni i intelektualni život, ima navike, ima lični i socijalni status, ima vrstu posla i zaposlenje, ima svoje ambicije ostvarene ili neostvarene, dosadašnje i buduće, ima svoje životne uspehe i padove, ima svoja razočaranja i svoju nadu. Sve to mora biti uvaženo u odnosu lekar – pacijent, odnosno lekar – bolesnik. Lekar to mora imati u vidu jer će u protivnom, bolesnik potražiti drugog lekara ili čak ostvariti kontakt sa nadrilekarom.

Lekar ima etičku dužnost prema pacijentu:

- *da unapređuje i štiti njegovo zdravlje,*
- *da se bori protiv bolesti i njenog smrtnog ishoda,*
- *da ispoljava profesionalnu odgovornost i savesnost,*
- *da uložiti napor da bi zadobio poverenje pacijenta,*
- *da pacijenta ni pod kakvim okolnostima ne uvredi ili ne povredi njegova etička, socijalna, religijska ili neka druga osećanja i uverenja.*

Lekar treba da uvažava činjenicu da pacijent na specifičan način zavisi od njega i njegove prognoze, dijagnoze i načina lečenja. Tako se u odnosu lekar – pacijent mešaju pacijentova osećanja nade, straha, očekivanja, strepnje i razočarenja od moći lekara i naučne medicinu koju on primenjuje. Ovo su sve opšti principi važni za odnos lekar – bolesnik.

Humanizam i humanistička etika zasnivaju se bitnim delom na ljudskoj dubokoj intrapsihičkoj potrebi komunikacije. Ta komunikacija, ta humanističkoetička potreba čoveka, jeste i deo specifičnosti odnosa lekar – bolesnik.

Suština odnosa lekar – bolesnik je zajednički cilj i lekara i bolesnika, a sastoji se u želji što bržeg i trajnog izlečenja. Odnos lekar – bolesnik je i oblik socijalnog sporazumevanja, u čiju osnovu su podjednako ugrađene emocionalne i intelektualne osobine ličnosti, ne samo pacijenta već i lekara. Lekaru je potrebno saznanje da se odnos između njega i bolesnika odvija na suptilnim, intelektualnim i emocionalnim relacijama, te neminovno zadire u najskrivenije intrapsihičko, time i najintimnije u ličnosti pacijenta. Zbog toga je neophodno da lekar u odnosu sa bolesnikom mora misliti na nastalu relaciju i uvažavati psihodinamske faktore koji će dovesti do promena u ponašanju, i jednog i drugog. Ova konstatacija samo podupire danas u lekarskoj profesiji opšteprihvaćenu sentencu: **"Nema bolesti postoje samo bolesne osobe."**

Lekar u relaciji sa bolesnikom mora računati na činjenicu da ne leči bolest nego bolesnu osobu (bolest kakvu je naučio iz udžbenika, nikada neće naći u bolesniku). Stoga mora dobro upoznati istoriju razvoja i života svog bolesnika, upoznati i proceniti njegova unutrašnja osećanja, ali i znati o spoljnim događajima i uticajima važnim za bolesnika. Upoznavanje emocionalnog života bolesnika, značajno je za izlečenje često kao i podrobno upoznavanje fizičkih

znakova bolesti. Solomon je zapazio: "**Lekarevo najvažnije terapijsko sredstvo je sama njegova ličnost i on se njome služi svesno, mudro, dobronamerno, sa punim uviđanjem sopstvenih slabosti i nedostataka.**" Uspešno uspostavljena relacija lekar – bolesnik u brojnim stanjima obolevanja je odlučujuća za program lečenja i konačan ishod terapije.

Odnos lekar – bolesnik biće uspešan i dovešće do obostrano željenog cilja – brzog, efikasnog i kvalitetnog izlečenja ako se uvek ispoštuju načela *primum non nocere* i *primum est adiuvere*. Lekar ne sme zaboraviti u nizu medicinskih procedura i preduzetih medicinskih intervencija i dijagnostičkih procedura na ličnost svog pacijenta. Nažalost, neretko lekar današnjeg vremena, kao da ima tendenciju da traži i nađe bolest, a ne vidi bolesnika. *Ovakva alijenacija lekara od pacijenta nije prihvatljiva sa medicinskoetičkih, humanizovanih stavova i načela.* Lekar mora videti bolesnika a ne bolest, shvatiti da se bolesnik u bolničkoj postelji pred njim oseća najčešće bespomoćno jer je u prilici da lekaru, nepoznatom čoveku, iznosi svoje tegobe često vezane i za lične, najskrivenije intrapsihičke tajne. Bolesnik je lišen svog dostojanstva bez odela, lišen je i zvanja i značaja u socio relacijama, te mu treba pružiti saosećanje, razumevanje, uputiti mu toplu reč i blag pogled. **Medicinska etika podrazumeva ljubav prema ljudskom biću u licu pacijenta.**

Bolesnik, kao i svaki čovek, ima svoje vrline i mane, svoj temperament, specifično svojstveno znanje i navike, lična opredeljenja, jer čovek nije samo organizam nego i ličnost. Patrijarh Pavle je 1992. godine obraćajući se lekarima na lekarskoj slavi Sveti vrači rekao: "**Čovek nema samo telo, on ima i dušu, koju u radu sa telom bolesnog čoveka nikada ne smete zanemariti.**" Lekar je obavezan kao i drugi zdravstveni radnici da ugađa bolesniku, ali i da vodi računa da u komunikaciji sa njim ne bude preterano bolećivo popustljiv ili očigledno drzak. Bolesnici se danas neretko prema lekaru i zdravstvenoj instituciji odnose kao prema trgovcu i trgovinskoj radnji, zahtevaju prepisivanje određenog leka, merenje pritiska, uput za određene dijagnostičke preglede. Zahtevaju da im se uradi EKG i sl. Ispuniti bezuslovno ovakve zahteve svakako je greška, ali i ogrešenje o medicinsku deontologiju i medicinsku etičnost uopšte.

Prvi intervju je pojam u profesionalnom uspostavljanju odnosa lekar – pacijent i podrazumeva njihov prvi razgovor. *Prvi susret sa bolesnikom često je od presudnog značaja za uspešnost celokupnog odnosa lekar – bolesnik.* Prvi intervju ima uvek i dijagnostičku i prognostičku i terapijsku vrednost i zbog toga je izuzetno značajan. U prvom intervjuu i lekar i bolesnik aktivno učestvuju i obostrano opredeljuju krajnju uspešnost odnosa lekar - pacijent. Stoga je važno da u tom prvom susretu lekareve reči, postupci, izgled, boja glasa, budu kontrolisani ali i podvrgnuti profesionalnoj analizi. Svim nabrojanim, odražava se i iskazuje ljubav prema čoveku, profesionalna ljubav prema bolesniku koga do tada lekar nije poznao. To je specifična ljubav jer iz nje proizilazi samopožrtvovanje lekara, a bez toga nema uspešne pomoći onome koji pati, dakle bolesnom. Neprikladno je poistovećivati čoveka sa njegovom bolešću i svoditi ga na broj kreveta u sobi ili na naziv bolesti. Lekar treba uvek da se bolesniku obraća sa "Vi" i da ga oslovljava punim imenom ("**nema lepše muzike na svetu od izgovaranja ličnog imena**"). Lekar u komunikaciji sa bolesnikom treba da učini sve da zadobije njegovu psihološku naklonost.

Lekar u razgovoru sa bolesnikom ili dok obavlja pregled, ne sme nikad da ostavi utisak da mu se negde žuri, da je nervozan, da je ljut, ili indiferentan prema pacijentu. Lekar je dužan da sebe stavi u položaj bolesnika i razgovor sa njim započne pitanjima o osnovnim razlo-

zima zbog kojih je došao da traži lekarsku i medicinsku pomoć. Bolesnika treba ohrabriti da iskreno i potpuno predoči svoje tegobe, onako kako njemu to najviše odgovara, a dužnost lekara je da pažljivo sluša i ne ometa bolesnikovo izlaganje. Lekar konverzaciju sa pacijentom treba oprezno da usmerava, ali da pacijent ne stekne utisak da ga ovaj ispituje, već da samo iskazuje razumevanje za njegove tegobe i humano interesovanje. Pacijentu treba pružiti jednostavna objašnjenja, podršku i povremenu pohvalu da bi se pridobilo njegovo poverenje a i smanjila anksioznost ukoliko postoji. Lekar treba da izbegava upotrebu stručnih termina i da se služi svakodnevnim jezikom, a pacijenta da prihvati blagonaklono sa svim njegovim moralnim i etičkim stavovima, pa makar bili i neispravni. Lekar je obavezan da izbegne prekore, naređivanje, moralisanje, jer treba da napravi atmosferu u kojoj je autoritativan, ali ne preterano nametnuto, a još manje zastrašujuće.

Neophodno je da se pri prvom intervjuu sa pacijentom bude nasamo, da atmosfera obezbeđuje diskretnost i poverenje a lekar da ostavlja utisak strpljivog čoveka punog razumevanja za bolesnikove probleme. Lekar ne sme pokazati da je odsutan, zaokupljen nečim drugim, ne sme razgovarati telefonom, ne sme pokazati da mu nedostaje vremena. Konačno, lekar treba da posmatra i procenjuje bolesnika, ne samo njegovo narušeno fizičko zdravlje već i njegovu mentalnu ukupnost, ali istovremeno i da posmatra, odmerava i koriguje sopstvene postupke tokom prvog susreta sa bolesnikom.

Odnos lekar – bolesnik odvija se na principima *verbalne* i *neverbalne komunikacije*. Verbalna komunikacija je uobičajeni kontakt među ljudima, odnosno iskazivanje osećanja, poteškoća rečima specifičnim za svakog pojedinca. Dobra komunikacija na nivou medicinskog intervjuu od strane lekara, više je umetnost nego nauka, više veština koja se učenjem i praksom usavršava, nego dijalog koji se odvija između dve osobe. *Verbalna komunikacija se može definisati kao komunikacija putem razuma, što znači da se iz razumskog dela jedne ličnosti upućuje poruka razumu druge ličnosti*. Vrednost verbalne komunikacije lekar - bolesnik povećava se ukoliko lekar primenjuje *pripremljenu listu pitanja*, što mu daje osećanje sigurnosti u odnosu sa bolesnikom. Danas svaka medicinska disciplina ima tzv. *specifičnu listu pitanja* koju treba da koristi lekar te specijalnosti da bi efikasnije, sigurnije i stručnije ostvario dijagnostiku i lečenje svog pacijenta.

Sam govor po sebi nikada nije dovoljan da izrazi ono što čovek želi reći, te se ljudi služe i drugim, *neverbalnim* sredstvima komunikacije. Naglašavaju se posebno reči ili pojedini glasovi u rečima, prave se određene i namerne pauze u govoru koje imaju posebnu i specifičnu poruku sagovorniku o sebi, menja se ritam govora itd. Često se u neverbalnoj komunikaciji koriste mimika, pokreti rukama, dodir rukom, pogled, zauzimanje rastojanja prema sagovorniku. Znači, neverbalna komunikacija podrazumeva i držanje tela, način odevanja, ton i boju glasa, potvrdno ili odrečno klimanje glavom, podizanje obrva itd. Nabrojani znaci u neverbalnoj komunikaciji su izuzetno važni i najčešće otkrivaju, o sagovorniku, više nego same reči, a uz to i daju tačniji smisao rečima.

Emocionalna komunikacija je takođe neverbalna komunikacija i po pravilu je jasnija, potpunija i iskrenija nego verbalna.

Govor tela je teško prikriti jer iza njega stoji autonomni vegetativni nervni sistem nepodređen svesnoj volji čoveka.

Konstruktivna komunikacija je svaka ona usklađena verbalna i neverbalna komunikacija ukoliko je jezgrovita, jasna, pozitivna, realna, obzirna prema partneru, prijemčiva za različitost mišljenja, otvorena, poštena, taktična i iskrena. Konstruktivna komunikacija podrazumeva da se sagovornik i sluša, a ne samo da se drugome nameće svoj stav. Podrazumeva izbegavanje prigovaranja, izbegavanje povišenog tona, izbegavanje ismejavanja i duhovitosti na tuđ račun, odnosno na račun sagovornika. To je komunikacija u kojoj se pokazuju ljubaznost u ophođenju, eufemističko izražavanje i suzdržavanje od ispoljavanja agresije. Konstruktivna komunikacija smatra naročito važnim neverbalno komuniciranje.

Medicinskoetička načela odnosa lekar – pacijent mogla bi se nabrojati na sledeći način:

1. *Primum non nocere* – svaka aktivnost lekara mora biti usmerena na korist bolesnika, a nikada na njegovu štetu;
2. Lekar kao i svaki zdravstveni radnik, treba da obavlja profesiju sa osećanjem duboke odgovornosti, pažljivo i savesno, poštujući život, zdravlje i lično dostojanstvo pacijenta;
3. Kvalitet pružene pomoći bolesniku ne sme zavisiti od rase, narodnosti, boje kože, društvenog statusa, materijalnog stanja, religioznih osećanja i političke pripadnosti bolesnika, niti lekar sme imati posebnih simpatija ili antipatija prema bolesnome;
4. Lekar, kao i svaki zdravstveni radnik, obavezan je da pruži prvu pomoć svakom licu kome je ona potrebna, a posebno ako je u pitanju neposredna životna opasnost, bez obzira na to da li je pozvan ili ne;
5. Lekar nikada ne sme u obavljanju profesije povrediti dostojanstvo i ličnost bolesnika;
6. Lekar nije dozvoljeno da iz znatiželje uzima podatke od bolesnika o intimnim detaljima njegovog života;
7. Lekar je obavezan da čuva lekarsku tajnu, odnosno tajnost svih dobijenih podataka nakon pregleda. Razrešenje obaveze čuvanja tajne moguće je samo kada je saznanje lekara o bolesniku ili bolesti u sukobu sa zdravstvenim interesima neke druge osobe i u posebnim slučajevima sudskih postupaka;
8. Lekar i drugi zdravstveni radnici moraju poštovati pravilo da bolesnika o njegovom stanju i prognozi bolesti prikladno i detaljno upoznaju. Kada je u pitanju infaustno stanje bolesti, lekar je obavezan da istinu pred bolesnikom sakrije ili mu je saopšti na dvosmislen način.
9. Lekar je obavezan da nikada ne započne terapiju a da nije pregledao bolesnika i dijagnostikovao bolesno stanje ili stanje povrede;
10. Lekar je obavezan da po svom znanju i savesti izabere najkvalitetniji način lečenja nakon kauzalno postavljene dijagnoze, ali mora voditi računa o naučnim saznanjima i individualnim osobinama samog bolesnika. Obaveza je lekara da poštuje pravilo u propisivanju terapije da rizik od terapijskih procedura bude u skladu sa rizikom od bolesti po pacijenta.
11. Lekar mora od pacijenta obezbediti saglasnost za sprovođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Ona ne mora uvek biti izričita i pismena, ali mora biti vidljiva iz samih bolesnikovih postupaka. Ako bolesnik nije sposoban da shvati značaj dijagnostičkih i terapijskih proce-

dura, saglasnost se dobija od staraoca ili bliskog člana porodice. Prisilni pregledi i prisilno lečenje mogu se sprovoditi samo u posebnim situacijama zarazne bolesti ili kada je to širi društveni interes;

12. Lekar ne sme napustiti započeto lečenje, posebno ako time ugrožava zdravlje ili život svog pacijenta. Lekar ne sme izigrati poverenje svog pacijenta ni u slučajevima opšte opasnosti;

13. Lekar je obavezan da se savesno i kritično odnosi prema svom znanju i u slučaju da zaključi da njegova stručnost nije dovoljna za najadekvatnije lečenje bolesnika, obavezan je da pribavi konsultativno ili konzilijarno mišljenje drugih kolega, ili bolesnika uputi na dalje lečenje kompetentnijem kolegi ili u kompetentniju zdravstvenu instituciju.

14. Lekar je obavezan da u svakom pojedinačnom slučaju negovanje i lečenje bolesnika sprovodi marljivo i savesno izborom metoda i sredstava lečenja, ali i najadekvatnijim načinom i primenom tih terapijskih sredstava i metoda u svakom pojedinačnom slučaju;

15. Lekar mora imati uvek jasan stav i određen stav u delikatnim situacijama bolesti, što je konačno i regulisano kodeksima medicinske etike, a pre svega u odnosu na eutanaziju, artifičijelni abortus, upotrebu droga u terapiji. Nikada ne sme učestvovati u izvršenju smrtno kazne. Eksperimentisanje na ljudima je u suprotnosti sa etičkim načelima, te da bi neki eksperiment na čoveku bio doveden u kontekst etičke opravdanosti. Treba da ispunjava uslove naučne opravdanosti, da mu prethode eksperimenti na životinjama i da je obezbeđena pismena saglasnost bolesnika, a da eksperiment teče uvek pod stručnom kontrolom.

16. Etičnost lekara u odnosu lekar – pacijent podrazumeva, da će lekar ukoliko je to potrebno radi uspešnog ostvarivanja glavnog cilja, izlečenja, u verbalnom kontaktu koristiti i eufemizme.

Eufemizam je specijalan način verbalnog izražavanja, odnosno iskazivanja i saopštavanja reči biranih da umanje odjek i dejstvo onoga što lekar namerava da kaže pacijentu i time izbegne ili ublaži intenzivnu emocionalnu reakciju samog bolesnika.

Eufemizme lekar treba da koristi i u komentarima na bolesnikovo izvršenje emocionalno ružnih i veoma investiranih intrapsihičkih doživljavanja. I lekari i psihoterapeuti mogu da procene kad je uputno koristiti eufemizme. Lekar koristi svoje profesionalno iskustvo i pribegava eufemističkom izražavanju kada se obraća bolesniku ili komentariše njegove stavove, bilo prema bolesti, bilo prema njegovim intrapsihičkim doživljajima. Lekar koristi eufemizirane argumente, suprotstavljajući ih bolesnikovom iskazu u prvom intervjuu sa njim.

Lekar treba da koristi eufemizam ukoliko proceni da će njegove reči izazvati kod bolesnika neprihvatanje ili čak agresiju. Nije retka situacija da bolesnik ispolji agresivnost, u prvom redu verbalnu ka svom lekaru. Lekar je u takvoj situaciji, sa aspekta etičnosti vršenja lekarske struke, obavezan da kontroliše svoju posledično uzvratnu agresivnost ka bolesniku, a to se ne retko, veoma efikasno postiže eufemizimima. *Eufemizam ima ulogu da smanji jaz između stavova lekara i mišljenja pacijenta.*

Transfer

Transfer – prenos je u psihoterapijskoj terminologiji, prenošenje nezrelih stavova i osećanja koje je bolesnik doživljavao najčešće u ranom detinjstvu sa majkom, ocem ili drugim autoritetima, na lekara. Tokom dugotrajne komunikacije lekara i bolesnika uspostavlja se specifični odnos koji se psiho-analitičkim jezikom naziva transferna situacija.

Transferna situacija je celokupna atmosfera koja se stvara u kontaktu pacijenta i lekara. To je po suštini emocionalna interakcija. Kroz međusobne susrete lekara i bolesnika dolazi do strujanja emocija i nesvesnih recipročnih uticaja njihovih ličnosti jedne na drugu. Lekar je u prednosti, jer ima iskustvo da se uvek nešto ponavlja u odnosu lekar – pacijent i to od situacija iz roditeljskog doma, iz škole, iz sopstvene porodice, iz radne sredine, iz socio-okruženja itd. Lekar je i u prednosti kao etički zdrava i profesionalno obrazovana ličnost da u stavu prema bolesniku uvek svesno usmerava svoje akcije, i potisne sve pulzije iz svog podsvesnog.

Transferna situacija obuhvata i uticaje iz okoline bolesnika, od članova njegove porodice, prijatelja, rođaka, kolega i drugih. Udeo uticaja nabrojanih ličnosti je različit, ali evidentan i po pravilu doprinosi zauzimanju bolesnikovih stavova u odnosu na lekara.

Bolesnik može ostvariti **pozitivan** i **negativan** transfer. Ostvarenje pozitivnog transfera podrazumeva da su emocije pacijenta prema lekaru tople, prisne i prijatne, a ostvareni negativan transfer u osnovi podrazumeva prenos od, bolesnika na lekara neprijatnih emocija i doživljavanja, recimo, mržnje, ogorčenosti, sumnjičavosti, podozrenja, zavisti itd. Često je neophodno izuzetno veliko razumevanje i strpljenje lekara tokom transfera. Transfer obavezuje lekara na uzdržavanje od reagovanja nestrpljenjem ili iskazivanjem ljubavi sve do razrešenja transfera, dok bolesnik ne stekne poverenje u lekara.

Kontratransfer

Kontratransfer je termin koji se upotrebljava za označavanje specifične reakcije lekara – terapeuta na ličnost pacijenta iz njegovih podsvesnih emocija kao da je bolesnik ličnost iz lekarovog intimnog, ličnog života.

Termin *pozitivan kontratransfer* označava da je lekar sa bolesnikom uspostavio komunikaciju empatije, što je potrebna osnova na putu ka glavnom cilju – izlečenju.

Negativan kontratransfer je situacija kada bolesnik onespokoji lekara, jer ga je podsetio na nešto neugodno iz njegovog intrapsihičkog, na nešto neprijatno ili na neku ličnost iz njegove okoline sa kojom on nema dobar odnos. Nastanak negativnog kontratransfera je dokaz da je lekar nezrela ličnost ili ličnost sa nerazrešenim intrapsihičkim ličnim konfliktima.

Konačno, sve negativne i pozitivne emocije bolesnika ispoljene u odnosu sa lekarom tokom tretmana i lečenja nisu manifestacija transfera, tako i sve emocije koje lekar ima u odnosu na pacijenta nisu uvek kontratransferne. Ipak, lekar je taj koji treba da uoči nastanak navedenih emocija i njihov negativan uticaj na uspešan razvoj odnosa lekar – pacijent, te mora preduzeti analizu, često i samoanalizu, da bi razrešio nepovoljnu situaciju. Ova veština lekara je dokaz njegovih pozitivnih moralnih osobina i vrlina i profesionalne zrelosti.

Empatija

Empatija ili uživljavanje podrazumeva identifikaciju preko imitacije.

Lekar sa ispravnim etičkim stavom uvek nastoji da razvije empatiju prema svima, bez obzira na subjektivno doživljavanje nekog bolesnika. Poznato je da su nam neke osobe apriori simpatične u većoj meri od drugih, prema nekima smo ravnodušni, dok nam neke izazivaju antipatiju. Da se ličnost drugog može lakše razumeti preko osećanja nego racionalno staro je shvatanje. *Frojd je empatiju smatrao derivacijom mehanizma identifikacije.*

Empatija je po suštini sposobnost individue da emocijama razume drugog čoveka, naročito pomoću neverbalne komunikacije. Delimično je to i nesvestan emocionalni proces identifikacije posmatrača sa objektom, odnosno sposobnost unošenja sebe u mišljenje, osećanja i delatnost druge osobe, ili generalna sposobnost doživljavanja osećanja druge osobe. Empatija ne podrazumeva ni preteranu simpatiju, niti antipatiju, ali ni ravnodušnost. Za lekarsku praksu to je blagonaklon stav prema bolesniku, preporučljiv radi ostvarenja uživljavanja u mentalno stanje bolesnika. Stoga lekaru nije dopustivo da bolesnika gleda u bilo kojoj situaciji sa visine, niti sme sebe u odnosu na bolesnika doživljavati drugačijim ili boljim. *Lekaru nije dopušteno da učini bilo šta, pa makar i gest, što bi ponizilo bolesnika.*

Empatija zavisi od veštine komunikacije, pre svega neverbalne, ali je bitna i ona verbalna, zbog toga je aktuelna *Behterevljeva* sentenca: "***Ako se bolesnik posle razgovora sa lekarom ne oseća bolje, onda to nije lekar.***" Arapska poslovice kaže: "*Rana nanesena nožem, zalečiće se, a rana nanešena jezikom ne.*"

Dejstvo reči na drugog čoveka je nemerljivo, u praksi lekara vrlo često iskustveno u odnosu na bolesnika. Smatra se da je još Hipokrat rekao: "*Ako od nekoliko lekara jedan leči travama, drugi nožem, a treći rečima, onda se pre svih obrati onom koji leči rečima.*" Činjenica je da u našem vremenu ova poruka treba da bude što češće ponavljana, ne samo studentima tokom obrazovanja za lekarski poziv već i lekarima u praksi. Lekar mora, da prihvati aksiomatsku istinu da nije najčešće važno šta se govori, nego kako se govori, važna je reč, boja glasa itd. Monoton glas odbija pacijente isto kao i povišen. U boji glasa se prepoznaju lepota duše ili grubost ljudskih osećanja. Iskusni lekari znaju da bolesnik više reaguje na boju njihovog glasa nego što razumeju smisao njihovih reči.

Medicinska etika obavezuje lekara da ne upotrebljava u govoru *verba nociva*, jer prikazivati stanje težim nego što jeste, u stvari, zastrašuje bolesnika i udaljuje ga od brzog izlečenja. Nažalost, činjenica je da brojni lekari, kao i drugi zdravstveni radnici, imaju sklonost da prikazuju oboljenja težim i opasnijim nego što jesu, da bi nakon izlečenja u većoj meri gratifikovali svoju terapeutsku vrednost. Da je to istina dokaz je u vrlo čestim izjavama ljudi da mu je taj i taj lekar saopštio kako mu je u ranijem stanju njegove bolesti, ili nekog njegovog bližnjeg, spasao život, iako bolest o kojoj je reč nije mogla po svojoj prirodi ni jednog momenta ugroziti život bolesnika.

OBAVEZUJUĆI MEDICINSKOETIČKI STAVOVI ZA LEKARA PREMA RODBINI BOLESNIKA

Bolesnikova rodbina je uvek zainteresovana za ishod odnosa lekar - bolesnik, odnosno za ishod bolesti svog bližnjeg. Iskustvo uči da taj stav porodice, pre svega pojedinih njenih članova, može biti veoma različit. Nekada je preterano imobilizujući i inertno štetan po bolesnika, a nekada je stav rodbine neprijatan prema lekaru isticanjem nemogućih zahteva.

Lekar je uvek dužan da se ponaša etički i profesionalno i da ima podjednak stav prema svim bolesnicima koje leči ili koji su na bolničkom lečenju. Lekar mora dosledno da poštuje propise o posetama pacijentima koji su u bolnici. Time se izbegavaju neprijatne situacije koje mogu uznemiriti i bolesnika i druge ljude iz njegove sobe. *Dozvolu za vanredne posete bolesniku, zbog toga, izdaje isključivo lekar koji leči tog bolesnika i koji je dužan da sa punom moralnom i profesionalnom odgovornošću odluči da li će poseta pomoći bolesniku da prevaziđe svoje trenutno stanje.* Etičko pravilo nalaže da se informacije o stanju bolesnika ne daju telefonom, jer je moguće da se neko lažno predstavi kao blizak rođak. Sledeće pravilo je da lekar u svakoj datoj situaciji na osnovu znanja iz medicine, ali i znanja iz medicinske etike i lekarske etike, kao i svog iskustva, proceni u kojoj meri i na koji način saopštiti pravo stanje bolesnikovog zdravlja pojedinim članovima njegove porodice. Neretko je potrebno i najteže stanje bolesti objasniti pažljivo biranim, ublažujućim rečima.

Istinu o najtežem ishodu bolesti treba saopštiti oprezno, kako se ne bi narušilo stanje onoga kome se dijagnoza saopštava. Teška vest može da izazove i smrt ako je čovek nepripremljen da je čuje. **Dileme da li saopštiti tešku istinu traju još od Hipokratovog vremena.** *Pia fraus* – stav dobronamernog obmanjivanja bolesnika i njegove rodbine u interesu očuvanja nade i prevencije, recimo, samoubistva, ne otkriva krajnje teško stanje, već prikriva davanjem ublažene informacije o stanju bolesti. Tri su različita stava prihvatljiva danas.

Prvi stav se ogleda u odbacivanju *pia fraus* i saopštavanju prave istine da bi pacijent i članovi njegove porodice imali vremena da regulišu svoje životne i pravne obaveze.

Drugi stav obavezuje lekara da proceni psihološki status ličnosti pacijenta, te primeni ili odbaci *pia fraus*.

Treći stav podrazumeva da lekar bolesniku sa utvrđenom neizlečivom bolešću saopštava stanje tako da mu ipak podstakne nadu i pridobije njegovu spremnost na saradnju tokom lečenja. To je stav *dozirane istine*. Saopštava se teško stanje ali se ne koriste fatalne i ranjive reči, već se akcenat stavlja na neophodnost apsolutne saradnje i pridržavanja terapijskog programa.

Savremeni medicinskoetički stav lekara bio bi da se najbližim članovima porodice, uvek i obavezno saopštava istinita i potpuna dijagnoza, kao i prognoza ishoda bolesti.

OČEKUJUĆI STAV BOLESNIKA PREMA SVOJOJ BOLESTI

Odnos lekar – bolesnik je složen, bitan i često poseban. Ovu relaciju posebno čini ne samo sindrom (skup znakova bolesti) već i stav bolesnika prema svojoj bolesti i svom bolešnom stanju. Lekar mora u svom praktičnom radu da računa na tu činjenicu i da očekuje i prepozna različite stavove prema istoj bolesti kod svojih bolesnika.

Stav bolesnika prema svojoj bolesti i svom razbolevanju zavisi od njegovog obrazovanja, od porodičnog obrasca, supkulturnog obrasca i religijskog stava prema bolesti, životu i smrti.

Najčešći očekujući stav bolesnika prema svojoj bolesti u našem supkulturnom miljeu je:

- 1) **Aktivno saradujući.** Bolesnik prihvata bolest, dopunjuje saznanja o njoj, gradi poverenje u lekara i naučnu medicinu, pridržava se terapijskih procedura, zainteresovan je i investiran u svoje lečenje. Primer: "Bolest je realno stanje koje treba efikasno savladati."
- 2) **Kapitulirajući stav.** Bolesnik realno prihvata bolest kao višu silu ili kao činjenicu da tako mora da bude "od nečeg se mora umreti...". Bolesnik se unapred predaje, ne saraduje u lečenju i neinvestira svoju energiju u izlečenje, predaje se.
- 3) **Fajterski stav.** Bolesnik je posebno do ekstremno borben (Fajt – napad) po principu "iako je bolest teška treba se žestoko boriti da bih ja pobedio, a ne ona mene...". Ovaj stav je poželjan (u pozitivnom iskustvu prakse) kod bolesnika od malignih bolesti, drugih teških bolesti i teških povreda (posebno kod politrauma).
- 4) **Izbegavajući stav.** Bolesnik ne prihvata da je bolestan, a time ni lečenje. Ignoriše bolest često po obrascu konverzivnog (histeričnog) antifobičnog ponašanja. Ovo je krajnje nepovoljno po ishod bolesti, jer bolesnik ne saraduje i ne pridržava se propisanih terapijskih procedura.

Navedeni stavovi bolesnika na saznanje da je bolestan temelje se na reakciji na bolest.

Najčešće očekivane reakcije na saznanje o bolesti su:

- 1) **Anksioznost.** Bolesnik strepi od prognoze, neizvesnog trajanja, toka i ishoda bolesti.
- 2) **Agresivnost.** Bolesnik doživljava emociju besa do srdžbe usmerene ka ljudima iz svog okruženja smatrajući ih krivcima što je izgubio zdravlje i razboleo se. Nekađ je ljut na sebe što se teško razboleo i to može ići do autoagresivnog stava te je moguć i suicid (samoubistvo).
- 3) **Regresija.** Bolesnik po saznanju da je bolestan pribegava regresivnim obrascima ponašanja sa nižih nivoa razvoja svoje ličnosti. Ponaša se kao nemoćno dete i razvija relaciju nemoći i potpune zavisnosti od bližnjih i osoba iz okruženja.
- 4) **Depresivnost.** Bolesnik na saznanje o bolesti reaguje depresivno. Hipertimičan je polarizovan u pravcu sete i tuge. Ova kao i ostale najčešće reakcije na saznanje o bolesti su odraz osnovnih kvaliteta premorbidne strukture bolesti.

Razmatrane stavove i reakcije na somatsku bolest i saznanje o razbolevanju izučava lezon psihijatrija, što treba da obogati znanja svih lekara i podigne kvalitet lekarskog rada u praksi.

NAJČEŠĆI STAVOVI PORODICE PREMA BOLESNOM ČLANU

Stav porodice prema bolesti svog člana utiče i na samog bolesnika i na njegov stav o bolesti. Razbolevanjem često se u porodici bolesnika menjaju uobičajeni odnosi. Lekar treba da zna i unapred da očekuje i neprikladne stavove rodbine bolesnika ne samo prema bolesniku već i prema lekaru. Reakcija porodice na saznanje o teškoj bolesti svog člana je različita.

Najčešći očekivani stavovi članova porodice bolesnika su:

- *Bliski rođaci obolelog često ne prihvataju bolest čak je i negiraju insistirajući da bolesnik nastavi prethodne – normalne životne aktivnosti. Očekuju da bolesnik i dalje u potpunosti obavlja svoje zadatke unutar porodice.*
- *Bliski rođaci čak zahtevaju da bolesnik obavlja i svoje profesionalne dužnosti.*
- *Stavovi porodice mogu biti i suprotni, bolest svog člana shvataju dramatičnije nego što ona uistinu jeste.*

Sve tri navedene situacije funkcionalno narušavaju skladne porodične tokove u svakodnevnom životu i izazivaju štetu na raznim nivoima.

- *Bračni partneri, roditelji i deca se prema bolesniku ponašaju nekada vrlo angažovano pružaju podršku i obolelom i lekaru što je korisno u savlađivanju novonastale situacije. Međutim, nekada svesno negiraju bolest čineći sve da ne prihvate istinu koja inače nije prijatna.*
- *Ponekad zdravi bliski srodnici napuštaju porodicu, te se događa i potpuni raspad porodice usled neprihvatanja činjenice da su bolesću poremećene uobičajene životne situacije.*

Članovi bolesnikove porodice, posebno bliski rođaci, često doživljavaju emocionalne poremećaje u smislu nesrazmernog neraspoloženja do depresivnosti. Nekada bolest jednog člana dovodi do ozbiljnih materijalnih poteškoća cele porodice zbog radne neefikasnosti i zapuštanja uobičajenih obaveza od strane ostalih zdravih članova te porodice.

– Naravno da većina porodica ima tradicionalno odnegovan stav realnog prihvatanja svakog narušenja zdravlja tokom života i to je poželjan stav.

– Nekada je odnegovan stav u porodici takav da se bolest i njena težina negiraju, te se u situaciji razboleivanja pojedinog člana te porodice insistira da on i dalje preuzima i obavlja osnovne dužnosti unutar porodičnog funkcionisanja, što je nepovoljno po razvoj i težinu kliničke slike bolesti i konačno i njen ishod.

– Često se zdravi članovi veoma požrtvovano odnose prema bolesnom svom srodniku i zanemaruju uobičajene dužnosti i obaveze i posvećuju se preterano negovanju bolesnika.

– Nekada u situaciji invalidnosti ili trajne hendikepiranosti boleću jednog člana, bliski srodnici, često roditelji, do nekritičnosti se angažuju tako da zanemaruju sebe i zaostaju u socio-društvenoj ličnoj afirmaciji.

– Ponekad reakcije pojedinih zdravih članova porodice u situaciji pojave teške bolesti u porodici su napuštanje porodice ili razvod braka itd.

Lekar mora da zna navedena moguća ponašanja članova porodice svog bolesnika i da sa tim računa i da uz tretman bolesnika na vreme prepozna poremećaj u porodici i doprinese očuvanju kvalitetnog funkcionisanja porodice.

DEONTOLOGIJA U MEDICINSKOJ PRAKSI

Deontologija u medicinskoj praksi podrazumeva izvršavanje profesionalnih obaveza svih medicinskih profila. Lekar kao nosilac primene medicine u praksi (svih medicinskih saznanja i veština) je stožer izvršenja medicinskih deontoloških normi. Na poštovanje medicinskih deontoloških normi su u obavezi i svi zdravstveni radnici, farmaceuti i zdravstveni saradnici.

Deontologija u medicinskoj praksi podrazumeva praktično kvalitetno funkcionisanje odnosa lekar – bolesnik, medicinsko osoblje – bolesnik, zdravstveni saradnici – bolesnik, interpersonalni odnos svih profesionalnih profila u zdravstvu i njihov odnos prema društvu – zajednici.

PRINCIPI I NAČELA MEDICINSKE DEONTOLOGIJE

Medicinska deontologija u savremenoj medicinskoj teoriji se poima u sklopu medicinske etike i razmatra pitanja obaveza i odgovornosti medicinskih radnika, a primarno lekara. Medicinska deontologija, sinonim "medico deontologija". Tesno je povezana sa kliničkom medicinom i medicinom u praksi i svodi se suštinski na relaciju lekar – bolesnik.

Principi medicinske deontologije su utemeljeni na moralnim načelima zajednice, njenim socio-kulturnim obrascima i posebno na pozitivnim moralno–etičkim kvalitetima lekarske profesije.

Načela medicinske deontologije su utvrđene norme vršenja delatnosti u medicini. Sadržana su u medicinskoj etici i delom se poklapaju sa normama medicinskog prava, normama lekarskog ponašanja i normama medicinske hodegetike (uputstvo za proučavanje medicine). Načela medicinske deontologije razrađuju i prevode u praksu aspekte komuniciranja lekara sa:

- *pacijentom i njegovom porodicom,*
- *nadređenim institucijama u sistemu zdravstvene zaštite,*
- *zajednicom u užem i širem smislu do globalne (države),*
- *kolegama u svojoj zdravstvenoj ustanovi,*
- *lekarima u okviru lekarskih udruženja i komora,*
- *zdravstvenim radnicima i farmaceutima,*
- *svim nemedicinskim radnicima u zdravstvu.*

Načela medicinske deontologije uređuju sve aspekte poštovanja od strane lekara praktične primene medicinskih znanja i veština tokom obavljanja lekarske dužnosti. *Ogrešenje o medicinsku deontologiju sankcioniše medicinsko pravo i krivični zakonik, a medicinskoetičku odgovornost lekarski kolegijum i etičke komisije i uređuju status lekara prekršioca unutar lekarskih udruženja.*

LEKARSKA DEONTOLOGIJA

Pojam lekarska deontologija je naizgled podudaran sa pojmom lekarska etika. Međutim, *lekarska deontologija se bitno razlikuje od lekarske etike. Lekarska deontologija ne obuhvata samo načela lekarske profesije nego podrazumeva i pravne propise vezane za rad lekara.*

Lekarska deontologija se značajnim delom poklapa i sa medicinskim pravom, sa psihologijom ponašanja, lekarskom etikecijom – pravilo o lekarskom ponašanju, kao i sa medicinskom hodegetikom – uputstvom za proučavanje medicine. Lekarska deontologija podrazumeva i sve aspekte odgovornosti lekara za nastale nepravilnosti u obavljanju lekarske profesije. Lekarska deontologija podrazumeva i obavezu lekara da zna šta su medicinska tajna, načelo *lege artis* (postupak po zakonima medicinske nauke: *les, legis* – zakon, *ars* – artis je veština), problemi eutanazije, kao i etičko psihološke specifičnosti svih grana medicine.

Obavljanje lekarske profesije sa deontološkog aspekta podrazumeva poznavanje kliničke i svih vrsta odgovornosti za nedoslednosti i nedosledno poštovanje etičkolekarskih i etičkomedicinskih normi, kao i posledica proisteklih iz lekarevog neopreza, neadekvatnog predviđanja ili nehata. Krivično zakonodavstvo u praktično svim zemljama sveta, pa i u našoj, predvidelo je razne nivoe i oblike sankcionisanja u situacijama nastale štete po život i zdravlje pacijenta ili po materijalna dobra i društvenu zajednicu zbog počinjenja grešaka lekara tokom obavljanja lekarske delatnosti. Najtežu krivičnu odgovornost lekar snosi kada preduzme umišljeno ili nehatno štetne radnje. Krivična odgovornost za teže povrede lekarske dužnosti pored kazni zatvorom, podrazumeva i zabranu bavljenja pozivom, u našem zakonodavstvu od 1 do 10 godina, kada je nestručnim radom lekar izazvao trajnu invalidnost, trajno smanjenu radnu sposobnost ili unakaženost bolesnika. Predviđene su i novčane kazne za ustanovu u kojoj je takav pacijent lečen, kao i za lekara čijom greškom je šteta nastala.

Primeri kada lekar može biti odgovoran:

- *Lekar nije samo odgovoran za štetu izazvanu svojim radom već i za nepreduzimanje nadzora nad radom drugih zdravstvenih radnika ukoliko proistekne šteta po zdravlje, telo ili život bolesnika.*
- *Lekar je odgovoran ukoliko nije insistirao na autopsiji i utvrđivanju kauzalnog razloga nagle smrti bolesnika koga leči.*
- *Lekar je odgovoran i za neprijavljivanje slučajeva povređivanja ili razbolevanja koji se gone kao krivično delo po službenoj dužnosti, recimo neprijavljivanja trovanja, silovanja, teških telesnih povreda, kriminalnih abortusa itd.*
- *Lekar može da odgovara i ako ne ukaže lekarsku pomoć.*
- *Lekar će odgovarati i u situacijama samovoljnog lečenja, samovoljne eutanazije, odavanja lekarske tajne, izdavanja neistinitih lekarskih uverenja, svesnog davanja lažnog iskaza prilikom veštačenja pred sudom itd.*
- *Lekar je odgovoran zbog nepridržavanja etičkih načela vršenja profesije i pred sudovima časti profesionalnih udruženja, kao što je lekarska komora, recimo.*

MEDICINSKODEONTOLOŠKI ASPEKT DIJAGNOZE

Etimološki reč **dijagnoza** potiče iz starogrčkog jezika i znači *nešto odlučiti, ili nešto uvideti, ili nešto tačno razaznati*. **Dijagnoza u medicini je pojam koji se odnosi na medicinski zaključak o stanju zdravlja bolesnika**. Može biti *konačna* ili *privremena*, ili *diferencijalna*, ili *kauzalna*, *uputna* ili *otpusna*, *preoperativna*, *prenatalna* itd.

Dijagnostikovanje u medicinskom smislu podrazumeva sintezu, spajanje i klasifikaciju medicinskog znanja od strane lekara ili grupe lekara – konzilijuma. Na prvi pogled to ne znači da dijagnoza ne podrazumeva nikakav odnos čoveka prema čoveku, te je moglo bi se zaključiti i malo moralnih problema proisteklih iz dijagnoze.

Postavljanje dijagnoze je od izuzetne važnosti u lekarskoj profesiji jer je tek nakon dijagnostikovanja moguće odgovorno pristupiti tretmanu – lečenju bolesnika. Tek tada je moguće davati prognozu o ishodu bolesti, kao i o ishodu lečenja. Moguće je tek tada preduzeti brojne preventivne mere da se bolest ne bi raširila na druge ljude, članove porodice bolesnika itd. Dijagnozu lekar kao imperativ postavlja u svakom stanju bolesti.

Dijagnoza danas u lekarskoj praksi nameće više medicinskoetičkih problema i pitanja:

1. *Dijagnoza i dijagnostikovanje danas nisu jednostavni, ni laki, ni jeftini*. Samo nekoliko decenija u prošlosti, možda pola veka do vek, dijagnoza se postavljala bez velikog materijalnog ulaganja, fizikalnim pregledom bolesnika, koji je podrazumevao palpaciju, perkusiju, auskultaciju, inspekciju, uz mali obim laboratorijskih analiza. Danas lekar za postavljanje dijagnoze koristi brojne, a često i agresivne i skupe aparatne procedure.
2. *Većinu savremenih dijagnostičkih procedura u primeni prate rizici*. Brojne invazivne dijagnostičke metode u mnogim granama medicine i medicinskim disciplinama nisu nimalo bezopasne uprkos tehničko tehnološkom napretku medicine.
3. Nedopušteno je primenjivati dijagnostičke procedure nad bolesnikom rutinski.
4. Da bi se postavila egzaktna kauzalna dijagnoza, u postupku dijagnostikovanja se često "luta" diferencijalnodijagnostički, tako da nije uputno informisati pacijenta o dilemama te vrste. Aktuelna medicinska etika nalaže lekaru da u svrhu čuvanja psihološkog zdravlja bolesnika izbegne davanje informacija u posebnim stanjima bolesti.
5. *Dužnost lekara je i da se maksimalno angažuje svim svojim znanjem u postupku postavljanja dijagnoze*. Greške i lutanja tokom dijagnostičkog postupka su neminovni, ali je obaveza lekara da postupak dijagnostikovanja sprovede prema pravilima struke, onako kako se uči tokom školovanja – *lege artis*. Danas se u tu svrhu u organizovanim zdravstvenim institucijama insistira na minimumu dijagnostičkog protokola za svaku bolest posebno.
6. *Lekar je dužan da postupi po principima medicinske etike i da poštuje dijagnostički nalaz kolege*, kao i da sledi načelo poverenja ne duplirajući dijagnostičke postupke. *Svakako, slepo verovanje dijagnozi drugog lekara nije prihvatljivo*, jer je etička obaveza svakog lekara da pažljivo razmotri i potrebnim postupcima ili pregledima proveriti tačnost svog dijagnostičkog nalaza ili nalaza svojih kolega.

7. *Savremena medicinska etika insistira na ostvarenju poverenja u svakom novonastalom odnosu lekar – pacijent*, iz čega proističe i prihvatanje kao istinitih anamnestičkih podataka koje daje pacijent. Lekar ipak treba da sa potrebnom dozom opreza prihvati podatke koje pacijent iznosi o svom stanju zdravlja jer je nekada zbog brojnih socio ili socio–ekonomskih okolnosti pacijent možda i nesvesno u situaciji da navede lekara na pogrešan put.

8. *Bez postavljene dijagnoze započeti lečenje bio bi etički prestup lekara*. Lekar je dužan da poštuje i etički problem u vezi sa dijagnostikom, u vezi sa rizikom od primenjenih procedura, bez obzira na visoku tehničko–tehnološku opremljenost institucije ili laboratorije. Lekar taj rizik treba da shvati kao meru verovatnoće i težine neželjenih efekata i posledice primene dijagnostičkih procedura i odluči da li da ih primeni ili ne za svakog pacijenta pojedinačno.

MEDICINSKODEONTOLOŠKI ASPEKT INDIKACIJA

Indikacija je najozbiljniji element izraženog sukoba interesa lekara. Indikacija je dakle individualni lekarski problem etičke prirode. Dileme lekara su brojne u uspostavljenoj relaciji sa pacijentom, nakon utvrđene dijagnoze da li lečiti pacijenta ambulantno ili hospitalno, da li koristiti dijagnostičke metode koje mogu da nanesu štetu pacijentu, da li dijagnostikovanu bolest lečiti hirurški ili konzervativno, kako postupiti sa uobraženim bolesnicima itd. Lekar sve te dileme mora da reši primenjujući svoje znanje i medicinskoetičke principe.

Najčešća su dva medicinskoetička problema vezana za indikacije.

a) **Finansijska korist**, proistekla iz načina tretmana nekog bolesnika – ne sme biti razlog za odluku lekara. To podrazumeva da medicinskoetička načela eliminišu ovo načelo finansijske koristi. Kada se lekar nađe pred dilemom da li bolesnika tretirati ambulantno ili bolnički, da li primeniti jednu ili drugu dijagnostičku proceduru itd., on se opredeljuje za onaj stav koji je najpovoljniji ili najmanje štetan za njegovog pacijenta, a ne što je jeftiniji. Ovo etičko načelo se očekuje kao jedino prihvatljivo i u privatnoj lekarskoj praksi.

b) **Postupak sa uobraženim bolesnicima** treba da se odvija po svim načelima psihoterapeutskog lekarskog rada. Takav bolesnik ne sme biti izvor prihoda lekaru.

MEDICINSKODEONTOLOŠKI ASPEKT PROGNOZE

Prognoza u medicini je značajan deo lekarskog tretmana bolesnika jer omogućava lekaru kvalitetnije rukovođenje lečenjem ukoliko mogu da se predvide ishod i trajanje bolesti na osnovu trenutne kliničke slike i drugih pokazatelja težine bolesnog stanja. Još je Hipokrat govorio da je prognoza sastavni i bitan deo veštine lečenja jer omogućava lekaru da predvidi ishod i trajanje bolesti. Daremberg smatra prognozu glavnom tačkom i poslednjim izrazom u antičkoj medicini, a dijagnozu smatra krajnjim dometom naučne medicine. Prognoza tako shvaćena samo izražava prirodu čoveka i njegov položaj u svetu. Druga osobina svojstvena prognozi je da omogući lekaru odabiranje efikasnog lečenja: "*Lekar će utoliko bolje rukovoditi lečenjem što će znati da predvidi buduće događaje prema sadašnjim fenomenima kliničke slike*."

Prognoza – predviđanje toka i ishoda bolesti sa moralne tačke gledišta predstavljaju ljubav prema medicinskoj istini koja je sadržana u predviđanju. **Prognoza je u medicini izuzetno osetljiv i pre svega nepouzdan fenomen**, te je pitanje da li uopšte treba bolesniku saopštiti prognozu bilo u odnosu na dužinu trajanja lečenja njegove bolesti, bilo u odnosu na moguće trajne posledice te bolesti, pošto i sam lekar zna koliko je varljivo predviđanje ishoda bolesti. Naravno da pacijent ima uvek primarnu potrebu da što pre od lekara sazna prognostička predviđanja o toku i ishodu svoje bolesti, već pri prvom susretu sa lekarom.

Medicinskoetički stav lekara treba da poštuje princip nedavanja olakog prognostičkog predviđanja o toku i ishodu neke bolesti. Koliko treba reći pacijentu o prognozi ishoda njegove bolesti, postojao je problem još od početka medicinske struke. *Amatus*, jevrejski lekar, jedan od retkih u svom vremenu, decidno je izneo stav da lekar koji laže svog pacijenta, bez obzira na okolnosti i razloge, rizikuje da navuče na sebe prokletstvo Boga i anđela Gabrijela. *Platon* je, nasuprot tome, smatrao da su laži kojima lekari nekada moraju pribеći prihvatljive i za razumevanje, jer su izgovorene u interesu pacijenta. Ova dilema je aktuelna i danas.

Lekar današnjice, u opravdanim stanjima treba da koristi *poluistine*, odnosno da se opredeli za *dobronamernu laž* – ***pia fraus***. Ali pacijenta treba učiti da živi sa prognozom svoje bolesti, ma kako ona bila teška.

Lekar treba da pruži pacijentu onoliko informacija koliko je to neophodno za uspostavljanje saradnje sa njim. Isključivost lekara u stavu prema informacijama o prognozi bolesti, nije poželjna zbog brojnih razloga. Lekar treba naročito da vodi računa da svog pacijenta ne ošteti rečima – ***verba nociva***.

MEDICINSKODEONTOLOŠKI ASPEKT TERAPIJE

Terapija – lečenje – *podrazumeva preduzimanje mera da bi se bolesnik potpuno ili delimično izlečio*. **Lečenje i izlečenje su krajnji cilj medicine**. Nigde kao u terapiji i njenoj primeni na bolesnom čoveku nije toliko važno poštovati osnovni princip *primum non nocere* (pomoći a ne naškoditi). Ovom principu treba dodati i *primum est adiuvere* (prvo je pomoći).

Savremena naučna medicina razvila se na Hipokratovoj medicini koja je u delu terapije negovala dijetu, a hirurghiju postavljala tek na treće mesto. Danas je opravdan svaki onaj postupak lekara u terapijskom smislu koji na najbolji mogući način najviše pomaže bolesniku u otklanjanju njegovih patnji u zadešenom stanju bolesti. *Lekar ne sme biti u dilemi koje terapijsko sredstvo da primeni bez obzira na njegovu ekonomsku opravdanost*.

Terapija našeg doba se u osnovi zasniva na organo-terapiji, odnosno medikamentoznoj terapiji. Aplikovanje hemijskih supstanci nosi i rizike kako etičke, tako i medicinske. Problem primene novih lekova u terapijskoj proceduri sasvim je druga priča i nameće princip upoznavanja pacijenta sa činjenicom da mu se uvodi novi lek.

Pinelova sentenca: *"Lekarsku veštinu sačinjavaju tri stvari: bolest, bolesnik i lekar. Lekar je izvršitelj veštine, bolesnik treba da se udruži sa lekarom da bi bolest bila pobedena"*, aktuelna je u medicini i danas, a pre svega u oblasti terapije. Poseban medicinskoetički problem je dilema lekara da će u datoj situaciji degradirati postojeći kvalitet života bolesnika, re-

cimo u slučaju gangrene, da bi se spasio život, neizbežna je amputacija tog dela tela. Ta dilema se rešava tako što će se bolesniku pružiti optimalna terapija i tretman.

MEDICINSKODEONTOLOŠKI ASPEKT EKSPERTIZE

Termini *ekspertiza* i *ekspert* su nastali u modernoj medicini. Ekspertiza pored etičko problemskog ima i značaj krivičnogpravne odgovornosti, dok se u građanskom pravu odnosi na posledice koje se definišu kao nesrećni slučaj.

Ekspertiza nema istorijsku vrednost u medicini, nastala je u našoj civilizaciji kao potreba proistekla iz naučne medicine, a manje iz razvoja medicinske etike.

Prvi domen potrebe eksperata i sačinjavanje ekspertize o pojedinačnim slučajevima je područje psihijatrije koja je u ekspanziji kao nova klinička teritorija, jedva starija od jednog veka.

Drugi razlog ekspertskog davanja ekspertiznog mišljenja od strane lekara nastao je zbog ekspanzije industrijalizacije i brojnih tehnologija naše civilizacije.

Ekspert i ekspertiza nisu poznati kao etički aspekti u prošlosti. Zadatak eksperta nije da ukaže pomoć nekom bolesnom čoveku, već da se:

- svojom ekspertizom stavi na raspolaganje sudovima i pomogne im da argumentuju počinjenje nekog dela i adekvatno ga sankcionišu ukoliko je to potrebno,
- materijalno obeštete pojedinca zbog nastalog psihičkog ili fizičkog trajnog oštećenja integriteta tela izazvanog nekim nesrećnim zadesnim akcidentom, ili neadekvatnom primenom terapijskih sredstava, dijagnostičkih postupaka, ili tretmana koji mogu izazvati štetne posledice po pacijenta ali su neizbežni u primeni.

MEDICINSKODEONTOLOŠKI ASPEKT PREVENCIJE

Prevenција – sprečavanje nastanka bolesti – ideal je medicine od njenog samog nastanka, a time je i u domenu medicinske etike. Prevenција je tako organizovana da pored cilja da zaštiti zdravlje pojedinca, odnosno spreči razbolevanje ili povređivanje, ima namenu i da štiti zdravlje cele nacije, a eradikacijom zaraznih bolesti praktično da štiti i zdravlje čovečanstva.

Bolje sprečiti nego lečiti, izreka u našem narodu veoma precizno i potpuno definiše značaj prevencije u medicini. *Klod Bernar* kaže da ***ne postoji lekar ljudskog tipa, čovečanske vrste, on je uvek lekar samo jedne osobe, koja se nalazi u posebnoj situaciji.*** Znači, lekar je angažovan na polju prevencije pre svega i uvek, upućen je na individuu, na čoveka kao biće.

Preventivni rad lekara ne podrazumeva uvek odnos sa čovekom, lekar je upućen i na objekte i institucije u okviru epidemiološkog preventivnog delovanja, tako da taj segment preventivnog rada lekara i nije poseban medicinskoetički problem. Medicinskoetički problem preventivnog delovanja lekara postoji samo ako usled rada lekara mogu nastati neke nepoželjne posledice po čoveka, na primer vakcina može izazvati komplikacije kojih je lekar svestan.

Naučna medicina i medicinska etika dobijaju kroz prevenciju zadatak da rizik preventivnog delovanja svedu na što je moguće manju meru.

PRAVO PACIJENTA NA INFORMISANOST

Medicinska etika je danas medicinska disciplina. Sve do kraja XIX veka i početkom XX veka medicina je imala obavezu etičnosti, odnosno lekar je bio obavezan da etično primenjuje medicinska znanja u tretmanu i lečenju svojih pacijenata. Medicinska etika je osnovana pre stotinak godina da bi danas razvojno dostigla nivo medicinske discipline.

Načela medicinske etike danas obavezuju lekara na procenu rizika u primeni savremene medicinske nauke, medicinske tehnologije, posebno biomedicinskih istraživanja na ljudima, rečju na ponašanje prema međunarodnim preporukama o etičnom ponašanju lekara. Savremena načela medicinske etike nalažu lekaru i stalno usavršavanje i etičnosti u obavljanju struke. Lekar uvek mora imati na umu da je interes bolesnika uvek primaran.

Razgovor je veoma bitan za pacijenta jer mu dokazuje lekarevo interesovanje za njega, njegovo stanje i bolest, a konačno i za brzo i kvalitetno izlečenje. Neprihvatljivo je da lekar samo piše uputnice za laboratorijska pretraživanja i aparatna snimanja, a da sve to ne objasni pacijentu. Suština i osnovna načela medicinske etike nalažu lekaru da poštuje autonomiju ličnosti svog bolesnika.

Autonomija ličnosti je sposobnost mišljenja, odlučivanja i delovanja čoveka u skladu sa mišljenjem i donetim odlukama. Podrazumeva, delovanje čoveka slobodno i nezavisno od spoljašnjih uticaja, ali i protiv njih. To čoveku daje veliku moralnu vrednost i moralno pravo na poštovanje sopstvene ličnosti. Ovaj princip lekar mora uvažavati u svakom odnosu sa bolesnikom ili povređenim.

PRINCIP INFORMISANE SAGLASNOSTI PACIJENTA

Medicinska etika svojim osnovnim načelima obavezuje lekara na poštovanje ličnosti pacijenta. *Sve je jednostavno, lekar se neće ogrešiti o principe medicinske etike ako prema svom pacijentu postupa onako kao što bi želeo da sa njim postupaju drugi.*

Pravo na informisanost i samoodređenje, odnosno saglasnost za preduzimanje određenih postupaka u dijagnostici, tretmanu i terapiji od strane lekara, jedno je od bitnih prava bolesnog čoveka. Autonomno je i isključivo pravo bolesnika da sve ono što mu lekar predloži i obrazloži prihvati ili odbije, a to je **informisana saglasnost** – slobodan izbor, odnosno samoodređenje. Da bi informisana saglasnost mogla biti ostvarena, neophodna su tri uslova:

1. *saglasnost pacijenta mora da bude data svojom voljom;*
2. *saglasnost pacijenta mora da bude doneta bez uticaja druge osobe i*
3. *saglasnost pacijenta mora da bude data na osnovu informisanog razumevanja kao autonomna i racionalna lična odluka.*

Često je nemoguće striktno ispuniti ova sva tri uslova, to može biti medicinskoetičko ali i pravnomedicinski problem. Neophodno je u okviru medicinske etike razlikovati slobodno

datu informisanu saglasnost od pasivnog prihvatanja ponuđenog lekarskog predloga. Nekada pacijent to čini iz straha da ga lekar ne napusti ako ne prihvati njegov predlog i stav.

Princip informisane saglasnosti u sprovođenju stvara česte, a teško rešive medicinskoetičke i pravnomedicinske dileme. Jedna od najtežih dilema je pitanje obima i potpunosti informacije koju pacijent treba da dobije od lekara. Jednostavan odgovor na ovo pitanje nije moguć. Medicinska etika, kao i medicinsko pravo, zahteva da te informacije budu što potpunije da bi pacijent mogao da donese svoju punovažnu saglasnost ili nesaglasnost.

Principi medicinske etike upućuju na to da nema mesta za izbegavanje potpunog obaveštavanja pacijenta o svim relevantnim činjenicama i da to nije gubitak vremena za lečenje.

Informisana saglasnost pacijenta je izjava njegove volje da se u okviru lečenja može uticati na određeni način na njegov fizički i psihički integritet. Pacijent pristanak na lečenje prema Zakonu mora javno prihvatiti. Dovoljno je i *konkludentno ponašanje*, jer je bitno da se poklope unutrašnja i izjavljena volja.

Konkludentna saglasnost pacijenta podrazumeva da je pacijent prećutno saglasan i prepušta se lečenju i u njemu učestvuje, odnosno sarađuje. Ukoliko taj pristanak nije izričito saopšten, nužan je oprez u tumačenju stava pacijenta u smislu ocene konkludentnog ponašanja.

Pacijent može da da pristanak na medicinsku intervenciju usmeno ili pismeno, što ima istu medicinskopravnu važnost. *Pismeni pristanak ima veću pravnu važnost samo u slučaju spora*. Ukoliko pacijent ne pristane na predloženu medicinsku intervenciju, dužan je da o tome da pismenu izjavu, koja se čuva u dokumentaciji o lečenju. Pacijent može i da odbije davanje takve pisane izjave, a lekar je tada dužan da sačini u dokumentaciji pismenu belešku. Zakon Republike Srbije nalaže obavezu obaveštavanja pacijenta o mogućim posledicama odbijanja samo u slučaju odbijanja intervencije ili kada pacijent zahteva da prekine započeto stacionarno lečenje. Prema našem zakonu, sve ostale informacije koje služe pacijentovom pravu samoodređenja u odnosu na telo prepuštaju se slobodnoj oceni lekara.

Pretpostavljeni pristanak je situacija u kojoj zbog hitnosti preduzimanja medicinske intervencije nije moguće dobiti informisanu saglasnost, ali bi se on pri objektivnom poimanju svih okolnosti konkretne situacije sa sigurnošću mogao očekivati. Lekar se pod ovim uslovima može, na pretpostavljeni pristanak pacijenta, pozvati i neće odgovarati posebno u situaciji neodložne intervencije.

Druga situacija pretpostavljenog pristanka je ukoliko pacijent znajući za šanse i rizike lečenja prethodno uskrati pristanak, a nastanu problemi i njegova situacija se pogorša pa on više nije sposoban da sam odlučuje. Ovakav medicinskoetički i medicinskopravni problem je analogan u situacijama *neuspelog tentamena* – pokušaja samoubistva. Etička načela dozvoljavaju lekaru da preduzme stručne intervencije u situacijama kvantitativno alterirane svesti pacijenta jer se podrazumeva njegova volja za životom čak nakon pokušanog samoubistva. Lekar je oslobođen odgovornosti ako preduzme intervencije koje u profesionalnom iskustvu ne stvaraju značajne rizike i sa kojima se, po pravilu, pacijenti unapred saglašavaju.

Pravila pretpostavljenog pristanka pacijenta važe i u slučaju unapred nepredviđenog, a medicinski indikovanog i nastalog proširenja operacije. To su situacije kada se tokom hirurške intervencije pokaže da je potrebno izmeniti zahvat ili ga znatno proširiti, što se pre izvođenja hirurške intervencije nije moglo predvideti a pacijent nije mogao biti adekvatno obavešten i nije mogao dati informisanu saglasnost.

DEONTOLOGIJA PRIVATNE LEKARSKE PRAKSE

"Medicina nije unosna profesija, ona je uzvišena profesija."

Džon Letsom

Deontološka odgovornost rada lekara u privatnoj lekarskoj praksi čini se da je veća od profesionalne odgovornosti lekara koji radi u državnoj zdravstvenoj instituciji. Etičnost obavljanja lekarske profesije, po današnjem shvatanju medicinske etike kao discipline, u sebe inkorporira deontologiju. Lekar u privatnoj zdravstvenoj instituciji, sigurno je, ima veću ukupnu medicinskoetičku i medicinsko-deontološku odgovornost i mora posedovati veliko znanje medicine. Ovog momenta je teško detaljnije govoriti o posebnosti deontološkog i etičkog aspekta privatnog lekarskog rada, jer u našoj zemlji ne postoji dovoljno obimno, a ni vremenski dovoljno dugo iskustvo privatnog lekarskog rada.

Pojam privatne medicinske delatnosti podrazumeva privatni rad lekara. Naša stvarnost nije takva, jer postoji i privatni rad zdravstvenih radnika, pre svega lekarskih pomoćnika, odnosno srednjeg medicinskog kadra, vezano za rad lekara u privatnim zdravstvenim institucijama. Tokom poslednje skoro dve decenije u našoj zemlji je otvoren veliki broj privatnih stomatoloških ordinacija i privatnih farmaceutskih radnji (privatnih apoteka). Sve je veći i broj privatnih poliklinika ali i specijalizovanih kliničkih zdravstvenih institucija.

Deontološki i etički aspekti posebnosti privatne lekarske prakse, odnosno privatne medicinske prakse nesporno su široki. Njihovo izučavanje odnosi se na problem zarade u privatnom radu, etičnost marketinga, konkurencije itd.

ISTOVREMENI RAD LEKARA U DRŽAVNOJ I PRIVATNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Poslednje skoro dve decenije u Srbiji je nastao medicinskodeontološki problem istovremenog rada lekara i zdravstvenih radnika u državnoj zdravstvenoj ustanovi i privatno, najčešće posle radnog vremena ili po ugovoru kod kolege privatnika. Medicinskoetički problemi vezani za ovu pojavu su veoma vidljivi i upečatljivi. Problemi su i medicinskopravnog nivoa, ali se i jedni i drugi licemerno zanemaruju, a često i zataškavaju. Izostaje javna osuda, odgovornost pred etičkim sudovima kao i pred zakonom i redovnim sudovima.

Medicinskoetički i medicinskodeontološki problemi dvostrukog rada lekara u našoj zemlji imaju nekoliko nivoa, čije je rešavanje, reklo bi se već u zakašnjenju, a regulisanje je više nego neophodno.

– Lekar koji radi u zdravstvenoj ustanovi redovno i puno radno vreme, a dodatno u privatnoj lekarskoj praksi bilo kog oblika, čini etičko i deontološko ogrešenje.

– Bolesniku se po pravilu uskraćuje adekvatan i pun tretman u državnoj instituciji, često manipulativnim činjenjima (dugo čekanje na pregled, kvar aparata, nedostatak materijala) što bolesnika opredeljuje da istom lekaru uslugu plati u dodatnom privatnom, najčešće popodnevnom radu.

Zbivanja u našem društvu tranzicionog perioda, primoravaju bolesnika da sve ovo prihvati kao realnost sa uverenjem da će dobiti kvalitetniju lekarsku uslugu ukoliko je i plati, iako ima prava iz zdravstvenog osiguranja. Postavlja se pitanje, ne samo etičke odgovornosti lekara i zdravstvenih radnika već i prekršajne i krivične odgovornosti. Tolerisanje ovakvog stanja je nedopustivo i treba ga ispraviti striktnim poštovanjem već donesenih zakona.

Konačno, dalje tolerisanje dvojnog rada lekara u državnoj i privatnoj zdravstvenoj ustanovi, izrasta u ozbiljan medicinskoetički i medicinsko-deontološki problem u našoj zemlji jer pretilo da dugoročno poremeti međukolegijalne odnose i naruši međukolegijalno uvažavanje i poštovanje.

SAMOREKLAMIRANJE LEKARA SA ASPEKTA MEDICINSKODEONTOLOŠKOG OGREŠENJA

Samoreklamiranje u medicini i zdravstvu je ogrešenje o medicinskoetička i medicinskodeontološka načela lekarskog poziva. Pozitivni zakonski propisi ne dozvoljavaju samoreklamiranje kao svojevrsni samovoljni marketing lekara. Medicinska etika ne podržava javna reklamiranja lekarske veštine iz jednostavnog razloga narušavanja humanističnosti u relaciji lekar – pacijent. Samoreklamiranje lekara unosi zabunu među bolesnike i članove njihovih porodica da se opredele za izbor lekara samoreklamera, a on često nema potreban autoritet među kolegama, niti respektivna medicinska znanja. *Zdravstvena zaštita je delatnost od velikog društvenog interesa.*

Tradicija privatne lekarske prakse u svetu je veoma duga - vekovna i poslednjih bar sto godina veoma raširena. Iskustvo sa privatnom lekarskom praksom u našoj zemlji seže u prošlost od pre pola veka, a iskustva poslednje decenije XX veka sa sporadičnim pojavama privatnih lekarskih ordinacija i privatnih klinika su još nedovoljna da bi se kompetentno, a najmanje naučno ovaj problem raspravljao na stranicama ovog udžbenika. Privatna lekarska praksa kod nas postoji i razvija se a dobija i zakonsku regulativu kroz Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2005. godine) i veoma bitan Zakon o privatnoj lekarskoj komori (2006. godine). *Privatna lekarska praksa razvija se u našoj zemlji kroz privatne lekarske ordinacije, privatne klinike, privatne fizio-terapeutske i protetičke ambulante, radnje, privatne apoteke, privatne stomatološke ordinacije, privatne laboratorije, itd.*

U našoj zemlji zbog zakonske neregulisanosti instituta samoreklamiranja privatnog medicinskog rada, brojni lekari – vlasnici privatnih lekarskih ordinacija i klinika veoma vešto zloupotrebljavaju samoreklamiranje kroz posebnost marketinškog delovanja. Zloupotrebljavaju se sredstva javnog informisanja, što je sigurno u koliziji sa medicinskoetičkim normama primene medicine u praksi.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije ("Službeni glasnik RS" br. 107/2005, 02. 12. 2005. godine), član 71 uređuje zabranu reklamiranja:

"Zabranjeno je oglašavanje, odnosno reklamiranje zdravstvenih usluga, stručno-medicinskih postupaka i metoda zdravstvene zaštite, uključujući zdravstvene usluge, metode i postupke tradicionalne medicine (alternativne, homeopatske i druge komplementarne medicine),

koje se obavljaju u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, ili u drugom pravnom licu koje obavlja zdravstvenu delatnost, u sredstvima javnog informisanja i na drugim nosiocima oglasnih poruka koje su uređene Zakonom kojim se reguliše oblast oglašavanja (reklamiranja).

Dozvoljeno je oglašavanje naziva zdravstvene ustanove, odnosno poslovnog imena privatne prakse, sedišta, delatnosti koja je utvrđena Rešenjem o ispunjenosti uslova za obavljanje zdravstvene delatnosti, kao i radnog vremena.

Rezultati u primeni stručno – medicinskih metoda i postupaka zdravstvene zaštite mogu se saopštavati samo na stručnim i naučnim skupovima i objavljivati u stručnim i naučnim časopisima i publikacijama."

Član 72. uređuje obeležavanje zdravstvene ustanove i privatne prakse:

"Zdravstvena ustanova i privatna praksa dužne su da istaknu naziv, odnosno poslovno ime sa podacima o delatnosti koja je utvrđena Rešenjem o ispunjenosti uslova za obavljanje zdravstvene delatnosti, radnom vremenu, osnivaču i sedištu zdravstvene ustanove, odnosno privatne prakse, u skladu sa Zakonom.

*Naziv zdravstvene ustanove, odnosno poslovno ime privatne prakse **ne sme imati obeležja kojima se može pripisati karakter oglašavanja odnosno reklamiranja.***

Ministar propisuje način unutrašnjeg i spoljašnjeg obeležavanja zdravstvene ustanove i privatne prakse."

ZAMKE POSLOVNE KONKURENCIJE U PRIVATNOM ZDRAVSTVU

Medicinskoetičke zamke poslovne konkurencije u privatnoj lekarskoj praksi u tesnoj su vezi sa etičkim problemom samoreklamiranja. Praiskonska želja čoveka je da stekne što više materijalnih dobara tokom života, odnosno tokom svog profesionalnog rada. Ove slabosti nisu lišeni ni protagonisti najhumanizovanije profesije bivših i sadašnje civilizacije, lekari i zdravstveni radnici. Pojavom privatne lekarske prakse u našoj zemlji ovaj problem poslovne konkurencije postaje značajan. Drugim rečima, nastaje neetička i nelojalna borba među lekarima za pacijente – klijente, koji će platiti njihovu uslugu na takozvanom slobodnom tržištu privatne prakse.

Lekar ne sme svoju profesiju podrediti potrebi da **enormno zaradi**. "*U času kad stupam u red onih kojima se daruje zadovoljstvo svih životnih potreba, kojima je predodređeno da žive u blagostanju...*", citat je iz izvornog teksta Hipokratove zakletve koji nedvosmisleno upućuje da lekar sticanjem prava na bavljenje lekarskom profesijom, stiče i pravo na adekvatnu zaradu koja će mu omogućiti da živi u blagostanju kao logičan uslov da lekarsku profesiju obavlja na najbolji mogući način i najstručnije. Nedopustivo je da je za rad lekaru primarna potreba zarada, jer lekar ne sme da bude siromašan, bolestan i umoran, ali ne sme ni da bude korumpiran, da prima mito, ili da materijalizuje nesreću odslikanu u ljudskoj bolesti.

Etičke obaveze lekara prema kolegama i drugim zdravstvenim radnicima nisu sporne i obeležavaju lekarsku profesiju. Od Hipokratovog vremena postojala je obaveza lekara prema onima od kojih je pre svega učio, obaveza prema svima sebi ravnim i prema onim koji su manje stručni ili manje iskusni od njega. Hipokratova zakletva kaže: "**Učitelja svoga ovog ume-**

nja, poštovaću kao svoje roditelje, njegovu ću decu smatrati svojom braćom, a ako budu hteli učiti ovu umetnost, učiću ih bez Ugovora i bez plate." Lekar je dužan da se prema kolegama i drugim zdravstvenim radnicima odnosi pre svega po humanističkim pravilima kao čovek prema čoveku u najlepšem i najuzvišenijem smislu te reči, a tek onda i korak više, poštujući ličnost kolege. Minimum očekivanja je da lekar uvažava druge lekare, da ih poziva na saradnju, da se odaziva na takve pozive kolega, da neguje konzilijarni rad, tj. timski rad, da svoja nova saznanja i nove primenjene metode učini javno dostupnim kolegama.

NAPLATA USLUGE KOLEGI LEKARU

Naplata medicinske usluge u privatnoj lekarskoj praksi u zemljama sa tradicijom privatne lekarske prakse nije značajan medicinsko-deontološki problem, dok u našoj zemlji jeste.

Usluga u privatnoj lekarskoj praksi svom kolegi prema Ženevskoj deklaraciji se ne naplaćuje. Naša praksa po ovom pitanju još nije jedinstvena i zavisi od pojedinačnog stava svakog lekara koji se bavi privatnim lekarskim radom. *Pravilo je u svetu da se lekaru u slučaju razboleivanja ili povređivanja naplaćuje korišćenje skupih aparatnih dijagnostičkih tehnika, ali direktna lekarska usluga ne. To se najčešće odnosi i na članove uže porodice lekara.*

Uređenje ovog pitanja, u skladu sa medicinskom etikom i medicinskom deontologijom, u kompetenciji je i nadležnosti komora privatnih lekara, ali i drugih zakonskih regulativa.

OSTVAREN PROFIT U PRIVATNOJ PRAKSI I RASPODELA

"Bog odnosi bolest a doktor novce."

Srpska poslovice

Aktuelni društveni trenutak u našoj zemlji opredeljuje i brojne lekare i zdravstvene radnike na rad u privatnim zdravstvenim ustanovama. Činjenica je da se ukupno siromašenje našeg društva u poslednjoj deceniji odrazilo i na lekarsku profesiju. Međutim, lekari ne smeju da koriste svoje znanje i pružaju usluge bolesniku da bi pribavili materijalnu korist od toga.

Pravdanje prelaska lekara na rad u privatnu, sopstvenu zdravstvenu ustanovu izjavama da su pripremili bolje uslove za kvalitetnije pružanje lekarske usluge bolesnom čoveku, je svakako samo racionalno objašnjenje po principu Ego odbrambenog mehanizma. To podrazumeva pribegavanje objašnjenju za odluku koja je u suprotnosti sa načelima medicinske etike, a zasnovana na motivima sticanja materijalnih dobara i bogaćenja. Želja za zaradom i bogaćenjem, odnosno ostvarivanjem profita u privatnom lekarskom radu je nažalost i na početku XXI veka u našoj zemlji često nadređena humanističkim načelima lekarske profesije.

Naravno da striktnom Zakona treba urediti i ovaj prostor, a posebno raspodelu ostvarenog profita i plaćanje poreza državi iz rada u privatnoj zdravstvenoj ustanovi.

JATROGENIJA

posledica deontoloških greški lekara

Etimološki jatrogenija potiče od grčke reč *iatros* – lekar. Pojam jatrogeno podrazumeva nastalo oštećenje zdravlja bolesnika izazvano pogreškom lekara.

Jatrogenija je pojava bilo kog bolesnog stanja ili pogoršanja postojeće bolesti u bolesnika, izazvana rečju ili nekim postupkom lekara. Praktično svaka reč lekara ili njegov postupak mogu izazvati štetno dejstvo na bolesnikovo stanje. Posebno ukoliko je struktura bolesnikove ličnosti takva da je sklon da potencira strah od bolesti, što umanjuje odbrambenu sposobnost njegovog organizma i produžava, otežava ili onemogućava izlecenje. Saznanje o bolesti svakom čoveku, a pogotovu onom osetljivom, donosi strepnju od njenog ishoda, te i najmanji gest i najbezazlenija reč ili postupak lekara, često ima nepoželjne posledice po bolesnika.

Bolesnik posmatra i vrlo angažovano analizira sve ono što lekar čini ili ne čini i to dovodi u vezu sa svojom bolešću i stanjem.

Bolesnika lekar može jatrogenizovati neopreznim postupkom. Primer, u velikoj viziti lekari se zadrže duže kraj njega detaljno diskutujući o njegovom stanju i terapiji. To može imati jatrogenizujuće efekte. Konačno, treba znati da bolesnik stalno posmatra i ocenjuje ponašanje lekara i drugih zdravstvenih radnika te su nebrojene mogućnosti jatrogenih efekata.

Znanje naučne medicine je jedan od uslova da lekar tokom tretmana i terapije bolesnika, smanji ili eliminiše jatrogeniju. *Guyde Chauliac* (1300–1370) je u tom smislu dao pismeni propis za hirurge: "*Neka bude hirurg smeo u poduhvatima koje zna da reši, a strašljiv u situacijama koje su opasne po bolesnika, neka izbegava da pogrešno leči. On treba da bude milostiv prema bolesniku, obziran prema njegovim bližnjima, oprezan u svojim prognozama. Neka bude skroman, dostojanstven, nežan, pun sažaljenja i milosti. Lekar ne sme da iznudiže novac, neka njegova nagrada bude u skladu sa njegovim delom, sa mogućnostima bolesnika, sa uspehom lečenja i sa njegovim ličnim dostojanstvom.*" Ovom propisu je vekovima do danas malo šta dodato, ništa oduzeto, niti treba oduzeti.

Svi ljudi su potencijalno i bolesnici, a **jatrogenizaciji su skloni oni koji su potencirano sugestibilni, intelektualno insuficijentni i nezrele osobe.** Lekar je dužan da u odnosu sa bolesnikom poštuje posebnost njegove ličnosti i prilagodi svoj stav da bi izbegao jatrogeniju.

Živimo u vremenu veoma razvijene komunikacije i pravog zasipanja informacijama preko svih mas-medija o svim oblastima ljudskih delatnosti, a informacije iz oblasti medicine su naročito atraktivne. Naročito treba da budu oprezni priznati medicinski autoriteti koji su česti gosti u sredstvima informisanja jer se njihova reč pamti i poštuje. Primer, poslednjih godina opšta populacija se permanentno informiše o problemu zavisnosti u suppopulaciji generacija mladih od psihoaktivnih supstanci – droga. Naši eminentni stručnjaci se često pojavljuju u medijima sa zastrašujućim pričama o posledicama zavisnosti, ali i sa neopreznim pričama o načinima doturanja droga na ilegalno tržište, sa predlozima eliminacije ili suzbijanja narkomanije, koji deluju očigledno jatrogeno (narušavaju mentalno zdravlje roditelja i izazivaju i nepoželjne efekte). Paradoksalno, to je i izazov za decu i adolescente da probaju drogu.

Lekar svakako mora računati na to da je moralno i pravno odgovoran za sve neodmerene i nepromišljene postupke ili reči koje izgovori i njima izazove jatrogeniju.

MEDICINSKODEONTOLOŠKA ODGOVORNOST LEKARA

"Gde novac govori i pravda kadšto ćuti."

Srpska poslovice

Odgovornost lekara tokom obavljanja profesije zbog deontoloških ogrešenja može biti disciplinska, administrativno-kaznena, krivična i imovinska. *Medicinskodeontološka odgovornost lekara podrazumeva odgovornost za medicinskoetička ogrešenja i odgovornost lekara i zdravstvenih radnika za kršenje medicinskopravnih normi (zakona o medicinskom pravu).*

Krivična odgovornost za deontološka ogrešenja u lekarskoj profesiji je predviđena za teže povrede lekarske dužnosti kroz kazne zatvora ili pak zabranu bavljenja lekarskim pozivom.

Krivična odgovornost lekara najčešće je zbog sledećih razloga:

1. *Primena očigledno nepodobnih sredstava ili načina lečenja;*
2. *Zbog nesavesnog ukazivanje lekarske pomoći, usled površnosti, nepažnje, nehata i nespretnosti;*
3. *Zbog nepreduzimanje neophodnih higijenskih mera u primeni terapijskih procedura ili hirurških intervencija od strane lekara.*
4. *Lekar može odgovarati krivično pred sudom i zbog ne ukazivanja lekarske pomoći, kao i zbog samovoljnog lečenja, odavanja lekarske tajne itd.*

Naše zakonodavstvo predviđa i imovinsku i administrativno-kaznenu sankciju za lekare koji povrede deontološke principe struke u situacijama kada preduzimanje, recimo hirurških zahvata ili terapijskih procedura, izazove u bolesnika ili povređenog trajnu telesnu ili mentalnu invalidnost ili unakaženost zbog nedoslednog, nesavesnog ili nedovoljno stručnog učinjenja. U takvim situacijama izriču se imovinske kazne – novčane kazne, ne samo za lekara već i za zdravstvenu ustanovu u kojoj on radi. Kazne realizuju sudovi u redovnim postupcima, a u korist oštećenog pacijenta. Postoje i imovinske i administrativne kazne u korist države i njenih posebnih fondova.

Nadležnost sudova je da utvrđuju krivičnu i materijalnu odgovornost nesavesnog rada lekara. Činjenica je da sudska praksa pokazuje neke zakonske nepreciznosti, pre svega po pitanju odgovornosti lekara u situaciji nesavesnog lečenja, a kada se lečenje bolesnika sprovodi u okviru timskog lekarskog rada, odnosno ekipnog rada lekara (lekarski konzilijum). Da li u takvoj situaciji trpi neposredni izvršilac pojedinac ili lekar, ili stručni rukovodilac tima? Pribežava se praksi da stručni rukovodilac snosi odgovornost i biva sankcionisan ukoliko nije blagovremeno i ispravno vršio nadzor nad radom u hijerarhiji stručno podređenih kolega.

Deontološka ogrešenja lekara u obavljanju lekarske struke povlače i moralnu odgovornost i sankcije za koje su nadležni Sudovi časti lekarskih komora i komora zdravstvenih radnika (farmaceuta, medicinskih tehničara i dr.).

PISMO LEKARA PAOLA MANTEGAZZA SVOM SINU LEKARU

Paolo Mantegazzi, (1831–1910) bio je izuzetno poznat i cenjen lekar, patolog, antropolog, higijeničar i zdravstveni prosvetitelj naroda, posebno omladine, ne samo u Italiji. Njegova misao i pisana reč dopirale su u skoro sve zemlje pa i Srbiju. Citiran je u dnevnoj štampi u Srbiji, a 30. januara 1882. godine na IV glavnom godišnjem skupu, izabran je za počasnog doživotnog člana Srpskog lekarskog društva u Beogradu. Dela Paula Mantegaza su u onom vremenu doživela brojna izdanja i u prevodima na više svetskih jezika.

Smatram da pismo svom sinu lekaru Mantegazi ima mesta na kraju prvog poglavlja kao završni dekor, a ne kao ispitno pitanje. Ovo pismo je medicinskoetička poruka koja će biti koristiti i brojnim budućim generacijama.

Pismo Paula Mantegaza sinu

(pismo u celini preuzeto iz "Medicinska etika," 1992. godine,
autora prof. dr Dimitrija P. Milovanovića)

Sine dragi, ako toliko voliš ljudsku prirodu da bi pozeleo da je proučavaš i da joj se približiš, ako se ne bojiš smrada leševa, izjava o patnji i ako se ne gadiš od rana i čireva,

Dragi sine, ako ti nije teško da nemaš nikada ni časa potpune slobode, ako te ne ljuti ljudska neblagodarnost, ako se ne groziš od bezobrazluka neznalica, ako se ne bojiš od pomisli da odgovornost za tuđe patnje svaljuješ na svoja leđa,

Sine moj, ako ti nije krivo što te zovu samo onda kad si im potreban i što te zaborave odmah iza toga usled odbojnosti koju tvoj poziv izaziva kod većine,

Ako na prvo pitanje možeš mirno da odgovoriš sa – da, a na ostala, isto tako mirno, sa – ne, onda, dobro prikupi svoju hrabrost i studiraj medicinu.

Kao i za inženjera, tako je isto i za poziv lekara potrebna neka posebna sklonost pomoću koje on može da se odupre svakoj odbojnosti i da savlada svaku prepreku.

U svakom slučaju, ako se osećaš pozvanim da se baviš lekarskim pozivom, onda, pre nego se budeš konačno opredelio, nastoj da se sprijateljiš s nešto malo uspeha. Tu dvojicu pitaj za savet!

Prirodno, oni će ti izneti strahovitu sliku svoga poziva - karikaturu istine. Oduzmi od svega koliko je potrebno pa onda rasuđuj. Tvoja mladalačka mašta i ljubav prema veštini kojoj bi želeo da se posvetiš pružiće ti sasvim drugu predstavu o tome. Uporedi obe pa ih kroz stereoskop posmatraj zajedno, u isti mah. Slika koju ćeš tada dobiti biće ona prava koja te vodi u tvom rasuđivanju i koja će te dovesti do odluke.

Pa, šta će ti reći ta dva nezarobljena roba u medicini, kada ih upitaš?

Reći će ti da su ono vreme i rad, koji studenta medicine dovede do doktora, najduži i najteži.

A onda, kada napokon dobiješ toliko priželjkivanu diplomu i misliš da si kao mladi Eskulap stigao u mirnu luku, tek tada nailaze visoke i opasne hridi koje sa svih strana prete tvojoj maloj lađi.

Scila i Haribda mladog pomorca pojavljuje se ovde na sledeći način: ili, na selu, dobiješ odmah svoj tvrd i gorak hleb, ili - to biva mnogo teže - finiji, ali na burnom i grozničavom poprištu neke varoši.

Lekar na selu kaže da je slugin sluga i težak rob. Njegov prvi gospodar i tiranin je seoski kmet sa svima silnicima opštinskog odbora. Njegove gospodarice i tiranke su supruge kmetova i one opštinskih odbornika. Njegovi pokrovitelji apotekar i otmeniji ljudi u selu, kao i onaj poslednji seljak koji kad pretovari želudac obilnim obrokom gljiva ili krompira, ima pravo da ga i najhladnije januarske noći

digne iz toplog kreveta ili da ga, avgusta meseca, u toku najveće žege, goni preko pustog polja.

Taj dugi, neprekidni rad u toku dana - reći će ti - i neprijatna iznenađenja noću, počinju s prvim danom meseca januara, a prestaju uoči naredne nove godine.

Najzad, obavestiće te da moraš stalno da trpiš poniženja od strane bogatih, a zlostavljanja od sirotinje, tako da posle naporene godine, ispunjene teškim radom, možeš jedva, bez dugova, da sastaviš kraj s krajem.

Varoški lekari pričaće ti, međutim, kako su u toku godinu dana svoga rada morali da pojedju ono malo nasleđa što su imali, a da ne zarade ni parče hleba za ručak.

Zatim dolazi neka mala titula u bolnici, za koju se plata dobija tek onda kada se pre toga nekoliko godina radilo besplatno. Dalje, mnoge posete kod rođaka, prijatelja i poznanika plaćene su samo jednim 'hvala' i, poput pauka u svojoj mreži - dugo, nemo i nepomično čekanje u radnji apotekara da se pojavi prva mušterija. Najzad zaradiš prvi dinar od nekog sumnjivog klijenta koji te je iz velike nužde pozvao. Sluša te s nepoverenjem, pošto te je naterao da trčiš s jednog kraja varoši na drugi i da potrošiš pola svoga novca na autobus i tramvaj. Na kraju dolazi naporna staza, puna trnja, gde te malo pomalo jedna mušterija preporučuje drugoj kao pouzdanog i skromnog lekara. Vratar, kojeg si besplatno lečio od neke teške bolesti, preporučio te toplo svojoj gazdarici, a ova te najpre isproba na svom kuvaru ili pralji. A, ako ti, najzad, pođe za rukom da u nekom kraju varoši upredeš konce skromne i pouzdane prakse, onda dolazi kakav tvoj kolega koji je, sa bratskom ljubavlju bližnjega, u nekom neuspehom slučaju lečenja, obedi za neznanje ili izmisli kakvu klevetu, po kojoj ispadneš i smešan i opasan, tada gubiš plod tvojih dugogodišnjih napora.

Pričaće ti, isto tako, o ponašanju jednog pijatelja koji ti se sklanja s puta čim te izdaleka vidi zato što ti je dužan za neko dugo i uspelo lečenje bolesnika u svojoj kući. Pričaće ti, dalje, o bestidnim i bezobraznim zahtevima klijenata, sudova, vlasti i uopšte, svih koji te smatraju metom, koja se sme preturati i gaziti, a da ne govorimo o stalnoj opasnosti kojoj si izložen od prilepčivih zaraznih bolesti, nemirnom životu punom briga i umora, bez spokojnih časova za spavanje i razmišljanje.

Sine moj dragi, ove slike ne pokazuju potpunu istinu, već samo jedan njen deo. Ti moraš o njima da razmišljaš i da ih staviš na vagu odmeravajući sjaj i bedu medicine.

Seti se onoga što je jedan profesor Univerziteta u Paviji, praštajući se na kraju školske godine od svojih đaka, rekao:

Znajte, da se i u vašem pozivu provode vrlo rđavo oni koji su u životu u poslednjim redovima. Pa ni u parteru samom - upoređujući život s pozorištem - nije baš tako sjajno! Nastojte, dakle, svim silama da kroz život dospete u lože prvoga i drugoga reda, jer se tek na tim mestima život može lakše da podnese!

No, taj profesor, koji je shvatio na vreme da kroz život dospe do prvih mesta, zaista je preterao u pouci svojim đacima. Ima mnogo seoskih lekara, a dosta i varoških, koji srećno žive iako nisu slavni ljudi. Svi ih ipak vole i poštuju. Osrednje su bogati i zadovoljni su svojim bogatstvom. Brzo zaborave neblagodarnost, dok se uvek sećaju prijateljskih priznanja. Oni teše bolesnike svojom dobrom prirodom, život ispunjavaju radom. Uvek imaju izvanredan apetit i dobro spavaju. Smeju se sitnim ljudskim slabostima, jer ih dobro poznaju. Oni vole ljude pošto u većine preovlađuje dobro nad zlim. Iznad svega imaju u sebi tvrdo uverenje da su društveno korisni, da vrše ispravno svoju dužnost i da spadaju među najbolje građane. Često leče svoje bolesnike i onda kada dobro znaju da ih ne mogu izlečiti, teše ih, bodre i ublažavaju njihove bolove. Nikada ne prelaze praga neke kolibe ili palate, a da nisu korisni. Koji, pak, drugi čovek to isto može da kaže sebi?

Ti, sine moj, ako budeš odabrao lekarski poziv, dospćeš bez sumnje, u lože prvog i drugog reda, kao što je onaj profesor savetovao svojim đacima. Ona ćeš se ne samo dobro nego i izvanredno osećati.

Dobar lekar je jedan od najsrećnijih ljudi na svetu. 'On poznaje dobro i zlo', kao što kaže Gete u svom "Faustu". On poznaje zlo da bi ga suzbijao, a dobro - da bi ga svakom poklonio.

Dobar lekar poznaje ljude u suštini, iznutra i spolja. To služi i njegovom i tuđem dobru. On je ne-

prijatelj bola kojeg svuda suzbija i leči. Kako se tek oseća srećnim kad je jednu suzu utro i zamenio je osmehom.

Kad stupa u kuću bolesnika, očekuju ga s nestrpljenjem, primaju s oduševljenjem i poštovanjem. Pozdravljaju ga s osmehom i blagoslovom. Onaj ko pati - njegov je prijatelj i brat. Njegova porodica je celo čovečanstvo koje pati. On je pravi i najverniji sluga Hristov. On trpi za sve koji pate. On radi, znoji se i trpi. Čak umire za sve one koji se muče i pate.

Niko nije veći od dobrog i mudrog lekara. Niko nije snažniji od njega. Niko ne može da ga zameni i niko da se sa njim izjednači. Pred njim se u bolu priklanjaju sve veličine, jer ništa ne izjednačuje ljude tako kao bol. Milionar, ministar i kralj kucaju na njegova vrata s istim nestrpljenjem i sa istim oduševljenjem kada ih bol spopadne. Drugi čovek može da da zlato, počast i uživanje, ali samo lekar može da da zdravlje koje je sto puta vrednije od zlata, počasti i ljubavi.

I milionar, knez i kralj, postavši pod mukama bolova svi među sobom jednaki, dolaze ponizno kod lekara. Sa sklopljenim rukama i drhtavim glasom mole od njegove nauke da im da života, pa makar to bilo još i samo jedan dan ili jedan čas života. U takvom trenutku lekar vidi sve ljudske slabosti, svu ljudsku bedu i jad pred svojim nogama. Mora, onda, da oseti u sebi milosrđe i sažaljenje, ali, u isto vreme, i opravdan ponos, jer je on taj koji deli utehu i oseća se gospodarem nad životom i smrću. Pa, kako da u takvom trenutku ne zaboravi i oprosti sva samovlašća silnika, nepravdu neblagodarnih, zavist slabića i uopšte sve ljudske niske poroke i zablude.

Dobar i savestan lekar bere usred bolova i bolesti najlepši i najmirisniji cvet u bašti života. Nesvesno osmehivanje deteta, nežnost žene, rukovanje blagodarnosti, poštovanje naroda, a i zlato bogatih - njemu pripada. On može i sme, s punim šakama, da zagradi iz bogataških sanduka kako bi dao i onima koji nemaju. Njegov rad je dao život i on ima pravo da oceni sam vrednost svog rada. On mora od bogatih da traži ono što je prinuđen da, u radu i novcu, da siromašnima. Da se mnogi lekari nisu spustili do bednih zavisnosti od tvrdičluka gomile, ne bi mišljenje o njihovom pozivu kod naroda tako nisko palo. Narod smatra da je bez vrednosti ono što se plaća malo ili ništa. Kada, pak, advokat i inženjer i svi ostali, veliki i mali radnici ljudskog društva, sami ocenjuju vrednost svoga rada, zašto onda samo lekar treba da je zadovoljan dobrom voljom i milostinjom svih i svakoga?

Na polju osećanja nijedan drugi poziv ne pruža uzvišenija uživanja, ponosnije pobede i dubljeg zadovoljstva. Isto tako, lekaru su dodeljene i najviše radosti mišljenja.

Lekar poznaje čoveka bolje no ijedan drugi poznavalac prirode. Njemu pripadaju sve koristi koje potiču iz toga. Pred njim je široko, neobrađeno polje koje on treba da obrađuje. Moći će svoje ime da zapiše i tamo gde su urezana imena besmrtnika, tako gde se ne izbriše ništa od onoga što je zapisano.

Kao što je ljudski organizam najsavršenija od poznatih mašina, tako je isto i najmanje ispitan. Stotine i hiljade tajni čekaju svoga pronalazača, stotine i hiljade nepoznatih zemalja čekaju na svoga Kolumba. Koliko tek organa, čije radnje ne poznajemo, koliko tek radnji čiji mehanizam ne razumemo, koliko neizlečivih bolesti čekaju na svoga otkrivača!

Lekar može da spase život i detetu koje još nije rođeno. On je u stanju da jedno slabo i bolešljivo dete pretvori u dugovečnog čoveka. Može utopljenika da povрати u život ili da zaustavi krv što šiklja iz žila i preti da i život sobom odnese. Takođe, može savijenog da ispravi, mutavom govor da povрати, slepom da povрати svetlost dana, kao i da povрати još skupoceniju svetlost, svetlost uma, onome koji ju je izgubio. U stanju je da ropac samrtnika pretvori u blaženi osmejак srećnog čoveka. Može gnev i ljutnju da učutka i da zadrži ruku samoubici. Može da produži život čoveka i da celom narodu povisi vek za milione časova. Malaričnu baru lekar može da pretvori u plodnu i bogatu njivu. To, i još mnogo čega, dobrog i uzvišenog, može lekar da ostvari. Pa, zar da nije ponosan ovom svojom snagom, zar da se ne raduje što vlada tolikim silama?

Ali, sine moj dragi, seti se reči onog profesora iz Pavije: „Kad postaneš lekar, nemoj kroz život da sediš u parteru, a još manje na galeriji!”

Ispitna pitanja za studente medicine

1. Definicija pojmova: *moral, etika, deontologija, medicinska etika, medicinsko pravo*;
2. Moral i etika – suština i posebnosti;
3. *Moral – ljudska praksa* i moral savremenog doba;
4. Odnos morala i drugih oblika ljudske prakse;
5. Izvori, nastanak, razvoj i ciljevi morala;
6. Pranorme kao izvor moralnih i etičkih normi;
7. Folklor (običaji, običajne norme, kultura);
8. Običaji, moral i etika – *sličnosti i razlike*;
9. Eufemizmi (norme kulture);
10. Homo moralis i homo religiosus;
11. Moral i religija – *sličnosti i razlike* (Mojsijevo, hrišćansko i islamsko učenje);
12. Moral i pravo – *sličnosti i razlike*;
13. Geneza morala – *psihološka učenja*;
14. Geneza morala – *sociološka učenja*;
15. Savest, *vrste savesti* (u funkciji cenzure morala);
16. Moralni akt, *vrste*;
17. Moralno rasuđivanje i moralno ponašanje;
18. Seksualnost čoveka kao moralna kategorija;
19. Moralnost, *psihička funkcija* i razvoj moralnosti;
20. Preduslovi za razvoj moralnosti;
21. Osećanje dužnosti i poremećaji moralnosti;
22. Ličnost, *suština* i posebnosti strukture ličnosti savremenog čoveka;
23. Kvaliteti ličnosti (karakter i temperament);
24. Pozitivne i negativne crte ličnosti;
25. Ličnost u svetlu etičkih učenja (psihodinamsko objašnjenje funkcionisanja ličnosti);
26. Teorije ličnosti i funkcionisanje zrele ličnosti;
27. Frojdova teorija ličnosti (*Jung, Adler, Hornaj*);
28. Olportova teorija ličnosti (*geštalt, bihevior*);
29. Agresivnost i alijenacija u svetlu Fromovog učenja;
30. Odnos pojedinac – zajednica (alijenacija);
31. Etika i istorijat razvoja etičkih učenja;
32. Etička učenja drevnih civilizacija (antička, rimska);
33. Etička učenja srednjeg veka;
34. Hrišćanska, *crkvena* i islamska etika;
35. Etička učenja renesanse (XIV, XV, XVI vek);
36. Etička učenja novog doba (Bekon, Spinoza, Kant);
37. Etička učenja utilitarista, socijalista utopista, nemačkih filozofa i klasika marksizma;
38. Etička učenja – *pragmatizam i egzistencijalizam*;
39. Naša etička učenja, *razvojno i istorijski*;
40. Odnos etike i drugih nauka o moralu;
41. Teorijska etika i normativna etika;
42. Preduslovi etičkog praktičnog ponašanja;
43. Medicina – istorijat, *nastanak i razvoj*;
44. Prenaučna medicina (*magijska i tradicionalna*);
45. Posebnosti medicine drevnih civilizacija (Vavilona, Egipta, Jevreja, Indije, Kine, Japana);
46. Antičke medicinske škole;
47. Medicina srednjeg veka (*arapska, vizantijska i hrišćanska manastirska medicina*);
48. Medicina renesanse;
49. Medicina novog doba (XVII, XVIII i XIX vek);
50. Istorijski razvoj medicine srpskog naroda;
51. Suština humane medicine, njeni zadaci i podela;
52. Zdravlje i bolest (vođenje med. dokumentacije);
53. Ispoljavanje bolesti (*epidemije i pandemije*);
54. Razvoj medicinskih fakulteta u Evropi;
55. Obrazovna spirala i pravila obrazovanja lekara;
56. Naši medicinski fakulteti i *Bolonjska deklaracija*;
57. Istorijski razvoj savremene medicinske etike;
58. Medicinska etika i medicinska deontologija;
59. Medicinskoetička načela rada lekara i zdravstvenih radnika;
60. Lekarska etika i obavezni kvaliteti lekara (*skromnost, humanost i veština komunikacije*);
61. Medicinskoetički stavovi lekara prema sebi i prema kolegama;
62. Odnos lekar – pacijent (*transfer, kontratransfer, empatija*);
63. Odnos lekar – bolesnikova porodica;
64. Očekujući stav prema bolesti (*bolesnik i porodica*);
65. Medicinska deontologija (*načela, primena u praksi*);
66. Lekarska deontologija;
67. Medicinskoontološki aspekti dijagnoze, indikacije i prognoze;
68. Medicinskoontološki aspekti terapije, prevencije i ekspertize;
69. Pravo pacijenta na informisanost (*informisana saglasnost*);
70. Istovremeni rad lekara u državnom zdravstvu i privatnoj praksi (*deontologija privatnog rada lekara i zdravstvenih radnika*);
71. Samoreklamiranje lekara i zamke konkurencije u privatnom zdravstvu;
72. Naplata usluga kolegi i raspodela profita u privatnoj lekarskoj praksi;
73. Jatrogenija (*deontološka ogrešenja lekara*) i medicinskoontološka odgovornost;

Ispitna pitanja za studente stomatologije

1. Definicija pojmova: <i>moral, etika, deontologija, medicinska etika, medicinsko pravo</i>; 2. Izvori, nastanak, razvoj i ciljevi morala; 3. Pranorme kao izvor moralnih i etičkih normi; 4. Folklor (običaji, običajne norme, kultura); 5. Eufemizmi (norme kulture); 6. Homo moralis i homo religiosus; 7. Moral i religija – <i>sličnosti i razlike</i> (Mojsijevo, hrišćansko i islamsko učenje); 8. Moral i pravo – <i>sličnosti i razlike</i>; 9. Geneza morala – <i>psihološka i sociološka učenja</i>; 10. Savest, <i>vrste savesti</i> (u funkciji cenzure morala); 11. Moralni akt, <i>vrste</i>; 12. Moralno rasuđivanje i moralno ponašanje; 13. Seksualnost čoveka kao moralna kategorija; 14. Moralnost, <i>psihička funkcija</i> i razvoj moralnosti; 15. Osećanje dužnosti i poremećaji moralnosti; 16. Ličnost i kvalitete ličnosti (karakter i temperament); 17. Pozitivne i negativne crte ličnosti; 18. Teorije ličnosti i funkcionisanje zrele ličnosti; 19. Agresivnost i alijenacija u svetlu Fromovog učenja; 20. Odnos pojedinac – zajednica (alijenacija); 21. Etika i istorijat razvoja etičkih učenja; 22. Etička učenja drevnih civilizacija (antička, rimska); 23. Etička učenja srednjeg veka; 24. Hrišćanska, <i>crkvena</i> i islamska etika; 25. Etička učenja novog doba (Bekon, Spinoza, Kant); 26. Naša etička učenja, <i>razvojno i istorijski</i>; 27. Teorijska i normativna etika; 28. Preduslovi etičkog praktičnog ponašanja; 29. Nastanak i razvoj stomatologije; 30. Zubna medicina istorijski (<i>prenaučni</i>) period;	31. Zubna medicina Starog veka (<i>Vavilona, Egipta, Jevreja, Indije, Kine, Japana, antičke Grčke i Rima</i>); 32. Zubna medicina Srednjeg veka (<i>manastirska hrišćanska</i>); 33. Zubna medicina renesanse i novog doba; 34. Nastanak stomatologije (XIX i XX vek); 35. Istorijat razvoja zubne medicine srpskog naroda; 36. Savremena stomatologija (<i>zadaci i podela</i>); 37. Kliničke stomatološke grane (konzervativno lečenje zuba, ortodoncija, protetika, oralna hirurgija); 38. Značaj preventivne stomatologije; 39. Značaj otkrića u stomatologiji (R0 u stomatologiji); 40. Naši stomatološki fakulteti (<i>Bolonjska deklaracija</i>); 41. Bol i značaj bola u stomatologiji; 42. Zdravlje i bolest; 43. Današnja organizacija naše stomatološke zaštite i vođenje medicinske dokumentacije; 44. Istorijski razvoj savremene medicinske etike; 45. Medicinska etika i medicinska deontologija; 46. Medicinskoetička načela rada zdravstvenih radnika; 47. Lekarska etika i obavezni kvalitete lekara; 48. Medicinskoetički stavovi lekara prema sebi i kolegama; 49. Odnos lekar – pacijent (<i>transfer, kontratransfer</i>); 50. Odnos lekar – bolesnikova porodica; 51. Medicinska deontologija (<i>načela, primena u praksi</i>); 52. Medicinskoetički aspekti dijagnoze, indikacije; 53. Medicinskoetički aspekti terapije, prevencije; 54. Pravo pacijenta na informisanost i saglasnost; 55. Istovremeni rad u državnoj ustanovi i privatnoj praksi; 56. Samoreklamiranje lekara i zamke konkurencije u privatnom zdravstvu; 57. Naplata usluga kolegi i profit u privatnoj praksi; 58. Jatrogenija (<i>deontološka ogrešenja lekara</i>);

Ispitna pitanja sa studente zdravstvene nege

1. Definicija pojmova: <i>moral, etika, deontologija, medicinska etika, medicinsko pravo</i>; 2. Izvori, nastanak, razvoj i ciljevi morala; 3. Pranorme kao izvor moralnih i etičkih normi; 4. Folklor (običaji, običajne norme, kultura); 5. Eufemizmi (norme kulture); 6. Moral i religija – <i>sličnosti i razlike</i>; 7. Moral i pravo – <i>sličnosti i razlike</i>; 8. Geneza morala – <i>psihološka i sociološka učenja</i>; 9. Savest, <i>vrste savesti</i> (u funkciji cenzure morala); 10. Moralno rasuđivanje i moralno ponašanje; 11. Seksualnost čoveka kao moralna kategorija; 12. Moralnost, <i>psihička funkcija</i> i razvoj moralnosti; 13. Osećanje dužnosti i poremećaji moralnosti; 14. Ličnost i kvalitete ličnosti (karakter i temperament); 15. Pozitivne i negativne crte ličnosti; 16. Agresivnost i alijenacija u svetlu Fromovog učenja; 17. Odnos pojedinac – zajednica (alijenacija); 18. Etika i istorijat razvoja etičkih učenja;	19. Etička učenja drevnih civilizacija (antička, rimska); 20. Hrišćanska, <i>crkvena</i> i islamska etika; 21. Naša etička učenja, <i>razvojno i istorijski</i>; 22. Teorijska i normativna etika; 23. Preduslovi etičkog praktičnog ponašanja; 24. Zdravlje i bolest i vođenje medicinske dokumentacije; 25. Istorijski razvoj savremene medicinske etike; 26. Medicinska etika i medicinska deontologija; 27. Medicinskoetička načela rada zdravstvenih radnika; 28. Medicinskoetički stavovi lekara prema sebi i kolegama; 29. Odnos lekar – pacijent (<i>transfer, kontratransfer</i>); 30. Odnos lekar – bolesnikova porodica; 31. Medicinska deontologija (<i>načela, primena u praksi</i>); 32. Medicinskoetički aspekti dijagnoze, indikacije; 33. Medicinskoetički aspekti terapije, prevencije; 34. Pravo pacijenta na informisanost i saglasnost; 35. Istovremeni rad u državnoj ustanovi i privatnoj praksi; 36. Naplata usluga kolegi i profit u privatnoj praksi; 37. Jatrogenija (<i>deontološka ogrešenja lekara</i>);

The Oath of Hippocrates



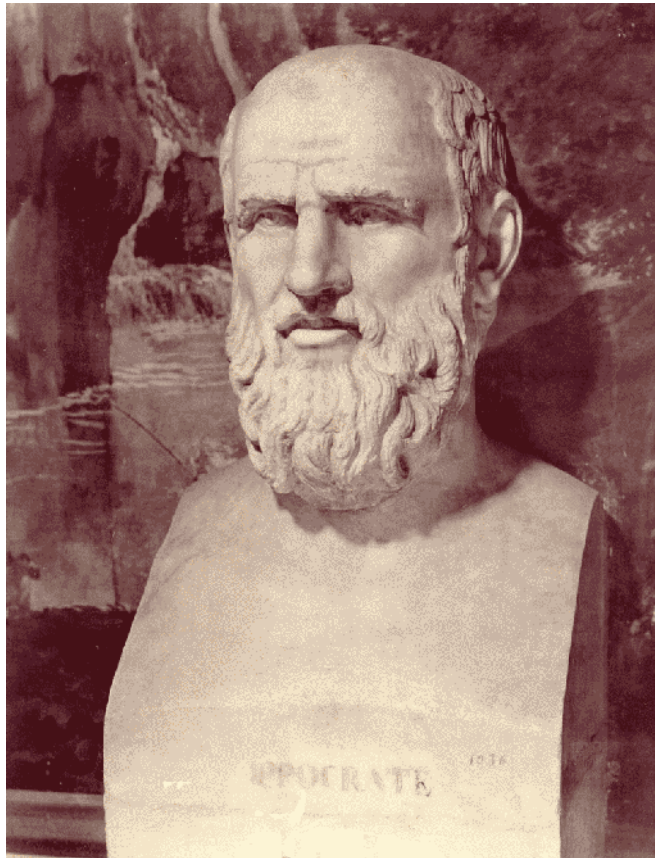
SWEAR by Apollo the physician, and Aesculapius, and Health, and All-heal, and all the gods and goddesses, that, according to my ability and judgment, I will keep this Oath and this stipulation—to reckon him who taught me this Art equally dear to me as my parents, to share my substance with him, and relieve his necessities if required; to look upon his offspring in the same footing as my own brothers, and to teach them this art, if they shall wish to learn it, without fee or stipulation; and that by precept, lecture, and every other mode of instruction, I will impart a knowledge of the Art to my own sons, and those of my teachers, and to disciples bound by a stipulation and oath. I will give no deadly medicine, nor will I suggest such a course, nor will I administer a woman's pessary, to produce abortion. With purity and with holiness I will pass my life and practise my Art. ¶ I will not cut persons labouring under the stone, but will leave this to be done by men who are practitioners of this work. Into whatever houses I enter, I will go into them for the benefit of the sick, and will abstain from every voluntary act of mischief and corruption; and, further, from the seduction of females or males, of freemen and slaves. ¶ Whatever, in connexion with my professional practice, or not in connexion 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. While I continue to keep this Oath unviolated, may it be granted to me to enjoy life and the practise of the art, respected by all men, in all times! But should I trespass and violate this Oath, may the reverse be my lot!

From The Genuine Works of Hippocrates translated from the Greek by Francis Adams, Surgeon, volume 2, London, 1849

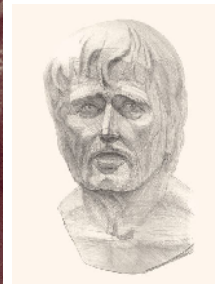
The above oath attributed to Hippocrates (460-370 B.C.) is an early code of ethics establishing those high principles of conduct which have characterized the art of medicine. We can apply the teachings of this Greek physician to modern practice with but slight modifications. ¶ It is suggested that the students consult the monograph entitled The Doctor's Oath, by W. H. S. Jones, Cambridge University Press, 1924.

Reprinted by Northwestern University Medical School, 1934

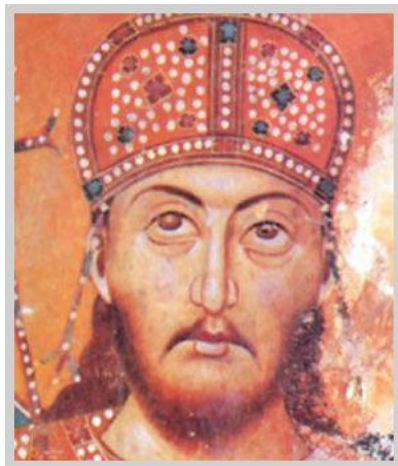
MEDICINSKOETIČKA PRAKSA I DRUŠTVO



GALEN



SENEKA



CAR DUŠAN



boginja pravde



FLORENS NAJTINGEJL

MEDICINA I DRUŠTVO

Savremena humana medicina ili naučna medicina u praktičnoj primeni danas podrazumeva zdravstvenu zaštitu. **Medicina u praksi ili zdravstvena zaštita je delatnost od izuzetnog društvenog značaja i interesa.**

Medicina je bila, naravno, značajna i za čoveka prvobitne ljudske zajednice. Značaj primene medicinskih saznanja i veštine u praksi rastao je na dva nivoa kroz istoriju ljudskog društva. *Prvi nivo* je napredak medicine zahvaljujući novim saznanjima i otkrićima, a *drugi nivo* je razvoj zajednice, usavršavanje, poboljšavanje i humanizovanje regulativnim normama društvenih i sveukupnih odnosa u organizovanoj ljudskoj zajednici.

Medicina prenaučnog perioda temeljila se u praktičnoj primeni manje na znanju o bolestima, njihovom nastanku i prirodi, a više na veštini tretmana, tj. lečenja. Davno u prošlosti organizovane države su podržavale i usmeravale medicinska saznanja i negovanje medicinske – lekarske veštine i ulagale u njihov razvoj. Otkrića fundamentalnih nauka u poslednjim vekovima inkorporirana su u saznanja naučne medicine koja je u poslednja dva veka dosegla izuzetne razmere i do neslućenih granica razvila moć u suzbijanju bolesti, lečenju, prevenciji i unapređenju zdravlja ljudi svih populacionih kategorija. Na početku XXI veka tehnološka i tehnička dostignuća u medicini su izuzetna i u trendu su stalnog usavršavanja. Opus naučne medicine je postao neverovatno obiman tako da je lekaru našeg vremena nemoguće da ovlada svim saznanjima naučne medicine. U praksi lekari se usmeravaju ka užim specijalističkim i supspecijalističkim disciplinama da bi u njima bili suvereni dijagnostičari, prognostičari i terapeuti.

Savremene države zakonskim i drugim brojnim regulativnim normama uređuju praktičnu primenu medicine u okviru svojih granica i ulažu značajna sredstva od svog ukupnog privrednog ostvarenja za unapređivanje zdravstvene zaštite naroda. Savremeni čovek shvata da su nauka, umetnost i moral tri nezamenljiva i najbitnija činioca osvajanja kosmosa (sveta) i univerzalnog unapređenja društva.

Medicina i društvo su u trajnoj neraskidivoj i zavisnoj relaciji u našem vremenu. Realizacija složenih relacija medicine i društva danas se ostvaruje preko nacionalne zdravstvene politike pojedinačnih država kao i preko institucija Svetske zdravstvene organizacije.

Nacionalna zdravstvena politika je projektovana strategija države sa namerom da optimizira i kontroliše primenu medicinskih znanja i praktičnih resursa zdravstvene zaštite. Iz odnosa medicine i društva nastala je i oblast socijalne medicine.

Socijalna medicina proučava sve one faktore koji ugrožavaju društveno blagostanje i utiču na pojavu bolesti i svih poremećaja zbog nepovoljnih uticaja iz socio-sredine. Nepovoljni uticaji socio-sredine na pojedinca su: uslovi stanovanja, zagađenje životne sredine, ishrana i slično. Socijalna medicina kao oblast savremene naučne medicine istražuje zdravstveno stanje stanovništva i vrši evaluaciju državnog ulaganja u zdravstvenu službu.

Medicina i društvo u aktuelnom vremenu su na istom zadatku produženja života i poboljšanja kvaliteta življenja svakog čoveka unutar države. Zbog toga se govori o **sociologiji medicine** ili **medicinskoj sociologiji**. Termin *sociologija medicine* je verovatno prikladniji ali će definitivno stav o tome dati naučni poslenici u oblasti medicine i društva.

MEDICINSKOETIČKO PRAVNE RELACIJE

medicinsko-deontološka uređenost

*Medicinska etika kao posebna grana savremene naučne medicine izučava stavove, načela i primenu medicinskih saznanja i veština, a zasnovano na moralnoj strukturi protagonista medicine (lekara i zdravstvenih radnika), kao i moralu društva. Sa razvojem medicinske etike nastala je i potreba razvoja **medicinskopravnih normi** kao neophodnih regulativnih normi da bi se ujednačeno kvalitetno ostvarila zdravstvena zaštita stanovništva. *Medicinska deontologija* danas podrazumeva medicinsku etiku i medicinsko pravo u funkciji.*

Termin *medicinska deontologija* je širi pojam od pojma medicinska etika. **Medicinska deontologija obuhvata etička načela i pozitivne pravne propise koji regulišu primenu naučne medicine u praksi.** Medicinska deontologija se bavi etičkim i pravnim dužnostima medicinskih radnika, a pre svih lekara.

Ogrešenje o etičke principe ili norme pozitivne pravne uređenosti nosi etičku ili pravnu odgovornost za prekršio. Medicinska deontologija je utemeljena na medicinskoj etici i medicinskom pravu tj. pravnim propisima koji regulišu rad lekara i zdravstvenih radnika na zaštiti i unapređenju zdravlja svakog pojedinca u datoj državnoj zajednici.

Medicinska etika podrazumeva danas skup principa i pravila ponašanja koji obavezuju medicinske radnike u svakoj situaciji donošenja odluke, *šta je ispravno, šta je dozvoljeno, šta je pogrešno, šta je zabranjeno, šta je dobro a šta loše za pacijenta a istovremeno i za društvenu zajednicu.* Donošenje ovakvih odluka je često teško. Brojni su primeri teško razrešivih dilema: obaveza čuvanja lekarske tajne je vezana za pojedinca, a nekada njegova bolest može ugroziti život ili zdravlje druge ili drugih osoba. Medicinska etika je medicinska disciplina koja pomaže u razrešavanju sličnih dilema u praktičnoj primeni naučne medicine.

Medicinsko pravo su pravni propisi kojima je unutar države regulisan u najširem smislu rad na zaštiti i unapređenju zdravlja, odnosno uspostavljeni nivo zdravstvene zaštite. Pravni propisi regulisanja zdravstvene zaštite menjaju se pod uticajem društvenih, kulturnih, ekonomskih i drugih promena unutar zajednice – države, ali i pod uticajem Ujedinjenih nacija, Evropske zajednice itd. Suština medicinskog prava je da svaka država pojedinačno na temelju svoje pravne ustrojenosti, zaštiti pravnim propisima vezanim za zdravstvenu zaštitu i zdravstvenu politiku prava i interese svakog pojedinca unutar svojih granica bez obzira na pol, životnu dob, religijsko ili političko opredeljenje itd. Medicinskim pravom kao regulativnim normama država ostvaruje spoljašnju kontrolu nad radom medicinskih radnika, a pre svih lekara.

Promene i stalno usavršavanje medicinskoetičke i medicinskopravne prakse u svetu su veoma brze i teško se prate unutar državnih zajednica. Donošenjem savremenih zakona iz oblasti zdravstvene zaštite u našoj zemlji treba očekivati promenu u stavovima medicinskih radnika i brzo prilagođavanje inovacijama u oblasti medicinske etike i u oblasti medicinskog prava na savremenom svetskom nivou.

PRENAUČNA MEDICINA U RELACIJI SA ONOVREMENOM LJUDSKOM ZAJEDNICOM

Medicina se morala pojaviti sa pojavom prve ljudske zajednice u *gensu* (rod). Univerzalno svojstvo ljudi prvobitne (primitivne) zajednice bilo je prelogično mišljenje. Tako je i bolest doživljavana i tumačena magijski i animistički. Čovek tog vremena verovao je da bolest postoji kao što postoji i smrt ali nije vidljiva, već je nevidljiva i zaposeda čoveka. Pojavom vračeva – ljudi koji su imali veštinu da utvrde prisustvo bolesti i da je pobeđe odnosno isteraju iz čoveka nastala je i medicina. Vrač kao prvi lekar u lečenju bolesnog primenjivao je i veštinu udobrovoljavanja bolesti kao zlog bića prinošnjem žrtve. Vrač je imao i svoju socijalnu ulogu u primitivnoj ljudskoj zajednici. Primenom vradžbina i drugih metoda "lečenja" isterivanja zlog duha koji je zaposeo bolesnika vrač se rukovodio etičnom namerom da spasi život člana zajednice ali i da doprinese toj zajednici kroz zdravlje njenih članova. Prvobitna ljudska zajednica iako primitivnog socio funkcionisanja imala je svoje vrednosti u zajedničkom nastojanju svih da sačuvaju članove i da podmlatkom uvećaju zajednicu jer veći broj zdravih članova može da ostvari kvalitetnije življenje svima, veći ulov, više hrane, lakša zaštita od zveri, od drugih ljudi, pa i od prirodnih nepogoda. *Medicina tog vremena imala je dakle i društveni značaj.*

Ljudska zajednica tokom svog razvoja kroz istoriju pridavala je značaj medicini kao bitnoj čovekovojoj potrebi. Razvojno medicina je u ljudskoj zajednici izrastala na saznanjima, a generisana iz nagona za samoodržanje i na potrebi individue da pobedi bolest i smrt.

Civilizacije u prošlosti kao što su civilizacija starog Egipta, stara Induska, Vavilonska i antička Grčka civilizacija pridavale su značaj medicini i razvijale su je na dobrobit pojedinca i cele zajednice. Pomenute civilizacije su donosile regulativne – zakonske norme kao spoljnu kontrolu vršenja lekarske struke. Profilisana je specifičnost medicinske deontologije i medicinske etike kao garant državnog napretka. Sačuvana su brojna dokumenta iz perioda prenaučne medicine koja definišu etičnost vršenja lekarske struke kojima se i danas malo šta može dodati. Primer: Platon je još pre dve i po hiljade godina pisao o tehnički ispravnom ali i neetičnom radu tadašnjih lekara sa robovima. Zapazio je da lekari njegovog vremena nehumano leče bolesne robove poređeno sa slobodnim ljudima: "Lekari koji leče robove retko posvećuju pažnju njihovim žalbama, niti za njih pitaju. Oni im pružaju kombinaciju iskustva i zaokruženog znanja u imperativnom smislu diktatora i onda se odmah zapućuju ka novom pacijentu – robu..." Nasuprot tome: "Lekar tretira slobodnog čoveka i njegovu bolest veoma pažljivo, ulazeći od samog početka u sve detalje na naučan način, pridobijajući tako poverenje i pacijenta i njegove porodice..." Medicinskoetički ovaj Platonov opis bi bio aktuelan i danas.

Progresivnim razvojem društva do savremene civilizacije razvijala se i medicinska etika u okviru naučne medicine. Medicinskoetički stavovi, dileme i problemi iz perioda prenaučne medicine u značajnoj meri su sačuvani u savremenoj medicinskoj etici i stalno se obogaćuju novim stavovima i načelima vršenja zdravstvene struke.

ISTORIJSKI ZAPISI O OBAVEZUJUĆEM PONAŠANJU LEKARA

Najstariji pisani dokumenti u istoriji o moralu lekara pored svedočanstva o civilizacijama u kojima su nastajali, ukazuju da se obavljanje lekarske veštine i pre više hiljada godina, nije moglo zamisliti bez kvalitetnih moralnih osobina samih lekara.

Hamurabijev zakon iz XXI veka pre nove ere reguliše recimo ponašanje lekara prilikom pregleda žena i nalazi da se takav pregled sme vršiti samo u prisustvu trećeg lica. Hamurabi-jevi propisi utvrđuju kaznu za lekara ukoliko povredi pacijenta tokom lečenja.

Aleksandar Makedonski (336 – 323. godine pre nove ere) osudio je na smrt raspećem lekara Glauka koji je u vreme dok je lečio njegovog bolesnog prijatelja nemarno otišao na pozorišnu predstavu, pa je bolesnik umro.

Seneka (4 – 65), Rimljanin, filozof, ostavio je dva dokumenta o lekarskim dužnostima, opisavši dva suprotna tipa lekara svog vremena. Napravio je jasnu distinkciju kakav ne treba da bude lekar, a koje su poželjne pozitivne osobine lekara.

Senekin negativan tip lekara: *"Lekar koji mi samo opipa puls i uvrsti me u svoje redovne posete i koga ja ne zanimam, već njegovi propisi o tome šta treba činiti i izbegavati, on cilja samo na moj novac, jer on nije došao da me vidi kao prijatelj, nego da izda svoje naloge. Ja treba da gledam na njega, kao na bestidnog čoveka, ako mu je stalo samo do posla."*

Senekin pozitivan tip lekara: *"Moj lekar je prema meni pokazao veće strpljenje nego što je dužan. On je drhtao više mene radi negoli radi časti same veštine lečenja. On se nije zadovoljavao time da propiše lekove, već ih je još i sam svojom rukom primenjivao. To nije samo lekar nego i prijatelj. Ja mu ne mogu isplatiti sav honorar, on će ostati uvek moj poverilac, dug srca ostaje stalno."*

Puna vrednost Senekinih misli je istinitost i moguća primenljivost i danas. Lekar mora biti human čovek, izvrstan poznavalac medicinske nauke i veštine, ali i medicinske etike.

Skribonijus Largus, lekar i čuveni pisac, ostavio je dokument o lekarskim dužnostima: *"Ja nemam ni ambicije, ni lakomosti, ja imam samo ljubav za moju veštinu, ja poštujem naj-lepšu među veštinama, veštinu skoro natčovečansku, veštinu koja dozvoljava da se olakša bolesnicima i da se povрати zdravlje. U tome je njen cilj. Lekar ne treba da odmerava svoj interes prema bogatstvu i prema položaju svojih pacijenata. Čak i neprijatelji otadžbine imaju pravo na saučešće. Kao vojnik, i kao građanin, lekar je dužan da se protiv njih bori bez milosti, ali kao samo lekar treba da ih neguje, da ih leči i ostajući veran svetim obavezama koje mu nalaže njegovo zanimanje, ne treba nikada da im da rđav lek. Ako se ne stavlja sva u službu bolesnika, medicina izneverava obećanje koje je dala ljudima, da bude dobročina i milosrdna"*.

Largusove misli su najuzvišenija oda lekarskoj profesiji i medicini, ikad napisana.

ISTORIJAT LEKARSKIH ZAKLETVI I MEDICINSKIH KODEKSA

Prvi poznati nam pisani medicinski kodeksi etike su stari više hiljada godina. Po suštini predstavljaju lekarske kodekse. *Ti kodeksi su zbornici normi kojima se formuliše poželjno i obavezno ponašanje u obavljanju lekarske profesije.* Norme date u kodeksima ne treba jednostavno poistovetiti sa profesionalnim lekarskim obavezama. **Medicinska i lekarska etika nikada i ni u kom slučaju nije prost zbir profesionalnih obaveza lekara.**

Zakletve su utemeljene na kodeksima, odnosno zbornicima normi lekarskog ponašanja.

Raspolažemo nizom značajnih zapisa, kodeksa, zbirki i zakletvi iz istorije medicine nastalih u davno minulim civilizacijama. Najznačajniji sačuvani takvi dokumenti su:

– **Iz vremena drevne indijske medicine** ostala je *Knjiga života – Ajur – Vede* iz IX veka pre nove ere. Sadrži obavezna pravila propisana za lekare, ali i za one koji se uče lekarskoj veštini. Lekar je morao biti skroman, jednostavno odeven, čvrstog karaktera, human i darovit, istinoljubiv, ne egoističan itd. **Sušruti** – indijski hirurg, ističe o lekaru sledeće: *"Lekar je dužan da sam sebe vaspitava i izgrađuje visoke kvalitete svog uma i karaktera."*

– **Kasiodor** (468 – 562), naučnik iz vremena vladavine Gota u Italiji, dao je tada oficijelnu svojevrstu zakletvu **Formula Comitis Archiartorium**: *"Od korisnih veština, nijedna ne pruža takvu pomoć kao medicina; ona pomaže bolesniku stalno kao majčina ljubav, bori se protiv bolova i pomaže kada nikakvo bogatstvo ne može više koristiti; lekari ne smeju zapustiti svoje znanje, već ga moraju stalno proširivati."*

– **Salernski kodeks zdravlja**, napisao je **Arlando de Vilanova** (1235 – 1312) i pravi je srednjovekovni spomenik u medicini Evrope. Ovaj kodeks sadrži kroz stihove date upute, higijenske savete, dijetetske savete, kao i stavove o tome kakav mora biti lekar.

– **Garbijel Zebri** napisao je prvu monografiju o lekarskoj deontologiji 1495. godine, za ono vreme izuzetno modernu *De cautelis medicorum*.

– **Tomas Persival** je 1803. godine napisao prvi savremeni kodeks etičkih pravila za lekare i hirurge. Ovaj kodeks nije imao zakonom naloženu službenu obaveznost, ali je dugo služio kao uzor za kasnije brojne kodekse medicinske etike i etike lekarskih udruženja.

– Godine 1949. na trećem generalnom zasedanju Svetske zdravstvene organizacije, donet je **Međunarodni etički kodeks**. Međunarodni etički kodeks ima tri dela: 1) opšti stavovi, 2) odnos prema bolesniku i 3) odnosi među lekarima.

Predugo bi trajalo nabranje a posebno prikazivanje njihovih sadržaja. Student medicine, budući lekar iz svega treba da razume da je **izjednačen položaj svih ljudi u bolesti, u okviru humanizovane zdravstvene zaštite civilizacije vremena u kome živimo.**

Poznavanje zakletvi i kodeksa je bitno za razumevanje kontinuiteta razvoja medicinske etike i medicinskoetičke misli, ali i za upoznavanje sadržaja i načela medicinske etike uopšte. Smatralo se oduvek da medicinska profesija počiva na dva temelja. *Prvi temelj* je visoka stručnost i ovladavanje medicinskom naukom. *Drugi temelj* su načela humanosti i visoka etičnost koja krase lekara kao protagonista medicinske nauke i medicinske struke.

MEDICINSKOETIČKE DEKLARACIJE, REZOLUCIJE I IZJAVE

Medicinskoetičke deklaracije, rezolucije i izjave u savremenom dobu donose organi i tela Ujedinjenih Nacija kao što su: Svetsko medicinsko udruženje, Svetska zdravstvena organizacija i Svetsko psihijatrijsko udruženje, zatim Savet Evrope i Komitet ministara Evropske zajednice. Deklaracije, rezolucije i izjave imaju karakter medicinskog zakonodavstva, a svrha je razvoj, dogradnja i usavršavanje medicinske etike (grane naučne medicine) i medicinskog prava. Deklaracijama, rezolucijama i izjavama Svetskog medicinskog udruženja i Svetske zdravstvene organizacije obavezane su sve države članice. Norme postavljene i definisane u deklaracijama, rezolucijama i izjavama svaka država ugrađuje u svoje zakonske propise, odnosno zakone o zdravstvenoj zaštiti stanovništva u toj zemlji. Lekari i zdravstveni radnici su nosioci zdravstvene politike u svojoj zajednici.

Značenja termina kodeks, deklaracija, rezolucija, izjava i zakletva:

- **Kodeks** (lat. *codex*) – trupac, deblo, panj, knjiga (pisalo se na drvenim tablicama presvučenim voskom). Lat. *coudex* (beležnica) – zakonik, zbornik zakona, rukopisa, propisa, pravila.
- **Deklaracija** (lat. *declaratio*) – objava, izjava, izjašnjenje, izlaganje, npr. nekog zakona preko osoba ili tela za to ovlašćenih.
- **Rezolucija** (lat. *resolutio*, fr. *résolution*) – *pismeni zaključak*, rešenje na kraju neke skupštine i predstavlja raspoloženje i mišljenje učesnika a formuliše zahteve, odlučnost, rešenost.
- **Izjava** – dokument donešen na zasedanju skupštine nekog tela, udruženja ili kongresa obavezujući za učesnike, profesiju ili zakonodavstvo.
- **Zakletva** – svečana javna izjava u funkciji prihvatanja načela, normi i obaveza u daljem životu ili vršenju profesionalnih zadataka.

Biće obrađene u ovom poglavlju neki od danas oko 200 postojećih dokumenata. Obrađeni dokumenti se mogu kategorisati po materiji koju obrađuju na sledeći način:

1. *Dokumenta neposredno vezana za Hipokratovu zakletvu, i njene osnovne etičke principe;*
2. *Dokumenta o organizaciji i funkcionisanju zdravstvene zaštite;*
3. *Dokumenta o dužnostima i pravima lekara i radnika u zdravstvenoj zaštiti;*
4. *Dokumenta vezana za metodologiju rada;*
5. *Dokumenta za nova područja angažovanja medicine;*
6. *Dokumenta o zaštiti prava pojedinih populacionih grupa.*

Univerzalno savremena zdravstvena politika proklamovana i uređena deklaracijama, rezolucijama i izjavama donešenim od Svetskog medicinskog udruženja razvojno podržava humanističnost zdravstvene politike u civilizaciji na početku XXI veka.

Hipokratovoj zakletvi zaslužno trajno i neprevaziđeno pripada prvo mesto u razmatranju ovog poglavlja medicinske etike.

HIPOKRATOVA ZAKLETVA

slobodan prevod Starogrčkog teksta

Hipokratova zakletva je najstariji sačuvani pisani dokument u formi zakletve. Kasnije su nastali razni zapisi i zakletve koji su poprimili oblik etičkih kodeksa.

Hipokrat je ne samo otac naučne medicine, već i osnivač medicinske etike jer je prvi u pisanoj formi ostavio dokument o obavezama i dužnostima lekara. Istorijski to je prva i do današnjeg dana najpoznatija zakletva. Smatra se da potiče iz pitagorejske filozofske škole antičke Grčke. Nastala je verovatno sredinom V veka pre. n. e, dakle pre Hipokrata. Verovatno je i mladi Hipokrat polagao tu zakletvu.

Slobodan prevod Starogrčkog teksta Hipokratove zakletve:

"U času kada stupam u red onih kojima se daruje zadovoljenje svih životnih potreba kojima je predodređeno da žive u blagostanju, kunem se Apolonom, lekarom Asklepijem, i Higijom i Panakejom i svim bogovima i boginjama, pozivajući ih za svedoke da ću po svojoj savesti i svim svojim snagama držati ovu zakletvu i ovaj zavet.

Da poštujem svoga učitelja u ovoj veštini kao svoje roditelje, da ću ga učiniti učesnikom u izdržavanju života i da ću po potrebi deliti sa njim svoj novac, da smatram njegove potomke jednake sa svojom braćom, da ću ih učiti ovoj veštini ako im je potrebno, bez nagrade, da dajem pouke, usmenu nastavu i druge oblike učenja svojim sinovima, sinovima svoga učitelja i učenicima koji su potpisali ugovor i zakleli se na poslušnost lekarskom zakonu, ali nikoga drugog;

- upotrebiću svoje znanje da pomognem bolesniku prema svojim sposobnostima i rasuđivanju, ali ga nikad neću upotrebiti da bolesnoga povredim ili mu nanesem zlo ili nepravdu;*
- neću davati otrova bilo kome čak iako me neko pozove da to učinim, niti ću to ikome predložiti;*
- isto tako neću nekoj ženi dati sredstvo za izazivanje pobačaja;*
- neću nikome vaditi kamence, neću operisati, već ću to prepustiti onima koji se tim poslovima bave;*
- živću čisto, savesno i pobožno, čuvati svoj život i vršiti svoju veštinu časno;*
- ma u koju kuću ulazim radiću u korist bolesnika kloneći se svakog namernog nanošenja zla i oštećenja, a naročito zavođenja žena i muškaraca, robova i slobodnih;*
- sve što u svom poslu vidim ili čujem, pa čak i izvan prakse, ukoliko se to ne bude smelo javno znati i iznositi, neću otkriti, nego ću takve stvari smatrati svetom tajnom;*
- budem li održao ovu zakletvu i ne budem li je prekršio, neka mi bude srećan život i uspešna praksa, neka steknem slavu među ljudima za sva vremena, a ako zakletvu pogazim i krivo se zakunem, neka me snađe suprotno."*

Hipokratova zakletva je prva poznata pisana etička normiranost profesionalnih obaveza lekara. **Sušтина etičkih normi Hipokratove zakletve je izrazito individualistička.** Lekar ima samo obavezu prema bolesniku i prema kolegama – lekarima, a obaveza lekara prema društvu nije ničim naznačena. Još je **Platon** kritički ukazivao na ovaj nedostatak u Hipokratovoj zakletvi.

ŽENEVSKA DEKLARACIJA

doneta 1948. godine

Ženevska deklaracija je revizija (parafraza) Hipokratove zakletve. Tekst Ženevske deklaracije donelo je Svetsko medicinsko udruženje 1948. godine, a dopunjavan je 1968., 1983. i 1994. godine.

Tokom drugog svetskog rata, (i u nekim kasnijim ratovima) dostignuća naučne medicine su drastično zloupotrebljena u vođenju biološkog rata, a sa ciljem masovnog uništavanja ljudi. **Medicinska etika apsolutno isključuje učešće lekara u pronalaženju novih načina vođenja biološkog rata, jer je to u službi protiv života i zdravlja ljudi.** Aktivnosti lekara i zdravstvenih radnika uopšte, suprotne načelima humanosti neprihvatljive su sa aspekta medicinske etike. Formiranjem Ujedinjenih nacija posle II svetskog rata države članice su već 1947. godine instituisale Svetsku zdravstvenu organizaciju (SZO). Svetsko medicinsko udruženje je zbog toga 1948. godine u Ženevi Hipokratovu zakletvu prilagodilo aktuelnom vremenu. Ženevska deklaracija je prerađena 1968. godine u Sidneju, 1983. godine u Veneciji i konačno 1994. godine u Stokholmu.

Tekst Ženevske deklaracije (revizija Hipokratove zakletve):

"U trenutku stupanja među članove medicinske profesije:

svečano se zaklinjem da ću posvetiti svoj život služenju humanosti,

- da ću se s dužnim poštovanjem i zahvalnošću odnositi prema svojim učiteljima;*
- da ću obavljati svoju profesiju savesno i dostojanstveno;*
- zdravlje mog pacijenta biće moja osnovna obaveza;*
- poštovaću tajne koje su mi poverene, čak i posle smrti pacijenta;*
- čuvaću svim sredstvima koja su u mojoj moći, časnu i plemenitu tradiciju medicinske profesije;*
- moje kolege biće moja braća i sestre;*
- neću dozvoliti da verska, nacionalna, rasna i politička pripadnost, ili socijalni položaj, utiču na ispunjenje mojih obaveza prema pacijentu;*
- gajiću najveće poštovanje prema ljudskom životu od njegovog samog početka, čak i pod pretnjom, i neću koristiti svoje medicinsko znanje protiv zakona humanosti;*
- ova obećanja dajem svečano i slobodno i u njih se zaklinjem svojom čašću."*

Ženevska deklaracija ističe sva četiri fundamentalna principa medicinske etike sadržana u Hipokratovoj zakletvi. Nalaže se lekaru savesno i dostojanstveno obavljanje svoje dužnosti, poštovanje i zahvalnost prema svojim učiteljima i prema svojim kolegama kao prema braći i sestrama.

HIPOKRATOVA ZAKLETVA I ŽENEVSKA DEKLARACIJA principi i razlike

Hipokratova zakletva sadrži najbitnije principe savremene medicinske etike.

Hipokratova zakletva je svojom suštinom održala u lekarskom esnafu monopol nad medicinskim znanjem i praktičnom lekarskom veštinom. Time je stvoren kult medicine i njene tajne, ali i magične strane medicine, i stvorilo je harizmu medicini posvećenih ljudi – lekara.

Hipokratova zakletva sadrži trajne principe medicinske etike i medicine uopšte, aktuelne i u XXI veku, iako je medicina Hipokratovog vremena bila empirijska, a ne naučna.

Četiri principa medicinske etike sadržana u *Hipokratovoj Zakletvi* i danas su važeća:

1. *Primum non nocere* – princip činjenja dobrog i nenanošenja zla bolesniku;
2. *Princip pravednosti*;
3. *Princip poštovanja života*;
4. *Princip poštovanja ličnosti bolesnika*.

Genije, kakav je bio Hipokrat, sagledao je da su ova osnovna četiri principa od bitnog značaja za medicinu i da su trajni fundament medicinske etike.

– Hipokrat je iz ova četiri principa razvio i obavezu strogog čuvanja *lekarske tajne*, kao i *dulžnost lekara da određene terapijske zahvate prepusti stručnijima od sebe*, što je i danas važeće pravilo, i da *poštuje stručnu hijerarhiju u vršenju medicinske struke*.

– Hipokratova zakletva lekaru nalaže da poštuje i čuva, ne samo pacijentov već i svoj život. Obavezuje lekara da nikada bolesniku ne da smrtonosni lek, niti predlog ili savet u tom pravcu, pa čak ni u slučaju da ga bolesnik moli. Ovo je jasno opredeljujući stav Hipokrata **protiv eutanazije**, dileme i savremene medicine.

– Hipokratov stav je jasan u odnosu na **namerni pobačaj** – opredelio se **protiv**.

– *Obaveza poštovanja svojih učitelja* je poželjan etički stav učenika prema učitelju, ali i etička obaveza kasnijeg lekara kao učitelja da besplatno uči decu svojih učitelja. Hipokrat je razradio i princip besplatnog lečenja svojih učitelja i kolega, kao i njihove dece i članova uže porodice.

Ženevska deklaracija predstavlja savremenu lekarsku zakletvu.

Ženevska deklaracija se u sledećim delovima **razlikuje** od Hipokratove zakletve:

1. *Obaveza lekara da čuva sa najvećim poštovanjem ljudski život od samog njegovog početka istaknuta je u Deklaraciji*. Međutim, **eutanazija, samoubistvo i abortus se ne pominju, odnosno ne preuzimaju iz Hipokratove zakletve**. Lekar se umesto toga nalaže da ni pod pretnjom svoje znanje ne upotrebi protiv humanosti. Ovaj stav je u Deklaraciji formulisao zbog nacističkih zločina i zloupotrebe medicine i lekarske profesije u Drugom svetskom ratu.
2. Nehumana događanja u toku Drugog svetskog rata uticala su na to da se u Deklaraciji istakne *zabrana diskriminacije pacijenta po bilo kom osnovu*. Hipokratovom zakletvom od lekara se zahteva da ne leči neprijatelje.
3. *Ženevska deklaracija ne preuzima od Hipokrata zabranu seksualne zloupotrebe pacijenta*.
4. *Ženevska deklaracija ne preuzima iz Hipokratove zakletve ni obavezu da lekar prepusti drugom lekaru intervencije za koje je taj drugi stručniji*.

Preuzimanjem poslednja dva stava od Hipokrata, Ženevska deklaracija bi bila poboljšana.

INTERNACIONALNI KODEKS MEDICINSKE ETIKE

usvojen 1949. godine

Treća generalna skupština Svetskog lekarskog društva, održana u Londonu 1949. godine, usvojila je tekst Internacionalnog kodeksa lekarske etike. Tekst je dopunjen na 22. skupštini, održanoj u Sidneju 1968. godine i konačno, na 35. skupštini Svetskog medicinskog udruženja, održanoj u Veneciji 1983. godine.

Tekst Internacionalnog kodeksa medicinske etike namenjen je lekarima i razrađuje pozitivna načela medicinske etike. Tekst se sastoji iz tri dela:

- **Prvi deo** se odnosi na opšte dužnosti lekara,
- **Drugi deo** se odnosi na obaveze lekara prema bolesniku;
- **Treći deo** su medicinskoetičke norme koje regulišu obaveze lekara prema svojim kolegama.

Tekst Internacionalnog kodeksa medicinske etike:

1. Opšte dužnosti lekara

"Lekar se uvek mora pridržavati najviših merila profesionalnog ponašanja.

Lekar ne sme da dopusti da materijalna dobit utiče na slobodu i nezavisnost njegove stručne procene u vezi sa pacijentom.

Lekar mora da nastoji da u svim oblicima medicinske prakse tehnički i moralno potpuno nezavisno pruži stručnu i medicinsku uslugu, saosećajući sa pacijentom i poštujući njegovo ljudsko dostojanstvo.

Lekar mora da se pošteno ophodi sa pacijentima i kolegama i da nastoji da razotkrije lekare sa nedovoljnim znanjem i one koji se upuštaju u prevare ili obmane svojih pacijenata."

Neetičkim ponašanjem se smatraju sledeći postupci:

Samoreklamiranje lekara, osim u obliku kojem je dozvoljeno zakonom ili etičkim kodeksom Nacionalnog lekarskog udruženja;

Plaćanje ili primanje bilo kakve novčane naknade ili drugog oblika nagrađivanja za pridobijanje pacijenata ili preporučivanje, ili upućivanje pacijenata na neki drugi naslov.

Lekar mora da poštuje prava pacijenta i mora da čuva poverljivost podataka o pacijentu.

Lekar sme da se odluči za lečenje koje može da oslabi fizičko i psihičko stanje bolesnika samo ako je to u korist samog bolesnika.

Lekar sme da izdaje potvrde ili mišljenja samo na osnovu sopstvenih nalaza."

2. Lekarske obaveze prema bolesniku

"Lekar uvek mora da ima na umu da mu je dužnost da čuva ljudski život.

Bolesnik ima pravo da očekuje da će mu lekar biti odan i da će mu pružiti sve što medicinska nauka omogućuje. Ako lekar zaključi da neophodna ispitivanja i lečenje prelaze njegove mogućnosti, dužan je da se obrati drugom, odgovarajuće osposobljenom lekaru.

Lekar je dužan da drži u tajnosti sve što zna o bolesniku, čak i nakon njegove smrti.

Humana je obaveza lekara da pruži prvu pomoć, osim ako se uveri da tu pomoć može da pruži neko drugi koji je za to osposobljen."

3. Obaveze lekara prema kolegama

"Lekar mora da se ophodi prema kolegama kako on želi da se oni ophode prema njemu.

Lekar ne sme sebi mamiti pacijente svoga kolege.

Lekar se mora pridržavati principa Ženevske deklaracije Svetskog lekarskog udruženja."

PRVO POGLAVLJE teksta Internacionalnog kodeksa medicinske etike nosi naslov *Opšte obaveze lekara*. Obrađuje sve neetičke postupke sa aspekta medicinske etike pre svega samoreklamiranje, odnosno svaku vrstu reklamiranja i publiciteta samih lekara o sebi i svom radu. **Ovo načelo je novina u medicinskoj etici našeg vremena.** Opšti deo dužnosti lekara prema Internacionalnom kodeksu medicinske etike ističe kao kažnjivo i neetično: primanje mita, bogaćenje i ostvarivanje lične koristi za lekara na nesreći kao što je bolest čoveka.

Kodeks zabranjuje svako lekarevo preduzimanje koje bi ga odvele u gubitak profesionalne nezavisnosti. Insistira se da je rad lekara samostalan i da lekar treba da ima poverenja samo u činjenice koje naučna medicina podržava, a lična njegova praksa potvrđuje. Kodeks insistira da lekar nema pravo da daje informacije nestručnoj javnosti o primeni novih otkrića u medicinskoj nauci. Lekaru se nalaže oprezna primena onih terapijskih postupaka i metoda koji su važni za bolesnika, a koje mogu oslabiti njegovu fizičku ili mentalnu snagu. Ovo se postiže poštovanjem načela *primum non nocere*.

DRUGO POGLAVLJE teksta Kodeksa obrađuje dužnost lekara prema bolesniku sa medicinskoetičkog aspekta. Lekar je dužan da bolesniku pruži hitnu medicinsku pomoć i obezbedi adekvatno sprovođenje svih medicinskih intervencija. *Ukoliko njegove profesionalne sposobnosti i znanje nisu dovoljni, dužan je da bolesnika preda u nadležnost kompetentnijih kolega.*

Drugo poglavlje Internacionalnog kodeksa medicinske etike potencira i *obavezu čuvanja lekarske tajne* sa zakonskog i moralnog aspekta, čak i posle smrti tog bolesnika.

TREĆE POGLAVLJE Internacionalnog kodeksa medicinske etike *obrađuje dužnosti lekara prema svojim kolegama*, ističući kao opšte etičko načelo, kako treba postupati prema kolegi. Lekar treba da se ophodi prema svom kolegi onako kako bi želeo da se njegove kolege ophode prema njemu. Ne dopustivo je lekaru prema načelima medicinske etike omalovažavanje rada drugih lekara, a naročito preotimanje pacijenata od kolega, ni pod kojim izgovorom, sa zaprećenom sankcijom, posebno ako je razlog koristoljublje.

Tekst Internacionalnog kodeksa medicinske etike u sva tri svoja dela zasnovan je na Hipokratovoj zakletvi, odnosno razrađuje njenu reviziju u Ženevskoj deklaraciji.

Obaveze koje Internacionalni kodeks medicinske etike formuliše jasno ukazuju da postoji još niz nerešenih ili nedovoljno rešenih pitanja u medicinskoj etici. Neka od tih pitanja su u našoj zemlji još manje uređena.

Primeri su sledeći:

1) "Lekar neće dozvoliti da motivi zarade utiču na njegov profesionalan stav prema bolesniku... Ne etičko je plaćanje ili primanje bilo kakve nadoknade ili protivusluge u zamenu za izdavanje uputa, recepta ili samo upućivanje pacijenta nekom drugom lekaru."

Lekari su svesni aktuelnosti ovih problema u našem zdravstvu, ali svesni su toga i pacijenti i cela naša javnost. Ovaj zahtev je potrebno ne samo uneti u naš kodeks medicinske etike već ga i detaljno razraditi, ali uneti i mehanizme kontrole.

2) "Neetičkim ponašanjem se smatra samoreklamiranje lekara, osim ako zakoni određene zemlje i etički kodeks nacionalnog medicinskog udruženja to dozvoljavaju."

Samoreklamiranje lekara u našoj sredini je često, iako ima brojne štetne efekte. Trpe pacijenti, stanovništvo, lekari i zdravstveni radnici i zdravstvene službe, te se ovom problemu, što nije slučaj kod nas, u drugim zemljama poklanja izuzetno velika pažnja. Mi samoreklamiranjem lekara nismo uopšte poklonili pažnju u okviru medicinske etike, te i nemamo polazišta da procenjujemo šta je u toj sferi etički dozvoljeno, a šta etički nedozvoljeno ponašanje. Ohrabruje činjenica da je Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije iz decembra 2005. godine regulisao samoreklamiranje lekara i zdravstvenih institucija.

3) "Lekar će se truditi da razotkrije one lekare koji imaju karakterne i profesionalne nedostatke ili su uključeni u obmane i prevare pacijenta."

Dužnost lekara je da se odnosi s poštovanjem prema svojim kolegama, ali i da razotkrije one lekare koji imaju profesionalne nedostatke ili su uključeni u obmane i prevare. Ovakav etički zahtev treba da zaštiti pacijente, ali i ugled i interes lekarske profesije. Naša medicinska etika nije dovoljno razradila ovaj problem. Nisu razrađena ni proceduralna pravila kako se ta načela u praksi realizuju. Uprkos dobro razrađenoj proceduri, realizacija ovog etičkog zahteva kvarila bi odnose između lekara i završavala bi se uvek na sudu. Ova pitanja ne treba prepustiti medicinskom pravu i sudovima već komori lekara Srbije. Naši lekari su rešavali ovaj problem još pre 150 godina u vreme osnivanja Srpskog lekarskog društva.

Zanimljivo je da Internacionalni etički kodeks medicinskih radnika, Ženevska deklaracija i Hipokratova zakletva uopšte ne pominju obaveze lekara prema društvenoj zajednici. Platon je u svom delu *Idealna država* pisao na tu temu, insistirajući da se interesi bolesnika uvek moraju podrediti interesima državne zajednice, dok je Hipokrat govorio samo o interesima bolesnika, ne pominjući interese društva. Oba stava su ekstremna, pa je potrebno naći racionalan balans između njih. Današnje važeće etičke deklaracije i kodeksi to pitanje još ne potenciraju.

DEKLARACIJA O LJUDSKIM PRAVIMA

usvojena od Svetskog medicinskog udruženja u Kaliforniji 1990. godine

Poslednjih decenija brojna svetska udruženja insistiraju na ljudskim pravima, odnosno na pravima individue. Programi za borbu i ostvarenje individualnih prava i sloboda unešeni su i u političke statute u mnogim zemljama razvijenog Zapada, a i kod nas. Političke platforme zasnovanosti državnih zajednica neretko pridaju izuzetan značaj borbi za ljudska prava, odnosno ostvarenja prava i sloboda individue, zapravo svakog građanina. Postoje i zemlje koje potenciraju kolektivno pravo, nadređujući ga individualnom, recimo Kina, pa i Rusija i posle raspada Sovjetskog Saveza. Trpeći jedan i drugi uticaj, čini se da mi u našoj zemlji imamo na neki način umereni stav i prema borbi za individualne slobode i prava, ali i za prava zajednice i preko nje prenešena prava i obaveze na građane.

Džon Rokfeler je utemeljivač borbe za individualna ljudska prava. U Njujorku na njegovom spomeniku stoji upisano: *"Ja verujem u supremaciju individue... Ja verujem u individualne vrednosti življenja..."* Svetska udruženja, a i Svetsko lekarsko udruženje, doneli su poslednjih decenija niz dokumenata, deklaracija, rezolucija i izjava o ljudskim pravima.

Originalan tekst Deklaracije Svetskog medicinskog udruženja o ljudskim pravima, usvojen u Kaliforniji 1990., dopunjen u Budimpešti 1993. i Stokholmu 1994. godine

"Polazeći od činjenica da:

Svetsko medicinsko udruženje i sva u njemu udružena društva uvek podupiru načelo da ljudska prava pripadaju svim narodima sveta i zato su često preduzimali akcije za ublažavanje kršenja ljudskih prava.

Pripadnici medicinske profesije među prvima otkrivaju kršenje ljudskih prava.

Medicinska udruženja imaju odlučujuću ulogu u upozoravanju na kršenje ljudskih prava u svojim zemljama.

Svetsko lekarsko udruženje ponovo poziva svoje članove:

Da otkriju dolazi li u njihovim zemljama do kršenja ljudskih prava koja se ne otkrivaju zbog straha od odmazde od strane vlasti, te da zahtevaju strogo poštovanje ljudskih prava ako se otkrije njihovo kršenje;

Da ustanove jasna etičke merila za lekare koji rade u kaznenim ustanovama;

Da nađu način i sredstva za otkrivanje neetičkog delovanja lekara na području bližinskih prava;

Da svim silama nastoje da osiguraju pružanje zdravstvene pomoći svima, bez obzira na rasu, boju kože ili uverenje;

Da protestuju protiv pretpostavljenog kršenja ljudskih prava izjavama u prilog humanom postupku sa zatvorenicima i neodgovornom puštanju na slobodu nepravredno osuđenih."

LISABONSKA DEKLARACIJA O PRAVIMA PACIJENATA

usvojena u Lisabonu 1981. godine

Lisabonska deklaracija obavezuje lekara da uvek radi u skladu sa svojom savešću i uvek u najboljem interesu pacijenta. Ova deklaracija sadrži neka od osnovnih prava pacijenta koje medicinska profesija treba da im obezbedi. Kad god zakonodavstvo, ili neka Vladina mera, osporava prava pacijenta ova deklaracija obavezuje lekare da traže odgovarajuće načine da ih obezbede ili ponovo uspostave.

Deklaracija o pravima pacijenta je usvojena na 34. skupštini Svetskog medicinskog udruženja u Lisabonu 1981. godine. Tekst deklaracije:

- 1. "Pacijent ima pravo na slobodan izbor lekara.*
- 2. Pacijent ima pravo da ga leči lekar koji slobodno donosi kliničke i etičke procene bez ikakvog uplitanja sa strane.*
- 3. Pacijent ima pravo da prihvati ili odbije lečenje po dobijanju iscrpne informacije.*
- 4. Pacijent ima pravo da očekuje da će njegov lekar poštovati poverljivu prirodu svih informacija medicinske i lične prirode.*
- 5. Pacijent ima pravo da umre dostojanstveno.*
- 6. Pacijent ima pravo da primi ili odbije duhovnu i moralnu podršku, uključujući i pomoć sveštenika odgovarajuće vere."*

Lisabonska deklaracija je veoma važna, jer iznosi obavezu zajednici da prava pacijenta – bolesnika razradi ne samo kroz medicinsku etiku i putem pravnih propisa nego i zasnovanošću organizacije i metodologije rada zdravstvene službe toj državi. Lisabonska deklaracija o pravima pacijenata je otvorila brojna specifična pitanja koja nalažu donošenje niza drugih dokumenata u obliku deklaracija, rezolucija i iskaza.

IZJAVA O ZASTUPANJU PACIJENTA I POVERLJIVOSTI

usvojena u Budimpešti 1993. godine

Svetsko medicinsko udruženje polazi od opštih medicinskoetičkih i deontoloških obaveza lekara i zdravstvenih radnika da su opredeljeni u svom profesionalnom delanju za najkvalitetnije pružanje usluga svojim bolesnicima, ali i da daju doprinos svojoj društvenoj zajednici efikasnim izlečenjem bolesnih i efikasnim sprečavanjem razbolevanja stanovništva. Medicinskoetička i deontološka dužnost lekara podrazumeva pravovremeno, iscrpno i potpuno obaveštavanje autoriteta iz vlasti i drugih u zajednici koje u zadešenim okolnostima mogu činjenjem uticati na kvalitet i brzinu ozdravljenja bolesnih ili sprečiti razbolevanje zdravih.

Izjava o zastupanju pacijenata i poverljivosti Svetskog medicinskog udruženja iz 1993. godine daje detaljna uputstva kako treba postupiti u slučaju da nadležni u zajednici ne preduzmu potrebne mere i kako lekara zaštititi od njihove moguće represije u takvoj situaciji, kao i od represije poslodavca prema lekaru i zdravstvenom radniku u istim okolnostima.

Originalan tekst Izjave o zastupanju pacijenata i poverljivosti usvojene na 45. skupštini Svetskog udruženja u Budimpešti 1993. godine:

"Medicinski radnici imaju etičku dužnost i profesionalnu odgovornost da sve vreme rade u najboljem interesu svojih pacijenata.

Ako medicinski radnik uoči okolnosti koje mogu negativno da utiču na zdravlje pacijenta dužan je da obavesti odgovorne autoritete kako bi se preduzele odgovarajuće akcije.

Ako odgovorni autoriteti ne preduzmu odgovarajuće akcije, dužni su da obaveste medicinske radnike koji su ih obavestili o tim okolnostima, o razlozima za takvu odluku. Ako to ne učine ili ako je dato objašnjenje neubedljivo, medicinski radnici su obavezni da preduzmu dalje akcije.

Takve dalje akcije mogu biti u sukobu sa odredbama o poverljivosti u ugovorima o zapošljavanju medicinskih radnika i stoga mogu da stvore socijalne, radne i etičke dileme medicinskim radnicima.

Uvek kada su finansije zdravstva ograničene, budžetske mere štednje mogu postati izvor konflikta medicinskih radnika i njihovih poslodavaca po pitanju odgovarajućih i neophodnih službi zdravstvene zaštite.

Rukovodioci zdravstvene službe su odgovorni za primenu vladine politike i od njih može biti traženo da učine izbore sa kojima se ne slažu zaposleni medicinski radnici. Protivljenje vladinoj politici zdravstvene zaštite i njenoj primeni od strane rukovodilaca treba da vodi kritici izvora političkih odluka ili kritici primene mera koje se smatraju nezadovoljavajućim.

Moraju da budu ustanovljeni obostrano prihvatljivi i prihvaćeni mehanizmi pomoću kojih medicinski radnici mogu da iskažu zabrinutost, bilo za individualnog pacijenta, bilo za javno zdravlje, bez narušavanja odredaba svog ugovora o zapošljavanju.

Ovi mehanizmi treba da budu uključeni u ugovore o zapošljavanju medicinskih radnika. Ugovori o zapošljavanju treba da priznaju da su etičke obaveze medicinskih radnika iznad ugovornih obaveza vezanih za zapošljavanje.

Posebne teškoće mogu da se jave kada medicinski radnici sumnjaju da su razlozi za donošenje administrativnih odluka sporni, kao što su religiozne, rasne ili seksualne predrasude ili pribavljanje finansijske dobiti ili kada se klinička istraživanja izvode bez odgovarajućeg etičkog razmatranja i supervizije.

Tamo gde se javljaju ovakvi problemi, negativni komentari lekara mogu u nekim sistemima pravosuđa biti smatrani za klevete ili podrugivanje, što, zapravo, ponekad i jesu. Za specifična razmatranja ove vrste medicinski radnici treba da se obrate odgovarajućem profesionalnom kvorumu u čijoj su nadležnosti registracije i dozvole."

HELSINŠKA DEKLARACIJA O BIOMEDICINSKIM ISTRAŽIVANJIMA usvojena u Helsinkiju 1964. godine

Helsinška deklaracija je preporuka obavezujuća za lekare koji izvode biomedicinska istraživanja na ljudima. Usvojena je na 18. skupštini Svetskog medicinskog udruženja, u Helsinkiju juna 1964, dopunjena u Tokiju 1975. i Veneciji 1983. godine.

Helsinška deklaracija sadrži preambulu i tekst deklaracije podeljen u tri segmenta:

A) Osnovni principi;

B) Klinička istraživanja

C) Neterapijska biomedicinska istraživanja na čoveku.

Uvodne preambule Helsinške deklaracije

Misija lekara je da čuva zdravlje ljudi. Njegovo znanje i savest su posvećeni ispunjenju ove misije. Ženevska deklaracija Svetskog medicinskog udruženja vezuje lekara rečima *"Zdravlje mog pacijenta biće moja prva obaveza"*, a Internacionalni kodeks medicinske etike deklarira: *"Lekar će delovati samo u interesu pacijenta kada pacijentu pruža medicinsku zaštitu koja može da vodi njegovom fizičkom i psihičkom slabljenju."*

Svrha biomedicinskog istraživanja koji uključuje ljude treba da bude poboljšanje dijagnostičkih, terapijskih i profilaktičkih procedura i razumevanje etiologije i patogeneze bolesti.

Medicinski napredak je zasnovan na istraživanju koje, u krajnjoj liniji, mora da se delom oslanja i na eksperimente koji uključuju ljude.

U oblasti biomedicinskog istraživanja mora se uočiti fundamentalna razlika između medicinskog istraživanja sa osnovnim dijagnostičkim ili terapijskim ciljem za pacijenta i medicinskog istraživanja sa čisto naučnim osnovnim ciljem, bez direktne dijagnostičke i terapijske vrednosti za osobu koja je subjekt istraživanja.

Zbog toga, što je od bitnog značaja, primena rezultata laboratorijskih istraživanja na ljudskim bićima za dalja naučna saznanja i pružanje pomoći osobama koje pate, Svetsko medicinsko udruženje je pripremlilo sledeće preporuke kao smernice za svakog lekara koji se bavi biomedicinskim istraživanjem koje uključuje čoveka kao subjekt. One će biti stalno razmatrane u budućnosti. Mora biti naglašeno da dati standardi imaju ulogu samo smernica za lekare širom sveta. Lekari istraživači podležu krivičnoj, građanskoj i medicinskoetičkoj odgovornosti prema zakonu sopstvene zemlje.

Originalni tekst Helsinške deklaracije:

A. Osnovni principi

1. Biomedicinsko istraživanje koje uključuje ljudske subjekte mora da se povinuje opšteprihvaćenim naučnim principima i treba da se zasniva na adekvatno izvedenim laboratorijskim eksperimentima i eksperimentima na životinjama, kao i temeljnom poznavanju naučne literature.

2. Planiranje i izvođenje svake eksperimentalne procedure koja uključuje ljudska bića mora da bude jasno formulisano u eksperimentalnom protokolu koji treba da bude podnet posebno određenom nezavisnom komitetu za razmatranje, recenziju i rukovođenje.

3. Biomedicinsko istraživanje koje uključuje ljudska bića moraju da vode samo kvalifikovane osobe i ono mora biti pod supervizijom klinički kompetentne medicinske osobe. Odgovornost za čoveka subjekta eksperimenta je uvek na medicinski kvalifikovanoj osobi, a nikada na subjektu istraživanja, čak i u slučaju kada je on dao svoju saglasnost.

4. Biomedicinsko istraživanje koje uključuje ljudska bića ne može se po zakonu izvesti ako značaj cilja istraživanja nije proporcionalan mogućem riziku za subjekta.

5. Svakom biomedicinskom istraživačkom projektu koji uključuje čoveka, mora da prethodi brižljiva procena predvidljivog rizika u poređenju sa predvidljivim dobitkom za učesnika istraživanja ili za druge osobe. Interese učesnika eksperimenta uvek treba staviti iznad interesa nauke i društva.

6. Uvek treba poštovati pravo učesnika u eksperimentu da zaštiti svoj integritet. Moraju se uzeti u obzir sve predostrožnosti kako bi se ispoštovala privatnost subjekta i minimizirao uticaj istraživanja na subjektov fizički i psihički integritet i njegovu ličnost.

7. Lekari moraju da se uzdrže od istraživačkih projekata koji uključuju ljude, ukoliko smatraju da nije moguće predvideti rizike takvog istraživanja. Lekar mora da prekine svako istraživanje ukoliko se pokaže da rizik prevazilazi moguću korist.

8. Prilikom objavljivanja rezultata istraživanja, lekar je obavezan da iznese tačne rezultate. Izveštaji koji nisu u skladu sa principima ove deklaracije ne bi trebalo da budu prihvaćeni za publikovanje.

9. Pri bilo kom istraživanju na čoveku, svaki potencijalni subjekt istraživanja mora da bude adekvatno informisan o ciljevima, metodima, mogućoj korisnosti i potencijalnim rizicima studije, kao i mogućim neugodnostima. Mora biti informisan da ima pravo da ne učestvuje u studiji i da je slobodan da se povuče iz istraživanja, mora da dobije od subjekta dobrovoljnu saglasnost, poželjno u pisanoj formi.

10. Kada dobije saglasnost od subjekta istraživačkog projekta, lekar mora posebno da bude oprezan ukoliko je subjekt u zavisnoj vezi prema njemu ili daje svoj pristanak pod pritiskom. U takvom slučaju saglasnost treba da traži lekar koji nije uključen u istraživanje i koji je potpuno nezavisan od bilo kakvih službenih obaveza prema subjektu.

11. U slučaju zakonske nekompetentnosti učesnika istraživanja, saglasnost treba da se dobije od zakonskog staratelja u skladu sa nacionalnim zakonom. U slučajevima kada je fizička ili psihička nesposobnost uzrok nemogućnosti dobijanja saglasnosti ili kada je subjekt maloletan, informisana saglasnost se može dobiti od odgovornog zastupnika subjekta u skladu sa nacionalnim zakonom. Uvek kada je maloletno dete u mogućnosti da da saglasnost, pored saglasnosti njegovog zakonskog staratelja mora se dobiti i njegova saglasnost.

12. Istraživački protokol mora uvek da sadrži iskaz o uključenim etičkim razmatranjima i mora da pokaže da je u saglasnosti sa principima ove Deklaracije.

B. Medicinska istraživanja kombinovana sa profesionalnom zaštitom (klinička istraživanja)

1. Prilikom lečenja bolesnika, lekar mora da ima slobodu da koristi nove dijagnostičke i terapijske metode, ako po njegovoj proceni one pružaju nadu za očuvanje života, ponovno uspostavljanje zdravlja ili smanjenje patnje.

2. *Moguća dobrobit, rizici ili nelagodnosti novog metoda moraju biti upoređeni sa prednostima trenutno najboljih dijagnostičkih i terapijskih metoda.*

3. *U bilo kojoj medicinskoj studiji, svakom pacijentu – uključujući i one iz kontrolne grupe ako postoje – mora biti obezbeđen najbolji mogući dijagnostički i terapijski metod.*

4. *Odbijanje pacijenta da učestvuje u istraživanju ne sme nikada da utiče na odnos između lekara i pacijenta.*

5. *Ako lekar smatra značajnim da ne traži informisani pristanak pacijenta, specifični razlozi za to moraju biti izloženi u eksperimentalnom protokolu i poslati na razmatranje nezavisnom komitetu (vidi A. 2.)*

6. *Lekar može da kombinuje medicinsko istraživanje sa profesionalnom zaštitom u cilju dobijanja novog medicinskog znanja, samo do mere dok su medicinska istraživanja opravdana po svojim potencijalnim dijagnostičkim i terapijskim vrednostima za pacijenta.*

C. Neterapijsko biomedicinsko istraživanje na čoveku (nekliničko biomedicinsko istraživanje)

1. *Prilikom izvođenja čisto naučnog medicinskog istraživanja na čoveku, lekar je dužan da čuva život i zdravlje osobe na kojoj se izvodi biomedicinsko istraživanje.*

2. *Istraživanje se mora vršiti na dobrovoljcima, koji moraju da budu zdravi ili ako su u pitanju pacijenti, njihova bolest ne sme da ima vezu sa istraživanjem.*

3. *Istraživač ili istraživački tim mora da prekine istraživanje ukoliko po njihovoj proceni nastavljanje istraživanja može biti štetno za subjekta istraživanja.*

4. *U istraživanjima koja se vrše na čoveku, interes nauke i društva nikada ne sme da se stavi iznad interesa dobrobiti učesnika istraživanja.*

Helsinška deklaracija daje osnovne principe za biomedicinska istraživanja uopšte, a zatim principe za dijagnostičko-terapijska (klinička) i neterapijska (neklinička) biomedicinska istraživanja.

Dokument Evropske zajednice koji sledi parafrazira Helsinšku deklaraciju i daje precizne preporuke kako pitanja medicinskih istraživanja na ljudima zakonski rešiti.

PREPORUKA br. R(90)3 KOMITETA MINISTARA EVROPSKE ZAJEDNICE ZEMLJAMA ČLANICAMA
od 6. februara 1990. godine sa 43. susreta

Originalni tekst Preporuke:

"Komitet ministara, pod uslovima člana 15. b Statuta Saveta Evrope preporučuje zemljama članicama da :

- a) usvoje zakonodavstvo u saglasnosti sa principima ove preporuke ili da preduzmu bilo koje druge mere u cilju obezbeđivanja njihove primene;*
- b) obezbede da o usvojenim odredbama budu obaveštene sve zainteresovane osobe."*

Principi koji se odnose na medicinska istraživanja na ljudskim bićima

Svrha i definicija

"Pri primeni ovih principa termin medicinsko istraživanje označava bilo koji opit ili eksperiment koji se izvodi na čoveku, čiji je cilj ili jedan od ciljeva povećanje medicinskog znanja."

Princip 1

"Bilo koje medicinsko istraživanje mora da se izvodi u okviru naučnog plana i u skladu sa sledećim principima."

Princip 2

- 1. "Pri izvođenju medicinskog istraživanja, interes i dobrobit za osobu podvrgnutu istraživanju mora uvek da prevazilazi interese nauke i društva."*
- 2. "Rizici kojima se izlaže osoba podvrgnuta medicinskom istraživanju moraju uvek da budu svedeni na minimum. Rizici ne smeju da budu disproporcionalni u odnosu na dobrobit za tu osobu ili u odnosu na značaj ciljeva istraživanja."*

Princip 3

- 1. "Nijedno medicinsko istraživanje ne može se izvesti bez informisane, slobodno izražene i specifične saglasnosti osobe koja je podvrgnuta istraživanju. Takva saglasnost može biti slobodno opozvana u bilo kojoj fazi istraživanja i osoba koja je podvrgnuta istraživanju mora da bude informisana, pre istraživanja, o svom pravu na opoziv svoje saglasnosti."*
- 2. "Osoba koja treba da bude podvrgnuta istraživanju mora biti informisana o cilju istraživanja i metodima sprovođenja eksperimenta. Nju takođe treba obavestiti o predvidivim rizicima i nelagodnostima za nju povezanim s predloženim istraživanjem. Ta informacija mora da bude dovoljno jasna i prilagođena da bi omogućila da saglasnost ili odbijanje bude dato na osnovu potpunog znanja relevantnih činjenica."*
- 3. "Ove principe treba primenjivati i prema pravnom zastupniku i prema zakonski nesposobnim osobama koje nemaju sposobnost shvatanja u situacijama opisanim u principima 4 i 5."*

Princip 4

"Zakonski nesposobna osoba može da bude podvrgnuta medicinskom istraživanju samo u saglasnosti sa principom 5 i ako njen zakonski zastupnik ili organ vlasti ili ovlašćena ili označena osoba u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom da saglasnost. Ako je zakonski nespo-

sobna osoba sposobna da shvati, njena saglasnost se, takođe, zahteva i nijedno istraživanje ne može biti izvedeno ako nije dobijena takva saglasnost."

Princip 5

"Zakonski nesposobna osoba ne sme se podvrgnuti medicinskom istraživanju osim ukoliko se ne očekuje direktna i značajna dobrobit za njeno zdravlje.

Ipak, u izuzetnim slučajevima, nacionalni zakon može da odobri istraživanje koje uključuje zakonski nesposobnu osobu koja nema direktnu dobit po svoje zdravlje, kada takva osoba nema bilo kakvih prigovora, u slučaju kada to istraživanje donosi korist osobama iste kategorije i ako te naučne rezultate nije moguće dobiti putem istraživanja osoba koje ne pripadaju datoj kategoriji."

Princip 6

"Trudnice ili žene koje doje ne smeju biti podvrgnute medicinskom istraživanju ako njihovo zdravlje i/ili zdravlje deteta nema direktnu dobit, osim kada su ta istraživanja namenjena dobrobiti drugim ženama i deci koja su u istoj poziciji i ako isti naučni rezultati ne mogu biti dobijeni istraživanjem žena koje nisu trudnice ili dojilje."

Princip 7

"Osobe lišene slobode ne mogu biti podvrgnute medicinskom istraživanju osim ako se ne očekuje da će ono dati direktnu i značajnu dobit za njihovo zdravlje."

Princip 8

"U hitnim slučajevima, bez obzira na princip 3, kada je pacijent nesposoban da da prethodnu saglasnost, medicinsko istraživanje može biti izvedeno samo kada su ispunjeni sledeći uslovi: istraživanje mora biti planirano da se izvede u takvoj kritičnoj situaciji; sistematski plan istraživanja mora odobriti etički komitet; istraživanje mora biti usmereno ka direktnoj dobrobiti za zdravlje pacijenta."

Princip 9

"Bilo koja informacija lične prirode dobijena tokom medicinskog istraživanja mora da se tretira kao poverljiva."

Princip 10

"Medicinsko istraživanje se ne može izvesti ako ne postoji zadovoljavajući dokaz koji se odnosi na sigurnost osobe koja je podvrgnuta istraživanju."

Princip 11

"Medicinsko istraživanje koje nije planirano u skladu sa naučnim kriterijumima i koje ne može da odgovori na postavljena pitanja je neprihvatljivo čak i kada ono ne predstavlja nikakav rizik za osobu koja je podvrgnuta istraživanju."

Princip 12

"Medicinsko istraživanje mora biti izvedeno pod odgovornošću lekara ili osobe koja ima punu kliničku odgovornost i koja poseduje odgovarajuće znanje i kvalifikacije da reaguje u bilo kojoj klinički nepredviđenoj situaciji.

Odgovorni lekar ili druga osoba označena u prethodnom paragrafu mora da ima punu profesionalnu nezavisnost i mogućnost da prekine istraživanje u bilo kom trenutku."

Princip 13

"Potencijalnim subjektima istraživanja ne sme biti predlagano ništa što bi moglo dovesti u sumnju slobodnu saglasnost. Osobe podvrgnute medicinskom istraživanju ne smeju da imaju nekakvu finansijsku dobit. Međutim, troškovi i bilo kakvi finansijski gubici mogu biti refundirani i u odgovarajućim slučajevima može biti data skromna nadoknada za nelagodnosti pretrpljene tokom medicinskog istraživanja.

Ako je osoba koja je podvrgnuta medicinskom istraživanju zakonski nesposobna, njen zakonski zastupnik ne sme da dobije nikakvo obeštećenje osim nadoknade sopstvenih troškova."

Princip 14

"Osobe podvrgnute medicinskom istraživanju i/ili osobe koje zavise od njih moraju dobiti kompenzaciju za povrede i gubitke izazvane medicinskim istraživanjem.

Ako ne postoji sistem za obezbeđenje kompenzacije ovim osobama, država mora garantovati obezbeđenje sredstava za takvu kompenzaciju.

Uslove i stanja koja unapred isključuju ili ograničavaju kompenzaciju žrtvi, treba poništiti."

Princip 15

"Svako predloženo medicinsko istraživanje mora biti predmet etičkog ispitivanja od strane nezavisnog i multidisciplinarnog komiteta."

Princip 16

"Svako medicinsko istraživanje koje je:

- neplanirano ili*
- u suprotnosti sa bilo kojim gore navedenim principima, ili*
- na bilo koji način u suprotnosti sa etikom ili zakonom, ili koje*
- nije u saglasnosti sa naučnim metodama u svom planu i ne može da da odgovor na postavljena pitanja mora biti zabranjeno ili ako je već započeto, zaustavljeno ili revidirano, čak i kada ne predstavlja nikakvu opasnost za osobu (osobe) podvrgnutu(e) istraživanju."*

Savet Evrope Komitet ministara

Dokument daje precizna uputstva kako treba i medicinskoetički i pravno regulisati biomedicinska istraživanja koja uključuju čoveka.

U osvrtnu na ova dva dokumenta (Helsinška deklaracija i Preporuka Komiteta Ministara EU) treba reći da ona regulišu jedno od najdelikatnijih područja delatnosti medicine. Najdelikatnijih stoga što se ovde najteže uspostavlja i etička i pravna kontrola. Istovremeno, mogućnosti za nanošenje štete pacijentima, kao i za njihovu zloupotrebu ovde su najveće.

Dokumenta daju tako dobro razrađene smernice i za medicinsku etiku i za medicinsko pravo da bi ih trebalo prosto preneti i ugraditi i u kodeks naše medicinske etike i zakon. U zemljama članicama Evropske zajednice ne mogu se izvoditi ova istraživanja bez striktnog poštovanja svih izloženih principa, bez dobrih kontrolnih unutrašnjih i spoljašnjih mehanizama i bez sankcija za nesavesno ponašanje lekara istraživača.

Iz sledeće izjave Svetskog medicinskog udruženja vidi se da se u svetu insistira na ovim principima čak i kada se radi o eksperimentima na životinjama.

IZJAVA O UPOTREBI ŽIVOTINJA U BIOMEDICINSKIM ISTRAŽIVANJIMA usvojena u Hong-Kongu 1989.

Preambula

Biomedicinska istraživanja su od bitnog značaja za zdravlje i dobrobit svake osobe. Napredak biomedicinskog istraživanja je značajno poboljšao kvalitet i produžio trajanje života u celom svetu. Međutim, mogućnost naučne zajednice da nastavi svoje napore na poboljšanju ličnog i javnog zdravlja je ugrozio pokret za eliminaciju upotrebe životinja u biomedicinskim istraživanjima. Ovaj pokret vodi grupa radikalnih boraca za prava životinja, čiji se pogledi po mnogo čemu razlikuju od opšteg mnjenja i čija se taktika kreće od sofisticiranog lobiranja, sakupljanja fondova, propagande i kampanja dezinformacija do nasilnih napada na ustanove za biomedicinska istraživanja i pojedine naučnike.

Zapanjujući su rezultati nasilnog dejstva grupa za zaštitu životinja. Samo u Sjedinjenim Državama od 1980. godine grupa za zaštitu životinja je izvršila više od 29 napada na istraživačke ustanove u SAD, krađu preko 2.000 životinja, i uzrokovali su gubitak veći od sedam miliona dolara zbog materijalne štete i upropašćivanja godina naučnoistraživačkog rada. U sličnim aktivnostima su angažovane i grupe za zaštitu životinja i u Velikoj Britaniji, Zapadnoj Evropi, Kanadi i Australiji. Različite grupe u ovim zemljama su preuzele odgovornost za podmetanje bombi pod automobile, u institute, radnje i privatne kuće istraživača.

Nasilnost grupa za zaštitu životinja imala je negativan efekat na internacionalnu naučnu zajednicu. Naučnici, istraživačke organizacije i univerziteti bili su prinuđeni da promene ili čak prekinu važne istraživačke aktivnosti koje zavise od upotrebe životinja. Laboratorije su bile prinuđene da troše hiljade dolara iz istraživačkih fondova za sofisticiranu sigurnosnu opremu. Mladi koji su mogli da posvete svoju delatnost biomedicinskim istraživanjima okreću se drugim alternativnim profesijama.

Uprkos naporima mnogih grupa u borbi za zaštitu biomedicinskih istraživanja od grupa za zaštitu životinja, odgovor na pokret za zaštitu životinja je bio fragmentisan, nedovoljno finansiran i pretežno defanzivan. Mnoge grupe unutar biomedicinske zajednice oklevaju da javno iznesu svoj stav prema dejstvu grupa za zaštitu životinja zbog straha od represija. Stalno se postavlja pitanje motiva i potreba za upotrebom životinja u istraživanjima.

Dok je istraživanje koje uključuje životinje neophodno za poboljšanje medicinske zaštite za sve ljude, takođe prepoznavamo da mora biti obezbeđen humani tretman eksperimentalnih životinja. Mora da se sprovodi odgovarajući trening za istraživačko osoblje, kao i da se obezbedi odgovarajuća veterinarska zaštita. Eksperimenti moraju da budu u skladu sa bilo kojim pravilom ili normama objavljenim za humano postupanje, čuvanje, zaštitu, tretman i transport životinja.

Međunarodne medicinske i naučne organizacije moraju da razviju jače i kohezivnije kampanje kao odgovor na rastuću pretnju javnom zdravlju od strane grupa za zaštitu životinja. Mora da se obezbedi rukovođenje i koordinacija.

Zbog toga Svetsko medicinsko udruženje utvrđuje sledeće principe:

1. "Upotreba životinja u biomedicinskim istraživanjima je od bitnog značaja za nastavak medicinskog progressa.

2. Helsinška deklaracija Svetskog medicinskog udruženja zahteva da se biomedicinska istraživanja na čoveku kao subjektu baziraju na eksperimentima na životinjama, ali isto tako traži da se poštuje dobrobit za životinje koje se koriste u istraživanjima.

3. Od bitnog značaja je humani tretman životinja koje se koriste u biomedicinskim istraživanjima.

4. Od svih istraživačkih ustanova mora da se zahteva da rade u saglasnosti sa svim rukovodećim principima za humani tretman životinja.

5. Medicinska društva moraju da se odupru bilo kom pokušaju da se ospori odgovarajuća upotreba životinja u biomedicinskim istraživanjima, jer bi takvo osporavanje kompromitovalo zaštitu pacijenata.

6. Mada ne može biti osporeno pravo na slobodu govora, anarhistički element i među aktivistima za zaštitu životinja treba da budu osuđeni.

7. U celom svetu mora da bude osuđena praksa korišćenja pretnje, zaplašivanja, nasilja i ličnog uznemiravanja naučnika i njihovih porodica.

8. Od međunarodnih pravnih organizacija treba zahtevati maksimalno koordinovane napore u zaštiti istraživača i istraživačkih ustanova od aktivnosti terorističke prirode. "

Ova izjava je u tesnoj vezi sa Helsinškom deklaracijom, zato što biomedicinskim istraživanjima koja uključuju ljudska bića obično moraju da prethode istraživanja na životinjama.

Izjava polazi od stava da su biomedicinska istraživanja na životinjama neophodna za dalji naučni progres u oblasti medicine i za unapređenje zaštite zdravlja ljudi. U preambuli se detaljno razmatraju teškoće koje izaziva Pokret za zaštitu prava životinja, koji vodi grupa radikalnih boraca. Da bi se efikasno rešili nastali problemi, zahteva se:

– da istraživači i istraživačke institucije poštuju princip humanog tretmana eksperimentalnih životinja,

– da se u celom svetu osudi praksa pretnje, zaplašivanja, nasilja i ličnog uznemiravanja naučnika i njihovih porodica i

– da međunarodne pravne organizacije ulože usklađene napore u cilju zaštite istraživača i istraživačkih ustanova od ovih terorističkih napada.

HAVAJSKA DEKLARACIJA

usvojena od Svetskog udruženja psihijatara, na Havajima 1977. godine

Medicinskoetički principi na kojima počiva savremena celokupna medicinska praksa na početku XXI veka važe i za psihijatriju kao najhumaniju granu naučne medicine. Činjenica je da u okviru psihijatrije nisu posebno razvijena medicinskoetička načela i principi. Nasuprot tome psihijatrija je kao nijedna druga medicinska disciplina danas, najekstenzivnije regulisana pozitivnim pravnim propisima, može se reći u svim državama. Ti propisi se često podudaraju sa medicinskoetičkim načelima, ali su neretko i u koliziji sa njima, što posledično komplikuje rad lekara specijaliste psihijatrije. Zbog svega navedenog, Generalna skupština Svetskog psihijatrijskog udruženja je u Beču 1983. godine potvrdila Havajsku deklaraciju iz 1977. godine.

Originalan tekst Havajske deklaracije Svetskog udruženja psihijatara:

1. Cilj psihijatrije je lečenje mentalne bolesti i unapređenje mentalnog zdravlja. Koristeći na najbolji način svoje sposobnosti, u saglasnosti sa naučnim znanjem i etičkim načelima, psihijatar treba da služi najboljim interesima pacijenta i treba da se stara o zajedničkom dobru i raspodeli zdravstvenih resursa. Ostvarenje ovih ciljeva zahteva kontinuirano istraživanje i kontinuiranu edukaciju zdravstvenih radnika, pacijenata i javnosti.

2. Psihijatar treba da ponudi pacijentu najbolje lečenje, koje prema njegovom znanju stoji na raspolaganju i ako ono bude prihvaćeno, mora pacijenta da leči brižljivo i poštujući njegovo dostojanstvo. Kada je psihijatar odgovoran za lečenje koje drugi sprovode, dužan je da im obezbedi kompetentnu superviziju i edukaciju. Kad god se ukaže potreba, ili ako postoji opravdan zahtev pacijenta, psihijatar treba da traži pomoć drugog kolege.

3. Psihijatar treba da teži psihijatrijskom odnosu koji se zasniva na uzajamnom sporazumu. On zahteva poverenje, poverljivost, saradnju i uzajamnu odgovornost. Takav odnos se ne može uspostaviti sa nekim pacijentima. U tom slučaju, treba uspostaviti kontakt sa srodnikom ili osobom koja je bliska pacijentu. Ako se i kada se uspostavi, drugačiji odnos od terapijskog, kao, na primer u sudskoj psihijatriji, prirodu tog odnosa treba u potpunosti objasniti osobi koje se to tiče.

4. Psihijatar treba da obavesti bolesnika o prirodi njegove bolesti, terapijskim procedurama, uključujući moguće alternative, kao i mogući ishod. Obaveštenja treba dati na razumljiv način i pacijentu se mora ostaviti mogućnost da izvrši izbor između odgovarajućih metoda koje stoje na raspolaganju.

5. Nijednu proceduru ne treba sprovesti niti primeniti lečenje protiv ili nezavisno od lične volje pacijenta, osim u slučaju kada pacijent zbog mentalne bolesti nije u stanju da prosudi šta je u njegovom najboljem interesu i, ako bi bez lečenja mogle da nastupe ozbiljne štete po pacijenta i druge.

6. Čim razlozi za prinudno lečenje prestanu da postoje, psihijatar treba da oslobodi pacijenta od prinude i ako je dalje lečenje neophodno, treba da dobije njegovu dobrovoljnu sa-

glasnost. Psihijatar treba da informiše pacijenta i/ili njegove srodnike ili značajne druge osobe o mehanizmima za žalbu zbog prinudnog zadržavanja, kao i za sve druge žalbe koje se tiču dobrobiti pacijenta.

7. Psihijatar nikada ne sme da upotrebi profesionalne sposobnosti u cilju povrede dostojanstva ili ljudskih prava bilo kog pacijenta ili grupe i nikada ne sme dozvoliti da nepodesne želje, osećanja, predrasude ili verovanja pacijenta poremete lečenje. Psihijatar ne sme da koristi sredstva svoje profesije ako se utvrdi da psihijatrijska bolest ne postoji. Ako pacijent ili neka treća strana zahteva radnje suprotne naučnim ili etičkim načelima, psihijatar mora da odbije saradnju sa njima.

8. Sve što pacijent kaže psihijatru ili psihijatar zabeleži tokom ispitivanja ili lečenja mora da bude sačuvano kao poverljivo, sem u slučaju kada pacijent oslobodi psihijatra ove obaveze, ili kada je neophodno to učiniti da bi se sprečilo nanošenje ozbiljne štete samom pacijentu ili drugima. U ovim slučajevima pacijenta treba informisati o prekidu tajnosti.

9. Da bi se uvećalo i proširilo psihijatrijsko znanje i veština, neophodno je učešće pacijenta. Ipak, posle objašnjenja datih pacijentu psihijatar mora da dobije njegov pristanak pre prikazivanja na predavanju i, kad god je moguće za publikovanje istorije bolesti u naučne svrhe, kada se, takođe, moraju preduzeti sve opravdane mere da bi se sačuvalo dostojanstvo i anonimnost pacijenta i da bi se zaštitio njegov lični ugled. Pacijentovo učešće mora da bude dobrovoljno, nakon potpunog informisanja o cilju, procedurama, rizicima i neprijatnostima istraživačkog projekta i mora da postoji razuman odnos između uračunatog rizika ili neugodnosti i koristi od istraživanja. U kliničkom istraživanju svaki subjekt mora da zadrži i upražnjava sva svoja prava kao pacijent kada su u pitanju deca i drugi pacijenti koji sami ne mogu da daju saglasnost nakon informisanja, saglasnost treba da se dobije od zakonskog srodnika. Svaki pacijent ili istraživački subjekt ima pravo da se iz bilo kog razloga i u bilo koje vreme povuče iz dobrovoljnog lečenja ili istraživačkog programa u kome učestvuje. Povlačenje, kao i odbijanje učestvovanja u programu, ne sme da utiče na napore psihijatra da pomogne pacijentu.

10. Psihijatar treba da prekine sve terapijske, edukativne ili istraživačke programe koji su suprotni načelima ove deklaracije.

Havajska deklaracija, kao što se vidi iz originalnog teksta, u funkciji je osnovnog načela iz Hipokratove zakletve – najbolje moguće uvek učiniti za pacijenta na najbolji način uz obavezu da se time pacijentu ne učini bilo kakva šteta. Posebnost psihijatrijskog rada je osnov datih etičkih načela u ovoj deklaraciji kroz etička pravila vezana za:

1. dužnosti psihijatra prema bolesniku;
2. odnos psihijatar – pacijent;
3. proces lečenja, uključujući i klinička ispitivanja, istraživanja i edukaciju i prinudno lečenje.

Deklaracija je u stvari kondenzovani etički kodeks u oblasti psihijatrijskog rada na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja, jer sadrži sve fundamentalne etičke principe vezane za njih. Upućuje i na potrebu regulisanja zakonskim propisima psihijatrijske zaštite mentalnog zdravlja u svakoj zemlji.

Havajska deklaracija posebno zabranjuje psihijatrima zloupotrebu profesije u cilju povrede dostojanstva i ljudskih prava bilo kog pojedinca ili bilo koje grupe, da bi se udovoljilo interesima drugog pojedinca ili grupe, ili pak države ili nekih njenih organa. Za ovaj stav je uzet primer zloupotrebe psihijatrije u Južnoafričkoj Uniji, na Kubi, u SSSR-u i nekim drugim zemljama, zbog čega su ne prihvatajući optužbe sa te Šeste generalne skupštine Svetskog psihijatrijskog udruženja, iz udruženja tada isključeni psihijatri SSSR-a, a ponovo su se vratili 1989. godine dokazavši da više nema zloupotrebe psihijatrije bar ne u političke svrhe u njihovoj zemlji.

*Havajska deklaracija reguliše i **institut prinudnog lečenja** u psihijatriji, koji je specifičnost za psihijatrijske bolesnike, ali se suptilnom analizom stavova iz Deklaracije, uviđa sličnost sa onim što važi kao stav u opštoj medicini. Dakle, ni ova deklaracija ne rešava problematiku prinudne hospitalizacije duševno poremećenog i prinudnog njegovog lečenja, a takvu potrebu za pravnim rešenjem psihijatri imaju bar kroz ceo XX vek.*

Havajska deklaracija, istina diskretno pominje obavezu psihijatra da štiti interese i društva, a ne samo svog bolesnika. U Deklaraciji se kaže da psihijatar ima pravo da sprovede i prinudno lečenje ako pacijent ugrožava druge, što nije identično sa onim regulativama u medicini uopšte, recimo u oblasti zaraznih bolesti. Prinudno lečenje u psihijatriji je složeniji i specifičniji problem nego u bilo kojoj drugoj medicinskoj grani. Deklaracija tu oblast pokušava da reguliše, ali reklo bi se, ne na egzaktn i konačan način.

Havajska deklaracija obavezuje sve psihijatre sveta da poštuju njene odredbe i načela. Poslednjih godina se javlja potreba za dodatnim regulativama jer se tretmanom duševnih bolesnika ili mentalnih poremećaja, sve više u svetu bave i drugi stručnjaci a ne samo lekari specijalisti psihijatri. Iako nisu lekari (psiholozi, ali i parastručnjaci kao i potpuni laici za medicinu) svedoci smo da i te kako imaju "*pacijente*" regrutovane iz grupacije lakovernih i mentalnim oštećenjem unesrećenih, time povišeno sugestibilnih. Razlozi brojne pojave ovih "*stručnjaka za dušu*" su isključivo merkantilne prirode. Naši mediji skoro svakodnevno, otvoreno reklamiraju pojedince imenom i prezimenom kao mistične čudotvorce sposobne da leče sve bolesti koje mogu zadesiti čoveka, a posebno duševne poremećaje. Psihijatri znaju da među ovakvim čudotvorcima ima nemali broj pravih psihijatrijskih bolesnika, odnosno psihotičnih iz grupe sumanutih psihoza ili sa paranoičnim poremećajima. *Zakonsko regulisanje i suzbijanje navedenog javnog obmanjivanja bolesnih svakako ne može biti dovoljno, što je još jedan argument za neophodnost razvoja posebne **psihijatrijske etike**.*

TOKIJSKA DEKLARACIJA O TORTURI I OBLICIMA NEHUMANOG POSTUPANJA

usvojena u Tokiju 1975. godine

Tokijska deklaracija polazi od opštih načela u humanizovanoj zajednici i u njoj ostvarenih i deklariranih prava čoveka regulisanjem pravnih normi zaštite ljudskih prava. Svetsko medicinsko udruženje je u Tokiju 1975. godine donelo deklaraciju protiv torture čoveka i svih oblika nehumanog postupanja. Deklaracija posebno ističe da je najuzvišeniji oblik poštovanja ljudskog života održavanje života u svim situacijama, pa i pod pretnjom, a da lekar medicinsko znanje ne sme koristiti protivno zakonima humanosti.

Tokijska deklaracija izričito zabranjuje lekaru da učestvuje u bilo kom obliku mučenja, torture čoveka, zdravog ili bolesnog. Zabranjuje davanje saglasnosti ili dopuštanje sprovođenja torture u prisustvu lekara kao i direktno učestvovanje u torturi i pod bilo kojim uslovima i motivima. Ova zabrana lekarima važi i u svim situacijama ratnih sukoba, dakle i građanskim ratovima. Tokijska deklaracija zabranjuje lekarima, kao i zdravstvenom osoblju da omoguće u svrhe mučenja i torture čoveka, upotrebu sa njihovim znanjem prostorija, instrumenata i drugih sredstava i aparata vezanih za sprovođenje zdravstvene zaštite nad bolesnima. Prema deklaraciji lekaru, nije dozvoljeno ni da bude prisutan tokom bilo koje procedure gde se tortura koristi ili se njome preti, odnosno preti mučenjem kroz bilo koji nehumani i ponižavajući tretman nad čovekom.

Tokijska deklaracija reguliše za lekara potpunu nezavisnost odluke u zaštiti svakog lica za koje je on medicinski odgovoran, dakle ne samo bolesnika, bez obzira na lični konflikt lekara i tog lica ili bolesnika ili političku neusaglašenost itd. Deklaracija posebno reguliše situaciju kada zatvorenik odbija da uzima hranu. Lekar nema pravo da sprovede veštačku ishranu takvog osuđenika. Ukoliko lekar proceni da zatvorenik shvata posledice preduzetog dobrovoljnog gladovanja, tu sposobnost zatvorenika treba da potvrdi bar još jedan nezavisni lekar, s tim što su lekari dužni da zatvorenika i sami upozore o posledicama odbijanja hrane.

Tokijska deklaracija u svom tekstu obavezuje Svetsko medicinsko udruženje da podrži Međunarodnu zajednicu, nacionalna lekarska udruženja i svakog lekara, kao i njegovu porodicu, u svim situacijama pretnje represijom od državne vlasti ili drugih moćnika zajednice da lekaru ili njegovoj porodici zapreti ili nad njima sprovede represiju zbog lekarevog prethodnog odbijanja da učestvuje u torturi ili drugim oblicima mučenja, nehumanim i ponižavajućim postupcima prema bilo kom čoveku.

Tokijska deklaracija u preambuli daje definiciju: **"Tortura predstavlja oblik teže i namerne surovosti, nehumanog ili degradirajućeg tretmana i/ili kažnjavanja čoveka."**

Ujedinjene nacije i njene institucije, brojnim aktima su obavezale sve države, članice UN da u okviru svojih pravnih akata, svaki akt torture bude obuhvaćen Krivičnim zakonom svake države. To treba da se odnosi i na učestvovanje, saučestvovanje, podsticanje i pokušaj vršenja torture u bilo kom vidu i u bilo kojoj nastaloj životnoj situaciji u datoj državi.

MALTEŠKA DEKLARACIJA O ŠTRAJKU GLAĐU

usvojena na Malti 1991. godine

Malteška deklaracija o štrajku glađu usvojena je na 43. skupštini Svetskog medicinskog udruženja na Malti 1991. godine, a dopunjena Marbelji 1992. godine.

Malteška deklaracija je životno aktuelna poslednjih godina pa i sada u našoj zemlji, te smatram da lekari, a posebno studenti medicine, treba da bar upoznaju tekst ove deklaracije.

Originalni tekst Malteške deklaracije o štrajku glađu

Predgovor

1. *"Lekar koji leči štrajkače glađu suočava se sa sledećim konfliktnim vrednostima:*

a) *Svaki čovek ima moralnu obavezu da poštuje svetost života. Ovo je posebno očigledno u slučaju lekara koji koristi svoje veštine da bi spasio život, i takođe, deluje u najboljem interesu svojih pacijenata (princip dobročinstva).*

b) *Lekar ima dužnost da poštuje autonomiju pacijenta nad svojom ličnošću. Pre primene bilo koje svoje veštine da bi pomogao pacijentima, lekar je dužan da dobije od njih informisanu saglasnost, osim u hitnim slučajevima kada mora da postupi na način koji je u najboljem interesu za pacijenta.*

2. *Ovaj konflikt postaje očigledan kada štrajkač glađu koji je dao jasne instrukcije da mu se ne spašava život, upadne u komu i ugrozi život. Moralna obaveza primorava lekara da spasi pacijenta čak iako je to protiv pacijentove volje. S druge strane, dužnost je lekara da poštuje autonomiju pacijenta.*

a) *Intervencija lekara može da naruši autonomiju koju pacijent ima nad sobom.*

b) *Nepreduzimanje intervencije može da suoči lekara sa smrću koja se mogla izbeći.*

3. *Prihvaćeno je da odnos između lekara i pacijenta postoji uvek kada se lekar obavezao svojom profesijom, a koja potiče iz njegove odgovornosti prema pacijentu, da pruži svoje veštine bilo kojoj osobi, bez obzira na to da li se radi o savetu ili lečenju. Ovaj odnos može postojati uprkos tome što pacijent možda nije saglasan sa izvesnim oblicima lečenja ili intervencija. Jednom kada lekar prihvati da poseti štrajkača glađu, ta osoba postaje njegov pacijent. To povlači za sobom sve implikacije i odgovornosti inherentne u odnosu lekar – pacijent, uključujući i saglasnost i poverljivost lečenja.*

4. *Konačna odluka o preuzimanju intervencije ili o neintervenisanju treba da bude prepuštena individualnom lekaru, bez uticaja treće strane, čiji primarni interes nije dobro pacijenta. Ipak, lekar mora jasno da kaže pacijentu da li je u mogućnosti da prihvati pacijentovu odluku da odbije lečenje ili, u slučaju kome, veštačku ishranu, rizikujući tako smrt. Ako lekar ne može da prihvati pacijentovu odluku o odbijanju takve pomoći, pacijent ima pravo na drugog lekara.*

Pošto je svetost života primarna za medicinsku profesiju, Deklaracijom se preporučuju sledeće praktične smernice za lekare koji leče štrajkače glađu.

1. Definicija

"Štrajkač glađu je mentalno zdrava osoba koja je izjavila da je odlučila da počne štrajk glađu neuzimanjem hrane i/ili tečnosti u značajnijem vremenskom periodu."

2. Etičko ponašanje

- a) *Kada je to moguće, lekar treba da dobije detaljne medicinske podatke o pacijentu.*
- b) *Lekar treba da obavi detaljan pregled pacijenta na početku štrajka glađu.*
- c) *Lekar ili drugo zdravstveno osoblje ne smeju da primenjuju neprikladne pritiske bilo kakve vrste na štrajkače glađu kako bi prekinuli štrajk. Lečenje ili nega štrajkača glađu ne sme da bude uslovljena prekidom štrajka glađu.*
- d) *Štrajkač glađu mora da bude stručno informisan od strane lekara o kliničkim posledicama gladovanja i o svim specifičnim opasnostima u njegovom posebnom slučaju. Informisana odluka može biti doneta samo na osnovu jasne komunikacije.*
- e) *Ako štrajkač glađu želi mišljenje drugog lekara, ono mu se mora obezbediti. Ako štrajkač glađu želi da lečenje nastavi drugi lekar, to se mora omogućiti. U slučaju kada je štrajkač glađu zatvorenik, ovo mora da se sprovede po dogovoru i konsultacijom sa zatvorskim lekarom.*
- f) *Lečenje infekcije ili savetovanje pacijenta da poveća unos tečnosti (ili da intravenozno primi fiziološke rastvore) često je prihvatljivo za štrajkača glađu. Odbijanje ovakve intervencije ne sme da bude nauštrb bilo kog drugog aspekta zdravstvene zaštite pacijenta, bilo koje lečenje pacijenta mora biti uz njegovo odobrenje.*

3. Jasne instrukcije

Lekar mora svakog dana da se uveri da li pacijent želi da nastavi štrajk glađu. Takođe, treba svakodnevno da se uveri šta pacijent želi kad je u pitanju lečenje i da nije postao nesposoban za informisano odlučivanje. Ove nalaze lekar mora da unese u medicinsku dokumentaciju i oni se moraju čuvati kao poverljivi.

4. Veštačka ishrana

Kada štrajkač glađu postane konfuzan i zbog toga nesposoban za donošenje nesmetane odluke ili kada upadne u komu, lekar je slobodan da odluči u ime pacijenta o daljem tretmanu u najboljem interesu pacijenta, uvek uzimajući u obzir odluku pacijenta dolazeći pod njegovu zaštitu tokom štrajka glađu i reafirmišući čl.4 preambule ove deklaracije.

5. Prinuda

Štrajkači glađu moraju da budu zaštićeni od svake prinude da štrajkuju.

6. Porodica

Lekar ima obavezu da informiše porodicu pacijenta da je pacijent započeo štrajk glađu, osim ako mu to pacijent nije posebno zabranio.

IZJAVA O PROBLEMU IZBEGLICA

usvojena u Stokholmu 1994. godine

Ratna događanja na prostoru nekadašnje SFRJ u poslednjoj deceniji XX veka stvorila su brojne izbeglice i prognanike, te je to životna zbilja naše zajednice i vremena u kome živimo. Izbeglički problemi do pre petnaestak godina bili su nam poznati iz sredstava javnog informisanja, a danas se sa ovim problemima profesionalno naši lekari suočavaju u vršenju svog posla. Zbog toga smatram da treba pročitati tekst izjave o problemu izbeglica i izbeglištva.

Originalni tekst Izjave o problemima izbeglica širom sveta, usvojene je na 46. sednici Svetskog medicinskog udruženja u Stokholmu 1994. godine

"S OBZIROM na nečuvenu poplavu izbeglica u mnogim delovima sveta, koji su napustili svoje zemlje kako bi izbegli narušavanje ljudskih prava, političku represiju, genocid, glad i građanski rat, i

S OBZIROM da se svet svakog dana konfrontira sa izveštajima o ljudskim tragedijama na Kubi, Bosni, Haitiju, Somaliji, Ruandi i drugim mestima, i

S OBZIROM da postoji očajna potreba za humanitarnom pomoći i medicinskom zaštitom, snabdevanjem lekovima i hranom i,

S OBZIROM da je potrebna daleko veća pomoć, kao i veća količina lekova, hrane i odeće, iako veliki broj lekara, volontera i drugo zdravstveno osoblje već pruža zaštitu izbeglicama.

ODLUČENO JE DA:

a) nacionalna medicinska udruženja pruže medicinsku i humanitarnu pomoć izbeglicama i građanima ovih zemalja,

b) nacionalna medicinska udruženja podstiču druge nevladine organizacije i vladina tela da se priključe ovim naporima ublažavanja masovne patnje ljudi."

Cilj Izjave je da se obezbedi pomoć direktno izbeglicama i prognanim, bez mešanja njihovih vlada čije je represivno delovanje i dovelo do kriza i izbeglištva.

MADRIDSKA DEKLARACIJA O PROFESIONALNOJ AUTONOMIJI I SAMOREGULACIJI LEKARA

usvojena u Madridu 1987. godine

Svetsko medicinsko udruženje je Madridskom deklaracijom o profesionalnoj lekarskoj autonomiji i samoregulaciji donelo možda najvažniji dokument do sada, jer su autonomnost i samoregulacija lekarske profesije suština medicinske etike od nastanka medicine.

Deklaracija o lekarskoj autonomiji i samoregulaciji profesionalnog rada insistira na profesionalnoj autonomiji lekara pojedinca smatrajući da se samo tako može u potpunosti realizovati osnovni princip medicinske etike, a to je najkvalitetnije moguće pružanje lekarske usluge bolesniku. Profesionalna sloboda lekara pojedinca u vršenju struke je kvalifikovana u tekstu Deklaracije kao uslov za ostvarenje visoko kvalitetne medicinske zaštite zasnovane na naučnoj medicini u današnjoj civilizaciji čije je opredeljenje humanističko. Da bi se ostvarili stavovi Svetskog medicinskog udruženja u Madridskoj deklaraciji, pozivaju se nacionalna udruženja lekara i sva nacionalna medicinska udruženja da pitanja autonomije i sistema samoregulacije ponašanja lekara podrže i regulišu unutar svojih država zakonima.

Madridska deklaracija insistira da profesionalna autonomija lekara podrazumeva i odgovornost, kao i dobro razrađeni sistem normi koje regulišu postupke lekara pri vršenju svoje profesije. Zakonski i drugi propisi su od bitnog značaja da lekarska profesija dobije autonomnost razrade mehanizama i pravila za efikasnu, kvalitetnu i humanu samoregulaciju unutar profesije. Sigurno je to najbolji način da se ostvari profesionalna lekarska autonomija pri pružanju zdravstvenih usluga bolesnicima jer je tako kvalitet tih usluga garantovan.

Tekst Madridske deklaracije o profesionalnoj autonomiji i samoregulaciji lekara,

"Svetsko medicinsko udruženje, pošto je istraživalo značaj profesionalne autonomije i samoregulacije medicinske profesije širom sveta i prepoznalo probleme i sadašnje izazove profesionalne autonomije i samoregulacije, usvaja sledeću deklaraciju.

1. Centralni element profesionalne autonomije je uverenje da individualni lekari imaju slobodu u realizaciji njihovih profesionalnih sudova u zaštiti i lečenju pacijenata, kako je to detaljno izloženo u Deklaraciji Svetskog medicinskog udruženja o nezavisnosti i profesionalnoj slobodi lekara usvojenog oktobra 1986. godine.

2. Svetsko medicinsko udruženje i njegova nacionalna medicinska udruženja ponovo potvrđuju značaj profesionalne autonomije kao osnovne komponente visoko kvalitetne medicinske zaštite i zato ona mora da bude očuvana u cilju dobrobiti pacijenta. Stoga Svetsko medicinsko udruženje i njegova nacionalna medicinska udruženja ponovo potvrđuju svoju spremnost da podrže i osiguraju profesionalnu autonomiju pri pružanju pomoći pacijentima, što je osnovni etički princip.

3. Pravo na profesionalnu autonomiju podrazumeva da medicinska profesija ima kontinuiranu odgovornost putem samoregulacije. Uz sve druge izvore regulacije, koja može

da se odnosi na pojedinačne lekare, sama medicinska profesija mora da bude odgovorna za regulisanje profesionalnog ponašanja i aktivnosti pojedinačnih lekara.

4. Svetsko medicinsko udruženje zahteva da nacionalna medicinska udruženja u svojim zemljama ustanove, podrže i aktivno učestvuju u sistemu samoregulacije lekara.

5. Kvalitet zaštite koji se pruža pacijentima i kompetentnost lekara koji pružaju tu zaštitu treba uvek da budu prva briga svakog sistema samoregulisanja. Lekari su sposobni da vrše potrebne evaluacije. Ove evaluacije moraju da se obavljaju u cilju ostvarivanja dobrobiti za pacijente i njima se obezbeđuje kontinuirana kvalitetna zaštita od strane kompetentnih lekara. Ovo područje odgovornosti uključuje i obavezu praćenja dostignuća u medicini i upotrebu sigurnih i efikasnih terapijskih metoda.

6. Svest o koštanju lečenja je osnovni element regulacije. Najviši kvalitet lečenja je opravdan samo ako su i troškovi takvog lečenja dostupni svim građanima. I ovde su lekari posebno kvalifikovani da naprave neophodne procene u cilju odlučivanja o smanjenju troškova lečenja. Nacionalna medicinska udruženja zato moraju da uključe u svoje sisteme samoregulacije i aktivnosti čiji je cilj smanjenje troškova lečenja. Najčešće su problemi smanjenja troškova lečenja u vezi sa metodama pružanja medicinske zaštite, dostupnošću bolničkog i hirurškog lečenja i odgovarajućom upotrebom tehnologije. Ne treba dozvoliti da se smanjenje troškova lečenja koristi za negiranje potrebne pomoći i dostupnosti zaštite pacijentima. Ne treba dozvoliti, takođe, da preterano korišćenje medicinskih ustanova poveća troškove medicinske zaštite do te mere da ona onda nije dostupna onima kojima je potrebna.

7. Na kraju, profesionalna aktivnost i ponašanje lekara mora uvek da bude u okviru granica Kodeksa medicinske etike ili Kodeksa profesionalne etike svake zemlje. Nacionalna medicinska udruženja moraju da unapređuju etičko ponašanje lekara u cilju dobrobiti za njihove pacijente. Kršenja etičkog kodeksa moraju biti odmah ispravljena, a lekari odgovorni za kršenje etičkog kodeksa moraju biti disciplinovani i rehabilitovani. Ovo je odgovornost koju samo nacionalna medicinska udruženja mogu da preuzmu i izvrše efikasno i na zadovoljavajući način.

8. Postoje, naravno i brojna druga područja samoregulacije u kojima nacionalna udruženja moraju da preduzmu odgovornost. Nacionalna medicinska udruženja treba da se međusobno pomažu u rešavanju starih i novih problema. Razmenu informacija i iskustava između nacionalnih medicinskih udruženja treba podstaći a Svetsku medicinsko udruženje će pružiti pomoć u razmeni informacija u cilju poboljšanja samoregulacije.

9. Svetsko medicinsko udruženje i nacionalna medicinska udruženja moraju, takođe, da formišu društvenu zajednicu o postojanju efikasnog i odgovornog sistema samoregulacije u medicinskoj profesiji koji treba da postoji u svakoj zemlji. Građanstvo mora zna da može da računa na taj sistem samoregulacije za poštenu i objektivnu procenu problema vezanih za medicinsku praksu, zaštitu i lečenje pacijenata.

10. Kolektivna aktivnost nacionalnih medicinskih udruženja u preuzimanju sistema profesionalne samoregulacije osiguraće individualnom lekaru pravo da leči pacijenta bez uplitanja sa strane u njegovo profesionalno odlučivanje i aktivnosti. Odgovorno profesionalno ponašanje od strane individualnog lekara i efikasan i delotvoran sistem samoregulacije od strane nacionalnih medicinskih udruženja potrebni su građanstvu kao garancija da će, u slučaju da postanu pacijenti, primiti kvalitetnu medicinsku zaštitu od kompetentnih lekara."

DEKLARACIJA I REZOLUCIJA O UČEŠĆU LEKARA U IZVRŠENJU SMRTNE KAZNE donešena 1981. godine

Međunarodna komisija za amnestiju UN deklaracijom apeluje na lekare sveta da ne učestvuju u izvršenju smrtne kazne ni pod kojim uslovima. Deklaraciju podržavaju posebnim rezolucijama Svetsko medicinsko udruženje i Svetsko psihijatrijsko udruženje.

Tekst deklaracije o učešću lekara u izvršenju smrtne kazne:

"Podsećajući se duha Hipokratove zakletve kojom se nalaže lekarima da rade za dobro svojih pacijenata i da im nikada ne nanose štetu;

***S obzirom da** Tokijska deklaracija Svetskog medicinskog udruženja predviđa da se ljudski život mora poštovati u najvećoj mogućoj meri, čak i pod pretnjom, i da se medicinsko znanje ne sme koristiti u suprotnosti sa zakonima čovečnosti,*

***Takođe, s obzirom na to da** ista deklaracija zabranjuje učestvovanje lekara u torturi i drugim okrutnim, nehumanim i ponižavajućim postupcima,*

***Imajući u vidu da** je Sekretarijat UN izjavio da smrtna kazna predstavlja kršenje prava na život i da se radi o okrutnoj, nehumanoj i ponižavajućoj kazni,*

***Vodeći računa o tome da** lekari mogu biti pozvani da učestvuju u izvršenju smrtne kazne, između ostalog, preko: a) utvrđivanja mentalne i fizičke sposobnosti za pogubljenje, b) davanja saveta tehničke prirode, c) propisivanja, pripreme, primene i nadziranja doze otrova, d) medicinskih pregleda u toku izvršenja smrtne kazne,*

***Progllašava da je** učešće lekara u izvršenju smrtne kazne predstavlja kršenje medicinske etike;*

Apeluje na lekare da ne učestvuju u izvršenju smrtne kazne;

Takođe apeluje na medicinske organizacije da zaštite lekare koji odbiju da učestvuju u izvršenju smrtne kazne, i da u tu svrhu usvoje odgovarajuće rezolucije."

Ovu deklaraciju je formulisao Medicinski savetodavni odbor Međunarodne komisije za amnestiju i usvojio je 1981. g. Međunarodni izvršni komitet Međunarodne komisije za amnestiju.

Sledeći deklaraciju, Svetsko medicinsko udruženje je u Lisabonu 1981. godine donelo Rezoluciju o učešću lekara u izvršenju smrtne kazne. Tekstom rezolucije je odlučeno da:

– Skupština Svetskog medicinskog udruženja usvoji akt generalnog sekretara u kome se osuđuje učešće lekara u izvršenju smrtne kazne i publikuje ga u štampi.

– Nije etički učešće lekar u izvršavanju smrtne kazne, a može učestvovati u utvrđivanju smrti.

– Medicinski etički komitet nastavi aktivno da razrađuje ovaj problem.

Obaveštenje za štampu Svetskog medicinskog udruženja 11. septembra 1981. god.:

*"Sud u državi Oklahoma odlučio je da se prva smrtna kazna izvrši sledeće nedelje intravenoznim ubrizgavanjem smrtonosne doze leka. Bez obzira na metod izvršenja smrtne kazne, koji država odabere, ni od jednog lekara ne sme se tražiti da učestvuje u izvršenju smrtne kazne. Lekari su posvećeni čuvanju života. Uloga egzekutora nije medicinska praksa i od medicinskih službi ne treba tražiti da izvršavaju smrtnu kaznu, čak i kada metodologija uključuje farmakološka sredstva ili opremu koja se inače može koristiti u medicinskoj praksi. Jedina uloga lekara bila bi utvrđivanje smrti kada je kazna već izvršena." **Dr. Andre Wynen,**(Gen. sekretar)*

IZJAVA O ZLOUPOTREBI I ZANEMARIVANJU DECE

usvojena u Singapuru 1984. godine

Zaštita ljudskih prava podrazumeva pravno i etičko regulisanje ljudskih prava u pojedinim populacionim grupama. Zalaganje svetskih institucija pri Ujedinjenim nacijama je posebno apostrofirano na subpopulacionu kategoriju dece, te se brojne deklaracije, rezulucije i izjave odnose na zaštitu prava deteta. Brojna akta uglavnom govore o zloupotrebi dece, na kojima se zasnivaju dokumenti o zaštiti prava deteta.

Krivični zakon u našoj zemlji ima poseban član kojim se regulišu i štite prava dece. Zakon o braku i porodičnim odnosima takođe reguliše i štiti prava dece u situacijama lišavanja roditeljskog prava na decu.

Svetsko medicinsko udruženje posebno se bavi problemom zloupotrebe i zanemarivanja dece pridajući mu izuzetnu važnost. U Izjavi o zloupotrebi i zanemarivanju dece data su uputstva kako prepoznati zloupotrebu i zanemarivanje deteta, te kako postupiti u takvoj situaciji. *Posebno se insistira na značajnoj ulozi lekara primarne zdravstvene zaštite i potrebi dodatne edukacije tih lekara da bi adekvatno i kvalitetno pružili pomoć detetu zlostavljanom i zloupotrebljavanom ili zanemarivanom u porodici u kojoj odrasta.* Svetsko medicinsko udruženje u Izjavi insistira i na donošenju odgovarajućih zakonskih propisa u svim zemljama da bi se sprečila ili suzbila zloupotreba dece, zanemarivanje i uskraćivanje prava deci.

Jedna od najdestruktivnijih manifestacija porodičnog nasilja i konflikta je zloupotreba i zanemarivanje dece. Prevencija, rano otkrivanje i sveobuhvatan tretman dece žrtava zloupotrebe i dalje je izazov za svetsku medicinsku zajednicu.

Definicije zloupotrebe dece razlikuju se od kulture do kulture. Nažalost, u kulturama se veoma brzo prihvataju opravdanja za štetno postupanje prema deci, kao i dokazivanja da takav odnos ne predstavlja njihovu zloupotrebu i da nije štetan.

U ovoj izjavi različiti oblici zloupotrebe dece podrazumevaju fizičku, seksualnu i emocionalnu zloupotrebu. Zanemarivanje deteta predstavlja nesposobnost roditelja ili druge osobe zakonski odgovorne da detetu obezbedi osnovne potrebe i adekvatan nivo staranja.

Izjava o zanemarivanju i zloupotrebi dece usvojena na 36. skupštini Svetskog medicinskog udruženja u Singapuru 1984. godine je dopunjena u Hong-Kongu 1989., u Rancho Mirage, Kalifornija, SAD, 1990. i u Marbelji, Španija, 1992. godine.

Svetsko medicinsko udruženje prihvata da je zlostavljanje dece svetski zdravstveni problem i preporučuje nacionalnim medicinskim udruženjima da usvoje sledeće smernice za lekare.

1. *"Lekari imaju i jedinstvenu i posebnu ulogu u otkrivanju i pomaganju zlostavljanoj deci i njihovim poremećenim porodicama.*
2. *Lekari treba da prođu specijalizovanu edukaciju za identifikaciju zlostavljane dece. Takva edukacija je dostupna u okviru brojnih kontinuiranih edukativnih programa u ovoj oblasti.*
3. *Lekarima se preporučuje saradnja sa iskusnim multidisciplinarnim timom. Tim bi trebalo da sačinjavaju lekari, socijalni radnici, dečji psihijatri, psihijatri za odrasle, specijalisti za*

razvoj, psiholozi i pravni zastupnici. Kada učešće tima nije moguće ili nije dostupno, lekar mora da konsultuje medicinsku i socijalnu službu, policiju i stručnjake za mentalno zdravlje.

4. Lekari primarne zaštite (porodični lekar, internisti, pedijatri), specijalisti urgentne medicine, hirurzi, psihijatri i drugi specijalisti koji leče decu moraju da steknu znanje i veštine za procenu fizičke zloupotrebe i zanemarivanja deteta; procenu razvoja deteta i roditeljskih veština; korišćenja društvenih resursa i zakonske odgovornosti lekara.

5. Medicinska procena da li se nad detetom vrši fizička zloupotreba, treba da se sastoji od: dobijanja podataka o povredi; fizičkog ispitivanja pacijenta; rendgenskog snimka povrede; provere poremećaja u kojim postoji krvarenje; fotografija u boji; fizičkog ispitivanja braće i sestara; zvaničnog medicinskog izveštaja; praćenja ponašanja; praćenja razvoja beba i predškolske dece.

6. Medicinska procena i vođenje dece nad kojom se vrši seksualna zloupotreba, treba da se sastoji od: lečenja fizičke i psihičke traume; prikupljanja i obrade podataka; lečenja i/ili prevencije trudnoće i veneričnih oboljenja.

7. Neophodno je da lekar utvrdi prirodu i nivo porodičnog funkcionisanja, jer su u vezi sa zaštitom deteta. Od osnovnog značaja je da lekar shvati i oseti na koji način su kvalitet bračnih odnosa, stilovi vaspitanja, ekonomski stresovi, emocionalni problemi i zloupotreba alkohola, droga i drugih supstancija, kao i drugi oblici stresa, povezani sa zloupotrebom deteta.

8. Od suštinske važnosti je da lekar poseduje znanje o zloupotrebi i zanemarivanju deteta. Često, fizički znaci zlostavljanja nisu očigledni i samo se pažljivim razgovorom sa detetom i roditeljima može uočiti nesaglasnost iskaza o događaju i objektivnih podataka.

9. Ako posumnja na zloupotrebu deteta, lekar mora odmah da preduzme sledeće akcije:

- 1) da obavesti službe za zaštitu deteta o svim slučajevima gde takva sumnja postoji;
- 2) da hospitalizuje svako zlostavljano dete kome je potrebna zaštita;
- 3) da obavesti roditelje o dijagnozi i podnese izveštaj o povredama deteta službama za zaštitu.

10. Dete je pacijent, i samim tim prva briga lekara. Zbog toga je lekar odgovoran da preduzme sve što je u njegovoj moći da bi zaštitio dete od daljeg nanošenje štete. Kontakt sa odgovarajućim agencijama koje se bave pitanjima zaštite deteta je regulisan zakonom.

11. U slučaju kada je potrebna hospitalizacija, neophodna je brza procena fizičkih, emocionalnih i razvojnih problema deteta. Ako lekar koji je prvi prepoznao zloupotrebu deteta nije sposoban da izvede procenu, mora da potraži pomoć bolničkog multidisciplinarnog tima ili drugog lekara koji je specijalno obučan za ovu oblast.

12. Ako se sumnja na zloupotrebu deteta, lekar treba da prodiskutuje sa roditeljima činjenicu da je zlostavljanje deteta u diferencijalnoj dijagnozi problema njihovog deteta. Tokom ovog razgovora, vrlo je značajno da lekar ostane objektivan, da izbegne, u interakciji sa roditeljima, optužujuće i osuđujuće izjave.

13. *Veoma je važno da lekar u toku procesa evaluacije zabeleži nalaze u medicinski karton. Ovaj medicinski karton često obezbeđuje presudne dokaze u sudskom postupku.*

14. *Lekari treba da učestvuju na svim nivoima prevencije, obezbeđujući prenatalno i postnatalno porodično savetovanje, identifikaciju problema u odgoju dece i roditeljstvu i savetovanje o planiranju porodice i kontroli rađanja.*

15. *Lične i javne zdravstvene mere kao što su kućne posete medicinskih sestara, vođenje roditelja, ispitivanje bebe i dece, treba da budu podržane od strane lekara. Programi koji poboljšavaju opšte zdravlje dece takođe imaju ulogu u prevenciji zloupotrebe dece.*

16. *Lekari treba da znaju da je zloupotreba i zanemarivanje dece, složen problem i da je ponekad nedovoljan samo jedan oblik tretmana ili službe da bi se pružila pomoć zlostavljanoj deci i njihovim porodicama. Potreban je doprinos raznih profesija, uključujući medicinu, pravo, sestrinsku negu, edukaciju, psihologiju i socijalni rad.*

17. *Lekari treba da podstiču razvoj novih programa koji će unaprediti medicinsko znanje i kompetentnost u oblasti zloupotrebe i zanemarivanja dece.*

18. *U slučajevima zloupotrebe dece mora da se ukine poverljivost informacija o pacijentu. Ako se sumnja na zloupotrebu, prva obaveza lekara je da zaštiti svog pacijenta. Bez obzira na vrstu zloupotrebe (fizičku, psihičku, seksualnu) zvanični izveštaj mora da se dostavi odgovarajućim organima vlasti.*

19. *Lekari treba da podrže usvajanje zakona u svojim zemljama, koji će obezbediti efikasno otkrivanje i zaštitu dece nad kojom se vrši zloupotreba. Ovakvi zakoni takođe treba da štite lekara i drugo zdravstveno osoblje koje je uključeno u otkrivanje, lečenje i zaštitu dece nad kojom se vrši zloupotreba.*

20. *Lekari treba da podrže zakonske procedure pomoću kojih zlostavljano dete ima pravo na zakonsku akciju protiv osobe za koju se sumnja da vrši takvu zloupotrebu, u razumnom periodu nakon zakonskog punoletstva. Lekari, takođe, treba da podrže fer i objektivne zakonske procedure koje teže sprečavanju nepotvrđenih tvrdnji o zloupotrebi deteta i da zahtevaju objektivne dokaze radi pokretanja zakonskog postupka, bilo kog tipa, protiv navodnog počinioca zloupotrebe deteta."*

IZJAVA O PLANIRANJU PORODICE

usvojena u Madridu 1967. godine i Parizu 1969. godine

Svetsko medicinsko udruženje, rukovođeno idejom obogaćivanja ljudskog života, a protiv ograničavanja kvaliteta ljudskog življenja, podržava planiranje porodice. Izjavu o planiranju porodice donetu 1967. godine, Svetsko medicinsko udruženje je koncipiralo u smislu poziva svim medicinskim fakultetima da kroz svoje nastavne planove i programe obuhvate planiranje porodice u kontekstu ukupne brige za unapređenje zdravlja majke i deteta. Tekstom Izjave se insistira na edukaciji i opšte populacije, odnosno stanovništva u okviru državne zajednice u smislu pomoći roditeljima kako bi mogli da ostvare jedno od osnovnih svojih prava, a i uopšte, osnovnih ljudskih prava, a to je pravo da planiraju sopstvenu porodicu, odnosno planirano rađaju decu. Izjava o planiranju porodice je dopunjena 1983. godine u Veneciji.

IZJAVA O PRAVU ŽENE NA KONTRACEPCIJU

usvojena u Stokholmu 1994. godine

Izjavom o pravu žene na kontracepciju Svetskog medicinskog udruženja se reguliše pravo žena bez obzira na pripadnost državi, bez obzira na položaj u društvenoj zajednici, bez obzira na nacionalnost ili veru, da slobodnom voljom odlučuje o kontracepciji. Polazi se od toga da je pravo na kontrolu plodnosti izuzetno bitno za ne samo telesno, već i mentalno, kao i socijalno, potrebno kvalitetno osećanje žene, odnosno ukupno zdravlje žene. Zbog toga se u tekstu izjave i insistira da ženama potpuno slobodno budu dostupna medicinska sredstva kontrole trudnoće, odnosno kontraceptivi i stručna, pre svega socijalna savetovališta za planiranje trudnoće, njeno vođenje i rađanje zdravog potomstva. Sve ovo u kontekstu ljudskog, a posebno roditeljskog prava majke na planiranje porodice. **Originalni tekst Izjave:**

"Svetsko medicinsko udruženje smatra da neželjene trudnoće mogu ostaviti ozbiljne posledice na zdravlje žene i zdravlje njene dece. Sposobnost regulacije i kontrole plodnosti treba da budu shvaćene kao osnovna komponenta telesnog i mentalnog zdravlja, kao i socijalnog blagostanja žena.

Postoji jaka, ali u velikoj meri nezadovoljena potreba za kontrolom plodnosti u mnogim zemljama u razvoju. Mnoge žene u ovim zemljama žele da izbegnu trudnoću, ali ne koriste sredstva za kontracepciju.

Kontracepcija može da spreči preranu smrt žena izazvanu rizicima koje nosi neželjena trudnoća. Optimalno planiranje rađanja dece takođe će doprineti opstanku beba i dece.

Čak i u zemljama u kojima su političke, verske i druge grupe, protiv korišćenja kontracepcije, svaka žena treba da ima pravo da bira da li koristiti kontracepciju."

Svetsko medicinsko udruženje predlaže da svim ženama treba dozvoliti da po svom izboru odlučuju o kontroli rađanja, a ne da trudnoća bude slučajnost. Pravo žene je bez obzira na nacionalnost, položaj u društvu ili veru, da odlučuje o kontracepciji. Ženama treba da su dostupna medicinska i socijalna savetovališta za planiranje porodice.

PRINCIPI MEDICINSKE ETIKE AMERIČKOG MEDICINSKOG UDRUŽENJA

Principi koje je usvojilo Američko udruženje lekara nisu zakoni, već standardi koji definišu osnove medicinskoetičkog – časnog ponašanja lekara pri vršenju lekarske profesije.

Američko medicinsko udruženje polazi od stavova da se lekarska profesija davno u ljudskoj civilizaciji obavezala na poštovanje etičkih normi čija je suština usmerena prevashodno ka interesu bolesnika. Lekar opšte prakse, a i svih profila medicinskih specijalnosti, kao pripadnik profesije najvažnije u zajednici, treba da je svestan odgovornosti ne samo u relaciji lekar – pacijent, već i prema svim zaposlenim u okviru zdravstvene delatnosti, zatim prema sebi samom, kao i prema čitavoj društvenoj zajednici u kojoj obavlja svoju profesiju.

Medicinskoetički stavovi Američkog udruženja lekara

Američko udruženje lekara autonomno u formi zakona reguliše medicinskoetičke stavove, a kontrolu ostvaruje preko komore lekara:

Član 1: *Lekar treba da pruži odgovarajuću medicinsku uslugu sa razumevanjem za pacijentovu bolest i poštovanjem njegovog ljudskog dostojanstva.*

Član 2: *Lekar treba da se ophodi časno sa pacijentima i kolegama i da nastoji da razotkrije one lekare kojima nedostaje "karakter" ili kompetencija ili koji se upuštaju u prevaru ili podvalu.*

Član 3: *Lekar treba da poštuje zakon i da prihvati svoju odgovornost u menjanju onih zahteva koji su suprotni najboljim interesima pacijenta.*

Član 4: *Lekar treba da poštuje prava pacijenta, prava kolega i drugih radnika zaposlenih u zdravstvu i treba da štiti neprikosnovenost lekarske tajne u okvirima zakona.*

Član 5: *Lekar treba stalno da proučava, primenjuje i unapređuje naučno znanje, daje relevantne informacije dostupne pacijentima, kolegama i javnosti, održava konsultacije i koristi znanje drugih zaposlenih u zdravstvu kada je to potrebno.*

Član 6: *Sa ciljem da pruži adekvatnu "uslugu" pacijentu, lekar treba, sam u hitnim slučajevima, da slobodno izabere kome, kako, gde i sa kim će pružiti medicinsku pomoć.*

Član 7: *Lekar treba da shvati da treba da učestvuje u aktivnostima koje doprinose unapređenju zajednice.*

Američko lekarsko udruženje eksplicitno nalaže lekaru aktivni doprinos u unapređenju zajednice što nije slučaj u evropskoj medicinsko-deontološkoj praksi.

ZAKLETVA FLORENS NAJTINGEJL

Florens Najtingejl (1823–1910), širom sveta je poznata kao osnivač sestrinstva, posebne i specifične discipline u okviru medicinske deontologije. *Ona ima istorijski značaj u utvrđivanju i organizaciji pravila vršenja medicinske nege bolesnih i povređenih.*

Florens Najtingejl je na početku formiranja sestrinstva kao posebne medicinske službe uočila da je potrebno ispuniti dva uslova da bi se ostvarilo funkcionisanje sestrinstva:

- a) **potrebno je dobro poznavanje nege bolesnika kao specifične medicinske veštine i**
- b) **neophodna je visoka moralna zrelost medicinske sestre.**

Slična dva polazišta su uočljiva i u Hipokratovoj zakletvi, prvom pisanom dokumentu medicinske etike. Florens Najtingejl je prva napisala zakletvu namenjenu medicinskim sestrama sa namerom da definiše moralni lik medicinske sestre, ukazujući na neophodnost **moralnog čistunstva** življenja medicinske sestre i neophodno visoko razvijen smisao osećanja dužnosti i osećanja visoke moralnosti u svakodnevnom životu i radu medicinske sestre.

Florens Najtingejl u svojoj zakletvi insistira na obavezi čuvanja medicinske, odnosno profesionalne tajne, spremnost na saradnju sa lekarom radi ispunjenja zajedničkog cilja – poboljšanja zdravlja bolesnika. Ona pravilno uočava da su osnova visoke moralnosti lika medicinske sestre dobra stručna osposobljenost i poznavanje pravila sestrinske struke. Sestra se obavezuje na stalno usavršavanje i podizanje stručnosti na viši nivo.

Tekst zakletve Florens Najtingejl

"Svečano se obavezujem pred Bogom i u prisustvu ovog skupa, da ću provesti ceo svoj život u moralnoj čistoti i da ću se odano baviti svojom profesijom.

Ja ću se uzdržavati od bilo kakvog nekontrolisanog postupka sa bolesnikom i neću svesno primeniti lek koji bi ga mogao oštetiti.

Sve što je u mojoj moći, učiniću, da poboljšam nivo svoje profesije i držaću u tajnosti sve lične informacije koje sam saznala i sve poverljive informacije koje doznajem prilikom obavljanja mog posla.

Sa punom lojalnošću, do kraja ću pomagati lekaru u njegovom poslu i odano ću obavljati sve poslove oko bolesnog čoveka."

INTERNACIONALNI KODEKS ETIKE MEDICINSKIH SESTARA donet u Frankfurtu 1953. godine

Internacionalni kodeks etike medicinskih sestara (donet 1953. godine, a revizija je izvršena 1965.) ukazuje da su načela medicinske etike u stalnoj tendenciji dogradnje, usklađeno sa razvojem naučne medicine našeg vremena. Donešen je sa namerom da uredi etičko vršenje profesije ovog zdravstvenog profila, što je potvrda značaja i specifičnosti poziva medicinske sestre, te i potrebe posebnih načela u medicinskoj etici uopšte, ali i njenom daljem razvoju.

Kodeks etike medicinskih sestara podvlači opšta načela medicinske etike, borbu protiv bolesti i ljudske patnje, odnosno brigu za zdravlje obolelog ili povređenog. *Kodeks je specijalizovan za srednje i više medicinske tehničare.* Kodeks ne ponavlja neka ranije prihvaćena načela i pravila ponašanja, kao recimo čuvanje profesionalne tajne, negovanje dobrih međuljudskih odnosa u okviru vršenja struke, a ističe nove momente koji obogaćuju medicinsku etičku misao uopšte. Značajno načelo ovog kodeksa je obaveza medicinskih tehničara – sestara, da bolesnom pruže u svakom trenutku najviši mogući nivo medicinskog tretmana i usluge, jer svaki bolesnik ima pravo da bude lečen po poslednjim dostignućima naučne medicine. Obaveza je medicinskih sestara između ostalog, da se stalno edukuju u skladu sa napretkom medicine i da ta stečena znanja primene na bolesnom čoveku.

Internacionalni kodeks etike medicinskih sestara identifikuje kompetencije sestrinskog profila u okviru medicinske etike. Kodeks nalaže da se te kompetencije ne smeju prekoračiti, već jasno preciziraju koje intervencije oko bolesnika pripadaju višem ili nižem nivou specijalizovanosti profila zdravstvenog radnika u opusu sestrinskog profila.

Zahtevi od medicinske struke u savremenoj civilizaciji su takvi da je nastala neophodnost da se Internacionalnim kodeksom reguliše:

1. *kompetentnost medicinske sestre u zajedničkom poslu sa lekarom i drugim zdravstvenim radnicima,*
2. *da sestra što efikasnije pomogne bolesniku,*
3. *značaj subordinacije u vršenju profesije od lekara supspecijaliste do bolničara,*
4. *etičko načelo iz teorijske medicinske etike koje se odnosi na obaveznost određenih ponašanja medicinske sestre u privatnom životu, sa ciljem očuvanja i zaštite sopstvenog moralnog lika i moralnog lika profesije.*
5. *obavezu medicinske sestre da i u privatnom životu uvek čuva svetost lika zdravstvenog radnika,*
6. *obavezu medicinske sestre da stalno teži sopstvenoj edukaciji, ali i da se bavi edukativnim radom u zajednici i*
7. *obavezu medicinske sestre na medicinskoetičku solidarnost zdravstvenih radnika u pružanju potrebne pomoći kolegama u drugim regionima svoje zajednice, ili onima u drugim državama, u situacijama kada se dogode masovna pogoršanja zdravlja stanovništva, ili masovna povređivanja zbog prirodnih katastrofa.*

Tekstom kodeksa je regulisana i situacija moguća u praksi, da nadređeni zdravstveni radnik izda neetičan nalog medicinskoj sestri. Zbog toga je potrebno da medicinska sestra bude edukovana i da može da razluči šta je etično, a šta neetično, jer je medicinska etika vršenja sopstvene struke obavezuje da odbije učešće u svakoj proceduri koja bi za posledicu imala neetički postupak prema bolesniku i da o tome obavesti najautoritativniju osobu po hijerarhiji u zdravstvenoj ustanovi.

Izvod iz originalnog Internacionalnog kodeksa etike medicinskih sestara:

- 1. "Osnovni zadatak medicinskih sestara je trostruk: održavati život, olakšati patnje i ubrzati ozdravljenje.*
- 2. Medicinska sestra se mora uvek brinuti za svoje zdravlje i ponašati se primereno svom pozivu.*
- 3. Medicinska sestra mora biti ne samo dobro osposobljena za obavljanje svog poziva nego se mora i na primerenoj visini redovno usavršavati u svom zvanju i spremnosti.*
- 4. Mora poštovati bolesnikovo versko opredeljenje.*
- 5. Lične probleme bolesnika koji su im povereni, mora zadržati za sebe i uopšte čuvati profesionalnu tajnu.*
- 6. Medicinske sestre moraju biti svesne da osim svojih dužnosti i granica svoga radnog područja nikad ne smeju lečiti same, ili savetovati lečenje bez lekarskog uputa, osim u hitnim slučajevima, a u tom slučaju moraju što pre obavestiti lekara.*
- 7. Medicinska sestra mora podržavati poverenje lekara i u ostalo zdravstveno osoblje. O nesposobnosti ili netaktičkom postupku saradnika mora obavestiti odgovarajući organ.*
- 8. Medicinska sestra ima pravo na naplatu za svoj rad, ali samo po odredbama opšteg ili posebnog ugovora.*
- 9. Medicinska sestra ne sme dopustiti da se njeno ime upotrebi za reklamu bilo kakvih proizvoda ili bilo kakav oblik lične reklame.*
- 10. Medicinska sestra učestvuje i održava skladne odnose sa saradnicima ostalih zanimanja i s drugima iste profesije.*
- 11. Medicinska sestra mora biti veoma verna pravilima lične etike i tako čuvati ugled svog zvanja.*
- 12. U svom ličnom životu medicinska sestra ne sme namerno omalovažavati opšte priznate navike i načela zajednice u kojoj živi i radi.*
- 13. Medicinska sestra snosi i deli odgovornost s drugim državljanima i drugim zdravstvenim radnicima u nastojanju za osiguranje opšte zdravstvene pomoći u krajevima, narodima i u opštem međunarodnom merilu."*
- 14. Medicinska sestra svesna je principa delovanja Crvenog krsta, svojih prava i dužnosti prihvaćenih na ženevskom dogovoru 1940. godine.*
- 15. Medicinska sestra je odgovorna prema sebi i profesiji da svojim izgledom i uniformom dostojno prezentuje zvanje. Uz uniformu je obavezno nošenje značke (bedža) koju nosi samo diplomirana sestra."*

ORGANIZACIJA I FUNKCIONISANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prihvaćene etičke principe u medicinskoj praksi nije moguće primeniti bez adekvatne organizacije zdravstvene službe. Svetska zdravstvena organizacija funkcionisanje zdravstvene zaštite reguliše brojnim dokumentima.

Zdravstvena zaštita (medicinska zaštita) organizovana je na razne načine širom sveta, od potpunih sistema do organizacije medicinskih službi isključivo od strane države. Suvišno bi bilo opisivati sve sisteme sprovođenja medicinske zaštite ali treba znati da se u nekim zemljama medicinska pomoć pruža samo u kritičnim situacijama, dok većina zemalja ima organizovan sistem zdravstvenog osiguranja i kompletnu medicinsku zaštitu stanovništva. **Ideal je obezbeđivanje najsavremenije medicinske zaštite uz potpuno poštovanje slobode i autonomnosti i lekara i pacijenta.**

Svetsko medicinsko udruženje ima ulogu i obavezu da odlučuje pod kakvim uslovima medicinska profesija može da sarađuje sa državnim zdravstvenim službama.

DVANAEST PRINCIPA ORGANIZACIJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U SVIM NACIONALNIM ZDRAVSTVENIM SISTEMIMA Svetsko medicinsko udruženje 1963, 1983.

Svetsko medicinsko udruženje nema kompetencije da izriče sudove o veoma različitim sistemima zdravstvene zaštite u savremenim državama ali nalaže principe koji treba da budu ugrađeni u zdravstvenu politiku i odvijanje zdravstvene službe u svim državama sveta. Tih obavezujućih dvanaest principa su:

Principi:

I. *"U svim zdravstvenim sistemima, uslovi medicinske prakse moraju biti određeni uz konsultaciju sa predstavnicima lekarskih organizacija."*

II. *"U svim zdravstvenim sistemima treba omogućiti pacijentu da konsultuje lekara po svom izboru, treba dati mogućnost lekara da leči pacijenta po svom izboru bez prava da se na to utiče na bilo koji način. Lekari imaju profesionalnu obavezu i etičku dužnost da pruže pomoć u neodložnim slučajevima bez prava slobodnog izbora."*

III. *"Svi zdravstveni sistemi treba da budu otvoreni za sve lekare sa dozvolom za rad. Ni medicinska profesija niti lekar pojedinac ne smeju se prisiljavati da učestvuju u radu ako to ne žele."*

IV. *"Lekar treba da bude slobodan da obavlja svoju profesiju tamo gde želi i da ograniči svoju praksu na datu specijalnost za koju je kvalifikovan. Medicinske potrebe zemlje koja je u pitanju treba da budu zadovoljene i profesija mora uvek kada je to moguće da usmerava mlade lekare prema područjima gde su potrebe najveće. U tom slučaju obaveza zemlje je da adekvatno vrednuje i plati takav rad i zaštiti standard tih lekara adekvatno profesionalnim odgovornostima."*

V. *"Profesija (lekarska) mora da bude adekvatno zastupljena u svim zvaničnim telima koja se bave problemima zdravlja i bolesti."*

VI. *"Poverljiva priroda odnosa pacijent – lekar mora se poštovati i moraju se toga pridržavati i oni koji sarađuju u nekom stadijumu lečenja ili u kontroli lečenja. Autoriteti treba da poštuju ovu obavezu."*

VII. *"Mora biti garantovana moralna, ekonomska i profesionalna nezavisnost lekara."*

VIII. *"Kada nije precizno određena naplata medicinskih usluga direktnim ugovorom između lekara i pacijenta, u bilo kom zdravstvenom sistemu, odgovarajuće finansijske službe moraju adekvatno da kompenziraju lekara. "*

IX. *"Naplata medicinskih usluga mora uzeti u obzir troškove službe i ne treba u potpunosti da bude fiksirana na osnovu finansijskog statusa nadležnog autoriteta koji plaća ili da bude posledica unilateralnih odluka Vlade i mora da bude prihvatljiva za agencije koje predstavljaju medicinsku profesiju."*

X. *"Samo od strane lekara može biti vršena provera rada medicinske službe u cilju očuvanja kvaliteta ili kontrole korišćenja službe, na osnovu broja korisnika i troškova, pri čemu treba uzeti u obzir lokalne ili regionalne pre nego nacionalne standarde."*

XI. *"U cilju viših interesa pacijenata ne smeju da postoje ograničenja prava lekaru da prepisuje lekove ili druge oblike lečenja koji odgovoraju opšte prihvaćenim medicinskim standardima."*

XII. *"Lekar mora da bude podstaknut da učestvuje u svim aktivnostima usmerenim ka unapređenju svog znanja i statusa u svom profesionalnom životu."*

Ujednačenost organizovanja i funkcionisanje zdravstvene zaštite u savremenim državama kontroliše i uređuje Svetska zdravstvena organizacija brojnim dokumentima. Najvažnija dokumenta Svetske zdravstvene organizacije koja o tome govore su:

Izjava o dostupnosti zdravstvene zaštite usvojena u Beču 1988. godine

Dostupnost zdravstvene zaštite je multidimenzionalni koncept zavistan od brojnih praktičnih ograničenja specifičnih resursa i mogućnosti svake države. Uslovljavajući faktori su: *medicinski kadar, finansije, transport, sloboda izbora, edukacija populacije, kvalitet i raspoloživa tehnologije.*

Preporuke koje se odnose na medicinsku zaštitu u seoskim oblastima usvojena 1964. godine u Helsinkiju i dopunjena 1983. godine u Veneciji

Preporuka ističe načelo da seosko stanovništvo ima pravo na isti obim i kvalitet medicinske zaštite kao i gradska populacija. Ekonomski i drugi činioci ne treba da budu uzrokom razlika u kvalitetu medicinskih službi u ruralnim (seoskim) sredinama. Dokument poziva nacionalna medicinska udruženja da se angažuju u programima zaštite i unapređenja zdravlja seoskog stanovništva.

Izjava o kućnom medicinskom monitoringu "tele-medicina" i medicinska etika usvojena 1992. godine u Merbelji

Izjava uređuje primenu tele-medicine danas i internet medicine i posledične etičke probleme. Lekar treba da utvrdi kompetentnost pacijenta i/ili njegove porodice za saradnju u ova-kvom sistemu medicinske zaštite.

Razvoj i dostignuća savremene naučne medicine omogućili su da se brojne bolesti zaleče ali nikada izleče tako da je broj hroničnih bolesnika značajno uvećan na početku XXI veka. Pacijent je danas uključen u održavanju postignutih poboljšanja bolesti i tako maksimalno kvalitetno i aktivno učestvuje unutar svoje porodice i radne sredine. Pacijenti treba da edukativno usvoje pod kontrolom lekara korišćenje brojnih dijagnostičkih održavajućih pa i terapijskih metoda što do nedavno nije bio slučaj već je to bilo u kompetenciji isključivo lekara odnosno medicinskih radnika. Primeri za to su kontrole glikemije i aplikovanje inzulina recimo, samostalno od strane pacijenta. Danas pacijent ili članovi njegove porodice mogu da korišćenjem tele-medicinskih tehnologija upute elektroencefalogram, EKG ili rendgenske snimke, slikom lekaru ili zdravstvenim centrima visoke stručne i tehnološke kompetentnosti, kao i na udaljena geografska područja, s kontinenta na kontinent. Ova izjava Svetskog medicinskog udruženja sve to reguliše.

**Preporuka br. R (80. 4) Komiteta ministara vladama država članica koja se
odnosi na aktivno učešće pacijenta u sopstvenom lečenju
usvojena 1980. godine od Komiteta ministara**

Komitet ministara Saveta Evrope doneo je ovu preporuku u cilju postizanja većeg jedinstva u državama članicama u jedinstvenom pristupu u oblasti zdravstvene i socijalne zaštite. Preporuka obavezuje Vlade država članica Evropske zajednice da sprovedu programe za aktivno učestvovanje pacijenata u lečenju, prevenciji i održavanju, unapređenju i oporavljanju svog zdravlja i zdravlja drugih ljudi. Savet ministara je računao na sledeće programe:

1. Zdravstvenu politiku;	2. Zdravstvenu edukaciju i informacije;
3. Udruženja pacijenata;	4. Prevenciju i primarnu zdravstvenu zaštitu;
5. Istraživanje;	6. Profesionalnu edukaciju i trening.

**Deklaracija o principima zdravstvene zaštite u sportskoj medicini
usvojena 1981. godine u Lisabonu, a dopunjena 1987. u Madridu i 1993. u Budimpešti**

Deklaracija sadrži preporuke etičkih normi obavezujućih za lekare u funkciji potreba sportista kojima se pruža medicinska pomoć i zdravstveno savetovanje. Najbitnije odredbe deklaracije su da lekar pruža zaštitu sportisti ili atletičaru uz etičku obavezu da prepozna njegove pojedinačne specifične fizičke i mentalne zahteve povezane sa sportskim aktivnostima. Ukoliko je učesnik u sportu dete ili adolescent lekar mora na prvo mesto da stavi njegov rast i razvoj i preporučuje se da sportski lekar – specijalista sportske medicine učestvuje pri donošenju sportskih pravila u svakoj državi kao i na nivou regiona, kontinenta i cele planete (Svetska prvenstva, Olimpijska takmičenja itd.).

**Preporuke koje se odnose na boks
usvojene 1983. godine u Veneciji**

Preporuka definiše boks kao opasan oblik sporta. Cilj boksa kao sportskog nadmetanja je izazivanje telesnih povreda protivnika. Udarci u boksu mogu izazvati i smrt sportiste, ali i teške povrede mozga sa tendencijom hroničnog trajanja. Sportsko medicinsko udruženje preporučuje zabranu boksa a dok se to ne ostvari ovom preporukom obavezuje:

- 1. Nacionalna medicinska udruženja u svim zemljama da iniciraju formiranje Nacionalnog registra boksera, amatera i profesionalaca uključujući i sparing partnere.*
- 2. Preporučuje se da svaki lekar boksera u ringu mora biti ovlašćen da prekine bilo koju borbu u bilo koje vreme da bi pregledao takmičara i ako postoji indikacija da prekine dalju borbu.*
- 3. Insistiraju da sve osobe odgovorne za boks prošire sve sigurnosne mere i na sparing partnere. Da sve osobe odgovorne za boks nadgrade, standardizuju i isključivo podstiču medicinsku evaluaciju za boksera.*

MEDICINA I MEDICINSKO PRAVO

Eksplzivni razvoj naučne medicine u poslednja dva veka drugog milenijuma pozicionirali su njenu praktičnu primenu kao delatnost od izuzetne važnosti za savremenu zajednicu.

Skoro nesaglediv obim novih saznanja naučne medicine, od dijagnostike do terapije, doneo je brojne i složene probleme. Lekar i zdravstveni radnici našli su se u poziciji posebno odgovornih profesionalaca ne samo prema bolesnom već i prema zajednici u celini i njenom razvoju. Povratno država se našla u obavezi posebnog pravnog regulisanja i pravne zaštite lekara i zdravstvenih radnika kao i svih članova zajednice, a ne samo bolesnih. Rezultat je razvoj medicinskog prava kao nove i specifične pravne oblasti.

Medicinsko pravo je predmetno ograničena oblast prava.

Poslednjih decenija XX veka iz brojnih razloga podstaknut je razvoj medicinskog prava. Najbitniji razlozi razvoja medicinskog prava su sledeći:

1. **Zajednica je shvatila** medicinsku delatnost i lekarsku profesiju kao delatnosti od izuzetnog društvenog značaja i ne može ih ostaviti bez spoljašnje društvene i pravne kontrole.

2. **Nagli razvoj medicine i porast broja lekara** kao i zdravstvenih radnika i saradnika u zdravstvenoj zaštiti te ekspanzivni razvoj sistema zdravstvenih institucija, oslabili su unutrašnju profesionalnu kontrolu zasnovanu na načelima medicinske etike i deontologije.

3. **Ekspanzivni razvoj medicine** doneo je nove velike mogućnosti u dijagnostici, prognozi i lečenju bolesti, prevenciji i rehabilitaciji bolesnika. Povećan je rizik po pacijenta od primene često agresivnih i rizičnih dijagnostičkih i terapijskih procedura, te je potrebno pravno regulisanje.

4. **Pravo pacijenta na samoodređenje** kada je u pitanju zaštita njegovog ličnog zdravlja i života sa napretkom medicine je evidentno, te je za posledicu imalo zamenu lekarskog paternalizma pa je primarno postalo poštovanje autonomije pacijenta. Time je metodologija rada u medicini promenjena a medicinska etika se razvojno oslanja i na medicinsko pravo.

5. **Sredstvima javnog informisanja** kao što su televizija, radio i štampa, opšte laičko stanovništvo je edukovano iz oblasti medicine, ali i iz oblasti zdravstvene kulture. Tako je oslabljen tradicionalan paternalistički odnos lekara prema pacijentu i ostvaruje se princip partnerske saradnje u odnosu lekar – pacijent na zajedničkom poslu brzog i efikasnog lečenja i potpunog ozdravljenja sa podeljenim i uzajamnim obavezama i lekara, i pacijenta.

6. **Navedeni razvojni tokovi** savremene medicine doneli su sve češće parnice protiv lekara i zdravstvenih radnika zbog učinjenih propusta i/ili nepotrebnih pregleda i ispitivanja, ali i zbog pogrešnih uverenja uživaoca zdravstvenih usluga i njihove rodbine.

Posledica je dinamičan i ubrzan razvoj medicinskog prava i tendencija njegovog daljeg razvoja.

Treba konstatovati da ni medicinska etika, ni medicinsko pravo, ne znaju za granice. Naša zajednica, kao i lekarsko društvo i lekarska komora treba da se u donošenju najboljih zakonskih rešenja oslone na rešenja drugih zemalja. Brojne razvijene države su u odnosu na nas odmakle u regulisanju medicinskopravne materije, a mi mnoga od tih rešenja možemo prilagoditi našim uslovima, jer za to nismo insuficijentni ni po pameti, a ni toliko siromašni.

MEDICINSKO PRAVO

Pravnim normama u okviru medicinskog prava uspostavlja se u ime društvene zajednice spoljašna kontrola nad delatnošću zdravstvenih radnika sa ciljem zaštite prava i interesa ne samo bolesnika već i društvene zajednice u celini, kao i samih medicinskih radnika. *Medicinsko pravo je pravna disciplina koja pravnim normama uređuje odnose između pacijenata i medicinskih radnika, ali i medicinsku delatnost u celini.*

Medicinsko pravo poređeno sa drugim pravnim oblastima je sasvim mlada pravna disciplina i tek se poslednjih decenija dinamično razvija. Prigovori lekara i zdravstvenih radnika da se medicinsko pravo, odnosno pravo u celini, preterano upliće i time sputava napredak medicine imaju opravdanje. Međutim, ***pravo ne stvara nepoverenje već stvoreno nepoverenje poziva pravo da interveniše.***

Medicinsko pravo se temelji na činjenici da uspostavljanje odnosa lekar – pacijent podrazumeva odnos nejednakih. Načela medicinskog prava utvrđuju da bolestan čovek ima:

1. **pravo na adekvatno lečenje i poštovanje dostojanstva** a sve u okviru granica raspoloživih materijalnih dobara u zajednici, izdvojenih za zdravstvenu zaštitu,

2. **pravo na odgovarajuću informaciju** ako je zatraži, o svom zdravlju, kao i o terapijskom tretmanu,

3. **pravo uvida u medicinsku dokumentaciju**, što može da se izostavi ukoliko bi otkrivene informacije izazvale ozbiljan rizik po zdravlje ili život bolesnika. Tada se koristi dobronamerna laž – *pia fraus*,

4. **pravo na čuvanje medicinske tajne**,

5. **pravo na samoodlučivanje**, odnosno samoodređenje u pogledu tretmana i terapijskih procedura koje će biti preduzete. Ako odbije predložen tretman, pacijentu treba omogućiti neki drugi oblik lečenja.

Postoje i brojni izuzeci od načela samoodlučivanja pacijenta, a najčešći su:

1. *mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, na osnovu sudske presude kao krivične sankcije,*

2. *zavodska mera koja se izriče maloletnim licima u svrhu prevaspitavanja i lečenja,*

3. *zaštitna mera upućivanja u Zavod radi čuvanja, lečenja i zaštite,*

4. *zaštitna mera obaveznog lečenja od alkoholizma ili zavisnosti od droga,*

5. *prisilna hospitalizacija, tj., prinudno stacionarno lečenje bolesnika u psihijatrijskoj bolnici,*

6. *prisilna ishrana za vreme izdržavanja kazne zatvora ako za to postoje medicinske indikacije,*

7. *zarazna bolest kada se izriču mere prinudnog lečenja bez uvažavanja volje pacijenta,*

8. *u svrhu vođenja istražnog – sudskog postupka radi prikupljanja dokaza nekada se određuje izvođenje medicinske dijagnostike protiv volje te osobe i u nekim drugim situacijama.*

Medicinsko pravo svojim normama treba da zaštiti pacijenta, ali i da olakša rad zdravstvenim radnicima, blagovremeno prateći pravnim normama sve inovacije u medicini.

Bilo bi preobimno u ovakom udžbeniku dati iscrpniji pregled pravnih propisa koja se odnose na medicinu. Svi ti propisi su sadržani u Ustavu i u svim oblastima prava (krivičnom, procesnom, upravnom, građanskom, radnom, socijalnom, porodičnom i međunarodnom).

POSEBNE MEDICINSKOETIČKE I MEDICINSKOPRAVNE DILEME U PRAKTIČNOJ PRIMENI NAUČNE MEDICINE

Suštinu medicinske etike i medicinskog prava treba razumeti kroz osnovne etičke principe i principe iz njih izvedene, jer su sa njima u tesnoj vezi.

Da bi se jedan etički sistem mogao uspostaviti, a po svojoj prirodi je socijalan, u njega treba ugraditi i **princip univerzalnosti zasnovan na principu pravednosti**. Svaki sistem normi mora da obezbedi podjednaka prava za sve na koje se odnosi, u ovom slučaju naučnike u medicini, zdravstvene radnike, bolesnike i društvo u celini.

Funkcionisanje medicinskoetičkih i medicinskopravnih normi zbog društvenog značaja medicine mora biti kontrolisano, ali je skoro nemoguće kvalitetno uspostaviti spoljašni nadzor i kontrolu da bi se onemogućila bilo kakva zloupotreba. Lekar i zdravstveni radnici su posebno, kao ni jedna druga profesija, pod unutrašnjom kontrolom sopstvenih etičkih načela. Spoljašna kontrola se obezbeđuje zakonima. Čoveku današnjice pored pripadajućih univerzalnih ljudskih prava u zajednici ostvaruje i brojna druga prava: pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na edukaciju, pravo na korišćenje drugih socijalnih službi, itd.

Posebnost medicinskoetičkih i medicinskopravnih normi ali i dilema u praksi primenjene naučne medicine proističe iz univerzalnog medicinskog aksioma – **poštovanje ljudskog života**.

Poštovanje života je jedan od osnovnih principa medicinske etike. Filozof *Bentham*, prihvata da čovek ima veće pravo na život u odnosu na druga živa bića.

Milenijumske su i još trajuće dve dileme:

1) *Da li sva ljudska bića, uključujući i one mentalno retardirane, senilne, ili pak u trajnom vegetativnom stanju imaju jednake moralne vrednosti i jednako pravo na život?*

2) *Kada zapravo počinje život?*

Razvoj naučne medicine i uvođenje savremenih tehnika i tehnologija u istraživačku medicinsku praksu, zatim dostupnost zdravstvene zaštite i njen kvalitet kao humanizacija i demokratizacija zajednice i državnog prava stvorile su nove medicinskoetičke i medicinsko pravne probleme i dileme. Na početku XXI veka medicinskoetičke i medicinskopravne dileme i problemi su vezani za:

1. medicinske eksperimente na ljudima,	2. uvođenje inovacija u naučnu medicinu,
3. ispitivanje novih lekova na ljudima,	4. medicinska istraživanja na životinjama,
5. veštačko oplodjenje,	6. genetski inženjering i genetsku terapiju,
7. genetsko savetovanje,	8. humani genom i eugeniku (kloniranje),
9. transplantaciju ćelija, tkiva i organa,	10. postupke sa umrlim i sa delovima tela,
11. društvena primena forenzičke medicine	12. psihijatriju u medicinskoj i društvenoj
(delikatnost sudskomedicinskog veštačenja),	praksi, tj. zaštitu mentalnog zdravlja.

Tri su nerazrešene velike i večite medicinskoetičke i medicinskopravne dileme i danas:

1. pitanje eutanazije, 2. pitanje prekida trudnoće i 3. pitanje odavanja medicinske tajne.

EUTANAZIJA

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti dileme i problemi

"Bolja je poštena smrt nego sramotan život."

Srpska narodna izreka

Eutanazija etimološki potiče od dve grčke reči: *eu* – dobro sa prizvukom *lako* i *thanatos* – smrt. Eutanazija – lako i blago umiranje, bez samrtnih bolova. U slobodnom prevodu moglo bi se reći da je to "**ubistvo iz milosrđa**", odnosno *pomaganje u umiranju*.

Danas bi se eutanazija kao pojam mogla definisati kao **pravo neizlečivog bolesnika da uz pomoć lekara, odnosno medicine ostvari bezbolnu smrt**.

Tri su prihvatljive situacije u kojima se nastoji ostvariti eutanazija.

Prva situacija je kada neizlečivi bolesnik ne može više da podnese patnje i bolove pa izrazito želi da što pre umre, a sam je nesposoban zbog iscrpljenosti ili nepokretnosti da izvrši samoubistvo, te insistira da ubistvo iz milosrđa izvrši lekar.

Druga situacija eutanazije je vezana za neizlečivog bolesnika koji je u teškom stanju, bez svesti, nesposoban da samostalno rasuđuje, a članovi porodice i lekar procenjuju da njegovo dalje održavanje u životu nema nikakvog smisla, jer se svest i vitalne funkcije neće povratiti nikakvim medicinskim terapijskim preduzimanjima.

Treća situacija za eutanaziju ili bar raspravu o eutanaziji, vezana je za novorođenče sa teškim anomalijama kada se roditelji pojavljuju sa zahtevom da eutanaziju izvrši lekar.

Eutanazija nije vezana za našu civilizaciju kao dilema i problem već za sve minule poznate nam civilizacije. Filozofi i mislioci antičke Grčke, *Platon, Aristotel, Pitagora*, kao i starog Rima, *Seneka, Ciceron* pisali su o eutanaziji i bavili se rešavanjima iste.

Neki narodi i danas imaju običaj da obolelima i iznemoglima ubrzavaju umiranje, recimo Eskimi ostavljaju stare same u snegu, a lapot u našem narodu takođe je na neki način bio olakšavanje umiranja starima. Istorijski su poznate brojne situacije milosrdnog prekraćivanja života u ratnim sukobima upamćene i okvalifikovane kao junački podvizi ili visokohumani gestovi. Dominantan uticaj Crkve kroz srednji vek nametnuo je religijski stav da je patnja isкупljenje greha, te da ne treba prekraćivati patnju, odnosno život.

Eutanazija je najokrutniju formu imala u Nemačkoj od 1935. godine kada je Nemačka nacionalistička stranka odlučila da se eutanazija sprovede nad neizlečivim duševnim bolesnicima. *Rajhslajter Bouhler* i doktor *Karl Brandt* su četiri godine kasnije dobili zadatak da izvrše tu odluku kada su i počeli da izvođe "*eutanazijski program*". Formirali su organizaciju "*Državna radna zajednica – bolnica za duševne bolesti*" čiji je zadatak bio da pronalazi pacijente koji bi došli u obzir za eutanaziju, odnosno usmrćivanje. Smatra se da je "*eutanazijskim programom*" nacističke Nemačke usmrćeno oko 100.000 ljudi.

Dvadeset godina ranije nego što su nacisti doneli eutanazijski program jugoslovenski psihijatar, veliki lekar, profesor **Alfred Šerko**, objavio je u "*Slovenskom glasniku*" sledeći tekst:

"Etička norma koja nam zabranjuje da ubijamo i to u principu svako živo biće, nije prava fraza koja bi se mogla iz utilitarističkih razloga proizvoljno menjati...Ko je taj koji je dovoljno smeo da prisvoji kompetenciju da proceni koji je život nevredan življenja? Ko može da shvati samog sebe? Ja ne mogu i u dnu svoje duše, osećam da moj jedini cilj nije da stva-

ram ekonomske vrednosti i da se vrednost mog bića ne može izračunati po formuli zelenaša i špekulanata. Znam da u životinjskom carstvu ne trpe invalide i degenerike, ali znam i to da je čovek postao onda čovek kada je stresao ili bar pokušao da strese sa sebe životinju."

Sa aspekta aktuelne medicinske nauke posebno savremene medicinske etike govori se o aktivnoj, pasivnoj, socijalnoj i negativnoj eutanaziji.

1. **Aktivna (direktna) eutanazija** podrazumeva da se neizlečivom bolesniku ubrizga u venu neko sredstvo – otrov koje će brzo i bezbolno direktno izazvati smrt. Poželjna je visoka doza opioda. U svim zemljama sveta aktivna (direktna) eutanazija je **zabranjena**.

Zakonodavstvo Holandije je nažalost prvo u Evropi ozakonilo eutanaziju pod uslovima precizno regulisanim zakonom. Treba sačekati vreme i pojavu kriminalnih zloupotreba u okviru ozakonjene eutanazije u Holandiji.

Belgija je druga država Evrope koja je maja 2002. godine ozakonila eutanaziju.

2. **Pasivna (indirektna) eutanazija** podrazumeva ne primenjivanje adekvatnih metoda lečenja u teškom stanju bolesti, što za posledicu ima brži smrtni ishod. Pasivna ili indirektna eutanazija podrazumeva u suštini namerno propuštanje dužnosti, odnosno nečinjenje od strane lekara. Pasivna eutanazija kao izazivanje smrti u pozitivnom pravu se smatra propustom pružanja dužne lekarske pomoći, odnosno medicinske pomoći, čime je ubrzano usmrćivanje, što zakon sankcioniše kao činjenje iz nehata.

3. **Socijalna eutanazija** predstavlja oblik pasivne eutanazije i podrazumeva ostavljanje teškog bolesnika bez podrške intenzivnom bolničkom negom. Drugi vid je davanje neizlečivih bolesnika, na dalju negu i brigu rodbini u kućnim uslovima. Socijalna eutanazija dakle, dovodi iznemoglu, staru osobu ili neizlečivog bolesnika u situaciju uskraćenja intenzivne medicinske nege ili njenog svođenja na minimum što u kućnim, ambijentalnim porodičnim uslovima podrazumeva ubrzavanje letalnog (smrtnog) ishoda.

4. **Negativna eutanazija** kao pojam pojavljuje se u stručnoj medicinskoj literaturi i podrazumeva ostavljanje veće količine lekova pored postelje bolesnika. *Negativna eutanazija dakle, znači neku vrstu navođenja teškog i neizlečivog bolesnika na samoubistvo.*

Samoubistvo, samo kao akt nije krivično delo, mada ima zemalja u kojima je još uvek kažnjivo. Međutim, većina nacionalnih zakonodavstava navođenje na samoubistvo sankcioniše kao krivično delo, pa i naše zakonodavstvo. Samoubistvo uz pomoć lekara osuđuje se kao neetički akt, identično kao i eutanazija. Danas je aktuelnost ovog problema nametnula da se na međunarodnom nivou zauzmu određeni stavovi, odnosno da se osudi namera i voljna pomoć lekara da nekoj osobi okonča život.

Originalni tekst Izjave o samoubistvu uz pomoć lekara usvojen na 44. skupštini Svetskog medicinskog udruženja, održanoj septembra 1992. godine.

"Primeri samoubistva uz pomoć lekara privukli su nedavno pažnju javnosti. Ovi primeri uključuju, recimo korišćenje jedne mašine, napravljene od strane lekara koja upućuje osobu kako da je iskoristi. Osobi je na taj način pružena pomoć u izvršenju samoubistva. U drugim primerima lekar je obezbedio medikamente osobi, uz informaciju o dozi koja je letalna. Osoba je tako snabdevena sredstvom za izvršenje samoubistva. Nema sumnje da su ove osobe bile ozbiljno bolesne, možda čak i od neizlečivih bolesti i da su patile od bolova. Nesumnjivo je bilo da su te osobe kompetentno donele odluku o izvršenju samoubistva. Pacijenti koji razmišljaju o samoubistvu, inače, često ispoljavaju depresiju koja prati neizlečive bolesti.

Samoubistvo uz pomoć lekara, kao i eutanazija je neetičko i mora da bude osuđeno od strane medicinske profesije. Ako je pomoć lekara namerno i voljno usmerena na omogućavanje osobi da okonča svoj život, lekar postupa neetički. Međutim, pravo na odbijanje medicinske pomoći je osnovno pravo pacijenta i lekar ne postupa neetički čak i u slučaju kada poštovanje takve želje dovode do smrti pacijenta."

Medicinskoetički su problematični stavovi u ovoj izjavi: "Pravo na odbijanje medicinske pomoći osnovno je pravo pacijenta" i da "lekar ne postupa neetički, čak i ako poštovanje takve želje dovede do smrti pacijenta".

Krivični zakon Republike Srbije iz 2006. godine reguliše lišenje života iz samilosti članom 117 i navođenje na samoubistvo i pomaganje u samoubistvu članom 119.

Lišenje života iz samilosti

Član 117. Ko liši života punoletno lice iz samilosti zbog teškog zdravstvenog stanja u kojem se to lice nalazi, a na njegov ozbiljan i izričit zahtev, kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina.

Navođenje na samoubistvo i pomaganje u samoubistvu

Član 119.

(1) Ko navede drugog na samoubistvo ili mu pomogne u izvršenju samoubistva, pa ovo bude izvršeno ili pokušano, kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina...

(5) Ko surovo ili nečovečno postupa sa licem koje se prema njemu nalazi u odnosu kakve po-dređenosti ili zavisnosti, pa ono usled takvog postupanja izvrši ili pokuša samoubistvo koje se može pripisati nehatu učinioca, kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina.

Prva zemlja u svetu u kojoj je izglasan Zakon o "**ponosnoj smrti**" je Severna Australija. Lekar u taj zakon dozvoljava da svom pacijentu za koga proceni da je bez nade za izlečenje, a u tom momentu je očuvanog mentalnog zdravlja, ima pravo da propiše lek koji će mu u veli-koj propisanoj dozi doneti smrt. Ovaj akt je dozvoljen lekaru samo ako je na medicinskim ar-gumentima procenio da taj pacijent ne može živeti duže od 6 meseci (procenjena je egzaktnost naučne medicine ali i stručni i moralni kvalitet lekara). Uslov je da pacijent sam zatraži taj čin lekarske pomoći, bar tri puta, overeno u prisustvu dva svedoka. Lekar je dužan da sačeka najmanje dve nedelje nakon prvog bolesnikovog zahteva i najmanje dva dana nakon posled-njeg pismenog zahteva. Zakon o "**ponosnoj smrti**" ističe razliku između smrtonosnog leka na recept i eutanazije, te štiti lekara od krivičnog gonjenja, kao i od disciplinske odgovornosti pred profesionalnom lekarskom organizacijom.

Holandija je prva (1993), a Belgija druga (maj 2002. godine) zemlja Evrope koje su zako-nom legalizovale eutanaziju. Legalizaciju eutanazije svakako su ostvarili nemedicinski profili, pravnici, filozofi i uopšte nemedicinska populacija. Od 1993. godine u Holandiji je dopušteno lekarima da praktikuju "**dobrovoljnu aktivnu eutanaziju**" koja se definiše kao *nameran čin okončanja života od strane drugog, a po želji osobe koje se to tiče*.

Holandski zakon predviđa sticaj sledećih okolnosti:

1. **želja, odnosno molba pacijenta, mora biti dobrovoljna,**
2. **ta molba mora biti data u punoj svesnosti dakle pacijent treba jasno da razume svoje stanje bolesti i njenu prognozu sa aspekta medicinske nauke,**

3. **pacijent mora da ima i trajnu želju da umre,**
4. **bitan uslov je da za pacijenta patnja u njegovoj bolesti bude neprihvatljiva,**
5. **zahtev neće biti prihvaćen ako je rezultirao iz pacijentove privremene depresije.**

Eutanaziju prema Holandskom zakonu može da izvrši samo lekar koji je lečio tog bolesnika. Obavezno je da se lekar pre pristupanja udovoljenju molbi pacijenta i pre aktivnog vršenja eutanazije konsultuje sa kolegama i pacijent može da u tom smislu ima unapred datu izjavu nazvanu *pacijentov testament – living will*.

Podeljeni su stavovi prema prihvatanju ili neprihvatanju eutanazije danas.

Zagovornici eutanazije argumentaciju za eutanaziju nalaze u motivima koji su uvek milosrđe i samilost. Kada se isključe nestrpljivi naslednici kao motiv za eutanaziju, praktično uvek postoji pozitivna motivacija, odnosno želja da se skrate muke umirućem čoveku.

Većina zagovornika legalizacije eutanazije je saglasna da je aktivna eutanazija neprihvatljiva i da je identična ubistvu, pa i iz milosrdnih pobuda. Zato aktivnu eutanaziju krivična zakonodavstva većine država kvalifikuju kao ubistvo sa olakšavajućim okolnostima.

Pasivna eutanazija je bitan argument zagovornika i podržavaoca legalizacije eutanazije kroz sentence: *"čovek ima pravo na život ali i na smrt", "lekar treba da produžava život dokle god je to moguće, ali ne bi trebalo da produžava umiranje."* Pristalice pasivne eutanazije insistirajući na njenoj legalizaciji, nazivaju eutanaziju pomaganjem umiranju, argumentujući da lekar nema pravo da pacijentu, obolelom od teške bolesti kao što je karcinom, u terminalnoj fazi, beskrajno produžava život u tom ljudski nedostojnom stanju. Smatraju da takvog bolesnika treba pustiti da umre i prekine patnju ne samo svoju već i bližnjih koji ga neguju, vole i svakodnevno gledaju njegovo propadanje i zapažaju promene na njemu, te bolesnik kahetičan i iscrpljen fizički kvari uspomenu na sebe samog u sećanju svojih bližnjih.

Zagovornici legalizacije eutanazije ističu da savremena medicina i savremena tehnologija u medicini mogu praktično beskonačno da održavaju vitalne funkcije, što oduzima pravo bolesniku na dostojanstvenu smrt. Oni postavljaju problemska pitanja, da li treba dozvoliti, u suštini aparatu da odredi trenutak smrti. Tvrdе da je granica života od prirode data i definisana poslednjim dahom i poslednjim otkucajem srca, a aparati mogu da zastoje srčane akcije i funkciju disanja obnove i održe u beskonačnost. *Zagovornici legalizacije eutanazije takvo produžavanje života smatraju nehumanim i nečovečnim.*

Medicinska nauka i savremena medicinska etika imaju nedvosmislen stav da eutanaziju ne treba ozakoniti ni pod kojim izgovorom, dakle ni pasivnu eutanaziju. Ovaj stav savremene medicinske etike može se pravdati kroz veliki broj razloga a najbitniji su:

Prvi razlog protiv legalizacije eutanazije proističe iz pitanja ko je taj ko ima apsolutno pravo da odlučuje o životu i smrti. Na osnovu kojih objektivnih kriterijuma se može odlučiti o životu ili smrti, jer bi se time bezgranično mnogo moći stavilo u ruke stručnjaka, a da li su za to oni kompetentni. S druge strane, ako bi se legalizovala eutanazija, ozakonjenjem prekida ljudskog života po izričitoj želji teškog bolesnika, nije isključeno da bi se to moglo proširiti i na legalizaciju eutanazije drugih ljudi, recimo hendikepirane dece, mentalno zaostalih svih uzrasta i tako dalje, što bi vodilo u degradaciju društva.

Drugi razlog protiv legalizacije eutanazije sa medicinskog i medicinskoetičkog aspekta počiva na etičkom principu medicine kao struke i na osnovnom načelu, borbe za ljudski život

od samog začeća do njegovog prirodnog kraja. Život bezuslovno ima vrednost bez obzira na kvalitet života, te je dužnost lekara da se bori za život, a nikada ne pospešuje dolazak smrti. Citat iz knjige "Medicina i društvo" **akademika Jovana Ristića**, neuropsihijatra, najbolje potvrđuje ovaj razlog protivljenja medicine legalizaciji eutanazije.

"Jedna od najvećih prepreka za sprovođenje eutanazije je promena značenja lekareve ličnosti za bolesnika. Lekar bolesniku uvek i bez ikakvog izuzetka mora da znači nadu i spas, da znači zdravlje i život. Da, život! Zdravi ljudi nemaju uvek iste poglede i isto merilo kao bolesnici. Ne da nemaju uvek, nemaju nikad! Zato je vrlo opasno zdravima i uviđavnicima dati pravo da cene da li je neko stanje za bolesnika teško, beznadežno i neizdržljivo i da li bi ga trebalo prekinuti, ili ne... Kad bi se jednom slobodno uvelo potpomaganje umiranja neizlečivih i onih koji mnogo pate (!) da li bi se uvek pravilno razlikovalo subjektivno od objektivnog?... Ako svakog trenutka bolesnik mora da strepi od smrti, koju mu ne donosi bolest nego sažaljivi lekar, onda je s medicinom svršeno!"

Treći razlog protivljenja eutanaziji naučne medicine i savremene medicinske etike je mogući nenadani pronalazak leka za bolest koja je tog momenta po medicinskoj nauci neizlečiva. Istorija medicine poznaje takve situacije, jer je nekada tuberkuloza bila neizlečiva bolest, danas je to rak ili sida. Moguće je da se neočekivano pronade lek protiv raka ili side.

Četvrti razlog protiv eutanazije zasniva se na relativnosti medicinske istine uopšte, jer u brojnim stanjima odbrambene snage organizma mogu da pobede i neizlečivu bolest, takvi slučajevi su opisani iako su istina, retki. U prilog ovome ide i činjenica koju svaki lekar zna, da je postavljena dijagnoza uvek prihvatljiva sa dozom nesigurnosti, a posebno svaki lekar zna koliko je nepouzdana prognoza toka i ishoda bolesti.

Peti razlog protiv eutanazije naučne medicine i savremene medicinske etike proističe iz zahteva da se dozvoli svakom čoveku "pravo na smrt". Lekar danas ne mora svog, od teške i neizlečive bolesti, bolesnog pacijenta pustiti da živi u patnji i bolovima, jer raspolaže moćnim lekovima ne samo za suzbijanje već i za apsolutno eliminisanje svakog bola. Etično je da bolesnicima od karcinoma već na samom početku pojave bolova lekar uvede snažne analgetike, pa makar oni bili i opioidni kokteli.

Šesti razlog protiv eutanazije jeste u vrlo diskutabilnoj i sumnjivoj sposobnosti teškog bolesnika da potpuno svesno rasuđuje. Da rasuđivanje može da bude ozbiljno narušeno u teških bolesnika, argumentovano dokazuje savremena psihijatrija, jer se u stanju somatske bolesti narušava skladna psihička ukupnost - psihičko zdravlje, najčešće u pravcu depresivnog raspoloženja i samosažaljenja, što može generisati bolesnikovu želju za prestankom života koju on definiše zahtevom za eutanazijom od svog lekara.

Sedmi razlog protiv eutanazije je poimanje savremene medicine i njenih disciplina, te i savremene medicinske etike, da čovek ima strah od umiranja, odnosno da ne prihvata smrt kao neminovnost. Savremeni čovek je u strahu od umiranja sklon da izjavi da nije strašno umreti, već je strašno umirati, misleći na trpljenje bolova i patnju u bolesti, staračkoj iznemoglosti ili u nekoj drugoj zadešenoj životnoj situaciji. Načela savremene medicine su humana načela, te podrazumevaju da bi ubiti iz humanosti značilo ubiti humanizam, jer je humanizam uvek na strani života, nikada na strani smrti.

Osmi razlog protiv eutanazije je ljudska nada. Čovek, pacijent, njegovi bližnji i lekar imaju praiskonsko i neotuđivo pravo na nadu – veru u život, izlečenje i moć naučne medicine.

Pacijenta nikada ne treba tretirati kao beznadežan slučaj, bez obzira na to o kakvoj se bolesti ili stanju radi, što je medicinskoetička i deontološka obaveza svakog lekara.

Umesto zaključka

Kategoričan je i definitivian medicinskoetički stav da eutanaziju ni na zahtev pacijenta, niti njemu bliskih osoba, lekar ne može prihvatiti jer je eutanazija neetički čin za lekarSKU profesiju, time i nedozvoljiv. Neprikosnoveno je pravo pacijenta da odbije medicinsku pomoć, a etička obaveza lekara je da ne preduzima protiv pacijentove volje dalje lečenje ili pak procedure za održavanje života.

SAMOUBISTVO ADOLESCENTA

Jedan od velikih i raširenih problema današnjice je samoubistvo adolescenata. Kako rešavati ovaj problem i šta je razlog porastu samoubistava adolescenata u našoj civilizaciji? Odgovor nije jednostavan i nema ga. Samoubistva adolescenata su u našoj zemlji češća poslednjih godina. Ovo je samo konstatacija koja će možda inicirati istraživače da naučno istraže razloge i hipoteze pretvore u precizne odgovore.

Originalan tekst izjave o samoubistvu adolescenata usvojen na 43. skupštini Svet-skog medicinskog udruženja na Malti, novembra 1991. godine.

"Poslednjih nekoliko decenija svedoci smo dramatične promene uzroka smrti adolescenata. Pre 50 godina adolescenti su uglavnom umirali usled prirodnih uzroka, dok danas uglavnom umiru od uzroka koje je moguće prevenirati. Delom ova promena je usled sve veće stope samoubistava adolescenata širom sveta, kako u razvijenim, tako i u zemljama u razvoju. Samoubistva se verovatno manje iznose zbog kulturne i religiozne stigme povezane sa samodestrukcijom i neradog priznanja određenih samoizazvanih trauma i nesreća.

Samoubistvo adolescenata je tragedija koja pogađa ne samo pojedinca već i porodicu, vršnjake i širu zajednicu u kojoj je adolescent živeo. Samoubistvo se često doživljava kao lični propust roditelja, prijatelja i lekara koji okrivljuju sebe zato što nisu uočili znake upozorenja. I društvo, takođe, razmatra suicid kao dokaz da je propustilo da obezbedi vaspitnu, održavajuću i zdravu sredinu u kojoj deca mogu da rastu i da se razvijaju.

Faktori koji doprinose samoubistvima adolescenata su različiti: depresija, emocionalna izolacija, gubitak samopoštovanja, mentalne poremećaje, romantične fantazije, traženje uzbuđenja, zloupotrebu alkohola i droga, i dostupnost vatrenog oružja i drugih sredstava samodestrukcije. Najčešće je samoubistvo posledica više faktora koji deluju istovremeno. Nedostatak konzistentnog profila ličnosti otežava identifikaciju adolescenta sa rizikom za suicid.

Svi lekari treba da u toku svog medicinskog školovanja i stažiranja budu edukovani o adolescentnom biopsiho socijalnom razvoju.

Lekari treba da budu obučeni za identifikaciju ranih znakova i simptoma fizičkog, emocionalnog i socijalnog distresa adolescentnih pacijenata.

Lekari treba da budu obučeni za procenu rizika od suicida adolescentnih pacijenata.

Kada zbrinjava adolescente sa ozbiljnim povredama, lekar treba da proceni i mogućnost da su te povrede naneli sami pacijenti.

Razvijati epidemiološke studije o samoubistvu, faktorima rizika i metodima prevencije."

ABORTUS

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i dileme

Abortus ili veštački prekid trudnoće podrazumeva nameran prekid trudnoće kao neželjenog stanja, pre svega voljom trudnice. Medicinskoetičke dileme i problemi veštačkog prekida trudnoće stari su koliko i medicina.

Veštački prekid trudnoće – *abortus artificialis* predstavlja jednu od velikih dilema savremene medicine i sa medicinskoetičkog i sa medicinskopravnog aspekta.

Ovde se radi o problemskom pitanju i dilemi vezano za svetost ljudskog života. Kada zapravo počinje život? Rimska *katolička teologija* daje kategorične odgovore na ova pitanja: "*Sva nevina ljudska bića ne smeju se ubijati od početka života tj. od koncepcije, odnosno fertilizacije ovuma do prirodnog kraja života.*" Dakle, kratko i sve bi bilo rešeno samo kada bi bio jasan pojam nevinosti, šta je to nevino ljudsko biće, to je otvorilo probleme i zloupotrebe u istoriji do danas, pa i od strane same katoličke crkve.

Mišljenja da embrion i fetus ne spadaju u istu kategoriju kao i druga ljudska bića dovelo je do utilitarističkog stava da mogu biti ubijeni ako to donosi značajnu korist drugim ljudima, ne samo ako život trudnice zavisi od toga. Ovaj stav je uslovio kriterijum vijabilnosti – sposobnosti da plod živi po napuštanju materice. Kriterijum vijabilnosti je izazvao brojne nedoumice obzirom na različite stadijume embrionalnog razvoja jer se sa razvojem medicinskih tehnika i tehnologija ta starost pomera. Danas je moguće održati fetus neograničeno dugo živim.

Originalan tekst deklaracije o medicinskom abortusu,

usvojene 1970. godine i dopunjene 1983. godine u Veneciji

1. Prvi moralni princip lekara je poštovanje ljudskog života od njegovog samog početka.
2. Slučajevi u kojima su životni interesi majke u sukobu sa životnim interesima njenog nerođenog deteta dovode do dileme i pitanja da li trudnoća treba da bude namerno prekinuta.
3. Različiti odgovori na ovo pitanje rezultat su razlika u stavovima prema životu nerođenog deteta, ovo je stvar ličnih ubeđenja i savesti koje se moraju poštovati.
4. Uloga medicinske profesije nije da donosi stavove i pravila u bilo kojoj državi ili zajednici po ovom pitanju, ali je naša dužnost da se trudimo da obezbedimo zaštitu naših pacijenata.
5. Prema tome, ukoliko Zakon dozvoljava medicinski abortus, njega treba da izvrši kompetentan lekar u skladu sa odobrenjem odgovarajućeg autoriteta.
6. Bez obzira na to što je ova izjava odobrena od strane Generalne skupštine Svetskog medicinskog udruženja, ona nije obavezna ni za jednog člana Udruženja, ako je njegovo nacionalno udruženje nije prihvatilo.

Istorijski posmatrano, stavovi prema veštačkom prekidu trudnoće su bili promenljivi.

– Pobačaj se dopuštao u **antičkoj Grčkoj** dok plod ne oživi, za muški plod 40 dana, a za ženski oko 60 (*Aristotel*).

– **Rimsko carstvo** je imalo zakonom propisanu smrtnu kaznu za vršioca abortusa u slučaju da žena tom prilikom umre.

- **Kanonsko pravo** je u pogledu veštačkog prekida trudnoće bilo najoštrije, smatralo se da je pobačaj ubistvo, te se predviđala smrtna kazna i za trudnicu i saučesnike u pobačaju.
- **Period renesanse** je period početka liberalizovanog stava prema pobačaju i pobačaj se dozvoljava ukoliko je život trudnice ugrožen.
- **Brojne religije** smatraju da je pobačaj ubistvo pod izgovorom: "*Bog je stvoritelj života i jedino on ima pravo da ga uzme*", tako da se i danas u brojnim zemljama ne samo osuđuje veštački prekid trudnoće već i kontracepcija. To su uglavnom hrišćanska religijska učenja, dok recimo, **Shinto religija Japana** smatra da život počinje tek rođenjem i u toj zemlji nema medicinskoetičkih, a niti medicinskopravnih dilema u pogledu prekida trudnoće ili kontracepcije, i jedna i druga su dozvoljene.
- Brojne zemlje danas u skladu sa Deklaracijom o medicinskom abortusu, Svetskog medicinskog udruženja, dopuštaju abortus kao prevenciju kriminalnih pobačaja da bi se žena zaštitila od mogućih teških oštećenja svog tela i zdravlja i ugrožavanja sopstvenog života.

Stav prema **veštačkom prekidu trudnoće – abortusu** u našoj zemlji je jasan i lekar nema etičkih dilema jer i novi Ustav reguliše da svaka žena ima neotuđivo pravo da samostalno odlučuje o redosledu i broju rađanja svoje dece. Usklađeno sa tim principom uvažava se stav da se *fetus*, pošto ne može opstati izvan majčine utrobe ***prvih meseci trudnoće, smatra delom ženinog tela i ona ima isključivo pravo da odluči o njegovoj sudbini.***

Zakon u našoj zemlji veoma liberalnije uređuje problem veštačkog prekida trudnoće, uključujući i odredbe o kontracepciji, sterilizaciji i veštačkom oplodjenju. Prema tom zakonu, propisane su indikacije veštačkog prekida za trudnoće starije od 10 nedelja, i to su: ***etičke, eugeničke i medicinske***, znači ne **postoje više socijalne indikacije kao ranije**. Dakle, do 10. nedelje trudnoće je abortus prepušten slobodnoj volji žene pod uslovom da nije maloletna i da je mentalno sposobna da o tome odluči.

Naš zakon uvažava sledeće indikacije za medicinski prekid trudnoće:

1. **Medicinske indikacije** podrazumevaju postojanje u žene oboljenja zbog kojih bi trudnoća i porođaj mogli ozbiljno ugroziti njeno zdravlje i život, recimo srčane mane itd.
2. **Etičke indikacije** podrazumevaju situacije kada je trudnoća nastala nekim pravno kriminalnim činom, recimo silovanjem, obljubom nad nemoćnom osobom, nad maloletnom osobom, obljubom zloupotrebom položaja od strane muškarca i incestom (rodoskrvnućem).
3. **Eugeničke indikacije** podrazumevaju biološko genetske faktore koji oštećuju fetus zbog postojanja bolesti majke u prva tri meseca trudnoće, dakle u organogenezi ploda. Ovakvo dijagnostikovanje bolesti majke u prva tri meseca trudnoće pretpostavlja da će se dete roditi sa nekim teškim telesnim nedostatkom ili duševnim oštećenjem, recimo zbog rubeole, malih boginja, u primene teratogenih lekova, i neuroleptika, pa i usled RH inkompatibilija.

Socijalnih indikacija po Zakonu u našoj zemlji više nema, a podrazumevale su loš materijalni status, veliki broj dece, veliku razliku između dece, vanbračnu decu itd.

Abortus nikada nije bezazlena intervencija u medicini, već naprotiv, znači moguće i komplikacije sa nekada i tragičnim (letalnim) ishodom po majku. Primera radi, pre nešto više od decenije stručna medicinska literatura beleži podatak da je u Rumuniji frekventnost letalnih ishoda žena pri abortusu 150 na 100.000 izvedenih prekida trudnoće u zdravstvenim institucijama.

MEDICINSKA TAJNA

Medicinska tajna podrazumeva ona saznanja o pacijentu, koja se ne mogu saopštiti drugim licima, jer će time biti povređena ličnost bolesnika ili interesi zajednice.

Istorijski gledano, najstariji medicinski zapisi su zabranjivali odavanje tajne "*poverene uhu, zatečene očima ili naslućene umom*". Specifični značaj medicinske tajne je u tome što na njoj počiva poverenje bolesnika u lekara. Još Hipokrat je u zakletvi isticao: "*Poštovaću tajne onoga ko mi se poveri*." Obaveza čuvanja medicinske tajne odnosi se ne samo na lekara nego na sve zdravstvene radnike.

Dugo u istoriji čuvanje medicinske tajne bila je samo etička obaveza. Tek 1810. godine prvi put Krivični zakon Francuske predviđa kaznu za lice koje oda medicinsku tajnu, definišući to kao krivično delo protiv ličnosti. Ovu odredbu u krivično zakonodavstvo su kasnije unele skoro sve zemlje, pa i naša (Velika Britanija nije). Čuvanje medicinske tajne u Velikoj Britaniji je i danas samo moralna obaveza.

Medicinska tajna podrazumeva sve ono što lekar i medicinski radnik, kao i medicinski saradnik saznaju o pacijentu tokom obavljanja profesije. Dakle, medicinska tajna su svi podaci o pacijentu koji se odnose na dijagnozu, na lečenje, na nesposobnost bolesnika i drugo, a čije bi saopštavanje nekom trećem licu, moglo da nanese direktnu ili indirektnu štetu samom pacijentu. Medicinska tajna je službena tajna i profesionalna tajna istovremeno.

Medicinsku tajnu treba razlikovati od termina *privatna tajna* i *službena tajna*, jer:

- *Privatna tajna* je tajna u privatnom životu, recimo između prijatelja ili supružnika.
- *Službena tajna* je vezana za rad, odnosno radni odnos i obavezuje svako zaposleno lice, da ne oda podatke iz svoje organizacije, a pogotovo one koje sama radna organizacija proglasi službenom tajnom.

LEKARSKA TAJNA

Lekarska tajna je profesionalna tajna. Vezana je za vršenje lekarske struke. Istovremeno je lekarska tajna i službena tajna. Sam lekar je dužan da proceni koji podaci dobijeni od bolesnika predstavljaju lekarsku tajnu. Uvek posebnu tajnu predstavljaju podaci dobijeni od bolesnika koji se odnose na njegovu intimnost. Nedopustivo je da lekar izvan medicinske ustanove prepričava ono što je čuo od bolesnika.

PROFESIONALNA TAJNA

Profesionalna tajna u medicinskoj, odnosno zdravstvenoj struci, precizno je definisana i regulisana zakonskim normama. Život nas uči da često i svakodnevno susrećemo primere kršenja čuvanja profesionalne tajne. Profesionalna tajna se često odaje možda zbog nepreciznog znanja o tome šta zapravo profesionalna tajna podrazumeva.

Lekar i zdravstveni radnik treba da znaju šta je sve profesionalna tajna:

1. *Profesionalna tajna je ime i prezime bolesnika koji se leči u klinici ili dispanzeru.*
2. *Profesionalna tajna je i to od čega neki lečeni pacijent boluje i obavezuje lekara, ali i svakog zdravstvenog radnika i zdravstvenog saradnika. Bolesnik ne treba da zna od čega boluje drugi bolesnik koji se leči u istoj sobi, ne sme to da sazna od lekara, zdravstvenog radnika ili zdravstvenog saradnika.*
3. *Nije dopušteno odavanje profesionalne tajne od strane lekara, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, licima van medicinske institucije ni pod kojim uslovima. Nedopušteno je davanje bilo kakvih obaveštenja o bolesnicima jer podrazumeva kršenje profesionalne tajne i ogrešenje o zakonske propise. Zakon posebno sankcioniše, a etički je nemoralno odavanje profesionalne tajne da bi se ostvarila neka korist, a posebno ako je korist materijalna.*
4. *Lekar i zdravstveni radnik nije dužan da čuva kao tajnu podatke koje je saznao izvan vršenja profesije, odnosno izvan zdravstvene ustanove, ako ih je saznao od nemedicinskih lica, odnosno privatno od trećih lica. Preporučavanje takvih podataka nije etično i treba se uzdržati od toga. Iznošenje intimnosti o nekoj osobi nije etično i ne smatra se moralnom osobinom bilo kog čoveka, a lekara i zdravstvenog radnika posebno.*
5. *Naročito je nedopustivo da lekar ili zdravstveni radnik u svojim stručnim publikacijama piše o bolesniku na način prepoznatljiv njegovoj rodbini ili prijateljima, jer je i to odavanje profesionalne tajne.*

PODELJENA TAJNA

Podeljena tajna je proistekla iz ekipnog rada u zdravstvu i obavezuje sve članove ekipe.

Lekarska tajna je prvobitno podrazumevala tajnu između bolesnika i određenog lekara ili zdravstvenog radnika, nije se smela saopštiti ni drugom lekaru ili kolegi bez saglasnosti bolesnika. Nedavno je savremena medicina nametnula potrebu konzilijarnih obrada bolesnika, ali i potrebu brojnih interspecijalističkih i supspecijalističkih konsultacija, te je zbog toga i uveden pojam **podeljene tajne**. Jednostavno rečeno, kada lekar upućuje radi konsultativnog pregleda bolesnika drugom specijalisti, ili drugom lekaru, odaje samim uputom tajnu o bolesniku, pa lekarsku tajnu deli sa više lekara tako da svi preuzimaju obavezu njenog čuvanja. Pojam podeljene tajne podrazumeva opravdano saopštavanje potrebnih podataka drugom lekaru ili zdravstvenim radnicima sa načelom čuvanja individualne poverljivosti tajne odnosa lekar – drugi lekar i drugi zdravstveni radnik, kao i odnosa lekar pojedinac i bolesnik.

Lekarska tajna postala je dostupna javnosti kroz birokratizaciju medicine, jer na lekarskim dokumentima kao što su doznake (pravdanje odsustva sa posla) stoji dijagnoza, pa bolesnik i druga lica, mogu je pročitati. Korišćenje šifriranih dijagnoza je potreba lekara da od pacijenta i laika sačuvaju tajnost dijagnoze, jer umesto da se napiše, recimo karcinom dojke, piše se šifra iz Međunarodne klasifikacije bolesti.

Profesionalnu tajnu su obavezani da čuvaju službenici u filijali Socijalnog osiguranja jer i oni dolaze preko medicinske dokumentacije do podataka o bolesniku i njegovoj bolesti.

Uslužna dijagnoza (netačna dijagnoza) je nastala kao potreba medicine u praksi i pravo je lekara da upotrebom uslužne dijagnoze sakrije od samog pacijenta i/ili drugih lica istinitu dijagnozu. Uslužna dijagnoza podrazumeva obavezu da se u istoriji bolesti piše prava dijagnoza. Obaveza lekara je da u istoriji bolesti ili drugom zdravstvenom dokumentu zdravstvene ustanove navede da je na otpusnoj listi ili drugom dokumentu napisana uslužna dijagnoza koja je po pravilu slična pravoj.

USLOVI POD KOJIMA SE ODAJE MEDICINSKA I LEKARSKA TAJNA

Medicinska, lekarska, profesionalna, službena i podeljena tajna može se odati pismeno, usmeno i fotokopijom dokumentacije.

Odavanje medicinske tajne bez krivične i moralne odgovornosti dozvoljeno je pod posebnim okolnostima:

Medicinska tajna se odaje ukoliko se pacijent pregleda po nalogu nekog trećeg lica, na primer suda, osiguravajućeg zavoda, a da je pacijent pristao na takav pregled. Lekar u tom slučaju nije obavezan da čuva medicinsku tajnu jer svoj nalaz i dijagnozu može saopštiti naručiocu pregleda.

Medicinska tajna – lekarska tajna može se bez krivične i moralne odgovornosti odati u četiri sledeća slučaja:

1. **Kada bolesnik** lekara ili zdravstvenog radnika oslobodi obaveze čuvanja tajne.
2. **Po nalogu suda**, jer je u ovom slučaju sud viša instanca. Obično se radi o zatvorenom tipu suđenja kada se odaje lekarska, odnosno medicinska tajna, a članovi veća su obavezani čuvanjem službene tajne jer je lekar dužan da se odazove pozivu suda. Postoje i stavovi da i u takvim situacijama lekar nije obavezan da kaže sve što zna o pacijentu i da je to njegovo pravo. Lekar na medicinskoontološkim, medicinskoetičkim i medicinskopravnim principima odlučuje šta će prećutati od onoga što je od pacijenta saznao a da istovremeno, prećutkivanje podataka ne ugrožava društvene interese ili interese nekog drugog lica.
3. **Lekar je oslobođen čuvanja tajne**, kao i drugi zdravstveni radnik, u slučaju kada je interes zdravlja drugog lica ili grupe ljudi važniji od interesa čuvanja tajne, kada je recimo u pitanju zarazna ili venerična bolest.
4. **U situacijama svedočenja i veštačenja pred sudom** lekar je oslobođen čuvanja tajne, kao i u slučajevima prijavljivanja pripremanja krivičnog dela koje je saznao od pacijenta, ili izvršenog krivičnog dela. Posebno ako bi čuvanje tog podatka kao lekarske ili profesionalne tajne dovelo do daljih težih posledica po druga lica ili zajednicu.

Neovlašćeno odavanje medicinske tajne, lekarske ili profesionalne tajne je kažnjivo.

TRADICIONALNA MEDICINA

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i problemi

"Nikada nije bilo da nekako nije bilo."
Izreka u Srpskoj krajini

Metodi i postupci lečenja i tretmana koji ne pripadaju naučnoj medicini, odnosno zvaničnoj medicini i ne uče se na fakultetima i medicinskim školama, svrstavaju se pod pojam tradicionalne medicine.

Vreme u kome živimo obiluje primenom nenaučnih medicinskih tehnika tretmana i lečenja. Postavlja se pitanje zašto je to toliko izazovno za bolesnike i zašto je ljudima u toj meri potrebno da se u stanjima narušenog zdravlja obraćaju misticima i nadrilekarima. Činjenica je da se savremeni čovek, teško oboleo ili traumatizovan, obraća samoproглаšenim isceliteljima, vidovnjacima ili se podvrgava metodima tradicionalne medicine kao što je akupunktura, čak se "podvrgava" operacijama unutrašnjih organa bez hirurškog noža odričući se lako i svima dostupnih usluga naučne medicine. Teško je razumljiva sadašnja popularnost tradicionalne medicine *zlonamerno* (svakako netačno) nazvana *alternativna medicina*.

Ovo je naročito izraženo u supkulturnom miljeu našeg naroda. Razlozi nisu jednostavni, kao ni objašnjenje. Tema se može elaborirati i mogu se naći ne samo razlozi nego i objektivne potrebe čoveka u savremenoj civilizaciji da nadredi nauci i naučnoj medicini tradicionalnost i mistično poimanje sebe, mistično poimanje smrti, svoje bolesti i svojih tegoba.

Razloge ekspanzije verovanja u tradicionalnu (alternativnu medicinu) danas u našem prostoru možemo naći u sledećem.

a) **Praznoverje, magijsko mišljenje, kolektivno nesvesno i arhetipsko nasleđe** su sigurno bitni, ako ne i primarni razlozi zbog kojih se čovek današnjice oslanja na tradicionalne metode i principe terapije i tretmana u bolesti. Praznoverje je privilegija i savremenog čoveka. Suočen sa neizvesnošću u bolesti neretko se i intelektualci vraćaju praznoverju zasnovanom na metafizičkim objašnjenjima. Praznoverje proističe iz kolektivno nesvesnog, vuče korene iz animističko-magijskog perioda načina poimanja sveta, okruženja i ukupnog kosmosa. Praznoverje se javlja uglavnom u svim kriznim situacijama u koje zapada individua u savremenom načinu življenja kao neurotična stigma, regresivni fenomen, pokušaj jednostavnijeg razrešenja intrapsihičke konfliktnosti i izbegavanje ulaganja u razrešenje tj. povlačenje iz problema.

Čovek je još u prvobitnoj ljudskoj zajednici u pokušaju objašnjenja bolesti i bolesnog stanja, smrti i smrtnog ishoda, važnost i ulogu u svemu tome pripisivao duhovima. Svakako da praznoverje savremenog čoveka ima arhetipske korene. Jung je razmatrao taj problem i ustanovio pojam kolektivno nesvesnog, arhetipskog, genskog nasleđa preko stotina ili hiljada generacija svojih predaka. Naučna medicina, kao i nauka uopšte, napustila je magijsko i animističko metafizičko objašnjenje brojnih pojava, pa i bolesti.

b) **Tradicionalna medicina i njeni psihoterapeutske efekti u stanjima psihosomatskih oboljenja.** Tradicionalna ili alternativna medicina svoju ekspanzivnost i popularnost ostvaruje zahvaljujući pojavi psihosomatskih tegoba kod velikog broja ljudi. Psihosomatska doživljavanja kauzalno proističu iz načina savremenog življenja, a često su kao pojava superpozicija na postojeće somatsko oštećenje izazvano objektivnom bolešću tkiva ili organa.

Bolesnici u brojnim slučajevima imaju funkcionalne poremećaje i tegobe i mesecima ili godinama javljaju se lekarima, podvrgavaju komplikovanim, skupim i neretko rizičnim dijagnostičkim procedurama i stalno dobijaju odgovor od zvanične naučne medicine da nisu bolesni, *da im nije ništa*, te se nezadovoljni, jer i dalje imaju tegobe, obraćaju čudotvorcima i isceliteljima. Protagonisti alternativne, odnosno tradicionalne medicine kod takvih bolesnika postižu fascinantno "izlečenje" primenom svojih metoda tretmana. Radi se zapravo o ostvarenju placebo efekta i efekta površinske psihoterapije. Pacijent u ovoj situaciji, dolazeći kod iscelitelja, čudotvorca ili poznavaoca tradicionalnih metoda lečenja, unapred ima poverenje i visoki stepen očekivanja definitivnog oslobođenja od višegodišnjih svojih tegoba ili bolova, tako da sve što na njemu bude primenjeno delotvorno deluje kao placebo efekat. *Placebo efekat* je dobro poznat naučnoj medicini i neretko se primenjuje, posebno u psihijatriji. Učinak alternativnih terapeuta, kao i placebo u rukama obrazovanog lekara, počiva na nadi pacijenta da će ozdraviti jer je nada univerzalna potreba svih ljudi. Dakle, nestanak psihosomatskih tegoba je posledica ne tretmana ili terapeuta, već nade i verovanja pacijenta u delotvornost datog sredstva ili terapeutovog činjenja, kao što je recimo "bioenergetsko činjenje". Čovek današnjice, znači i onaj bolestan, očekuje mnogo od terapeuta, očekuje toplinu, kontakt, empatiju i posebnu zabrinutost za njega i njegove tegobe. Sugestibilnost pacijenta ili spremnost da postupi po sugestiji terapeuta je bitan faktor u izlečenju, jer pacijent očekuje da ga terapeut prihvati toplo i lično.

Tradicionalni – alternativni iscelitelji ili terapeuti uz dobru reklamu o svojim čudotvorstvima uz opisani pristup pacijentu postižu izuzetno dobar odnos terapeut – pacijent, što je površinski psihoterapijski gledano dovoljan preduslov za uspeh u lečenju. Činjenice su ipak sledeće. Tradicionalni ili alternativni čudotvorci ili iscelitelji nemaju ni minimum biološkog ili medicinskog naučnog znanja, što je rizično za pacijente ukoliko stvarno boluju od teških bolesti. Etike u tradicionalnoj medicini nema, jer se njeni protagonisti rukovode tržišnim interesima.

c) ***Treći bitan razlog današnje ekspanzije tradicionalne medicine počiva u realnim vrednostima naučne medicine.*** Zvanična naučna medicina nosi u svojoj praktičnoj primeni i greške, priznaje nemoć, a neretko netaktično ponašanje lekara i drugih zdravstvenih radnika. Naučna medicina u nekim stanjima bolesti, kao što su karcinom, SIDA ili leukemija, nema rešenja i to priznaje ne samo krugovima stručne i naučne medicinske javnosti nego i laičkoj tako da su ta područja prepuštena prodavcima lažne nade, jer nada je večna ljudska potreba. *Prodavci lažne nade* i hvalisavci mističnošću svoje isceliteljske veštine imaju u ovoj situaciji dopušten prostor slobodnog delovanja i ostvaruju svoje ekonomske ciljeve kao jedino lično opredeljenje.

d) ***Razvojni domet naučne medicine u praksi je bitan razlog ekspanzije tradicionalne medicine.*** Paradoksalno je, ali istinito, da je ogroman kvantum znanja iz brojnih oblasti naučne medicine nametnuo potrebu da se lekari usmeravaju na uske supspecijalističke oblasti u profesionalnom bavljenju, tako da je na neki način dezintegrisana i partikulisana ukupnost organizma, a i ličnosti samog pacijenta. Čitave službe i institucije bave se, recimo, samo srcem plućima, krvnim sudovima, jetrom, a u psihijatriji postoje timovi specijalizovani za segmentne oblike psihoterapeutskog lečenja. Ovim je čovek alijeniran od lekara kao čoveka, jer je neretko samo *infarktaš, dijabetičar, čiraš* itd. Naučna medicina i lekari u praksi, moraju se vratiti pacijentu uvažavajući čoveka kao ličnost, a ne samo njegovu bolest dijagnostikovanu zastrašujuće uznapredovanom tehnikom. Platon je rekao: *"Najveća je greška što ima lekara koji leče telo i lekara koji leče dušu jer se telo i duša ne mogu razdvojiti, oni su jedno"*. Današnja me-

dicina je lekara neoprezno usmerila ne samo da razdvoji dušu od tela već i da atomizira ljudsko telo na organe i tkiva i da se lekar bavi samo nekim od njih. Čudotvorci i iscelitelji oslobođeni na tradicionalnu medicinu i veštinu lečenja travama, eliksirima i bajanjem imaju izuzetno pogodno tlo za uspeh, posebno u današnjim uslovima nekontrolisanog medijskog reklamiranja.

Razmatranje drugih razloga nije neophodno za razumevanje ekspanzije tradicionalnih ili alternativnih metoda lečenja i tretmana.

TRADICIONALNA MEDICINA SA ASPEKTA MEDICINSKODEONTOLOŠKIH OGREŠENJA

Štetnost delovanja iscelitelja tradicionalnim (alternativnim) metodima lečenja je velika i/ili rizična po pacijente iz nekoliko razloga.

1. Međunarodni kodeksi medicinske etike insistiraju na tome da lekar mora biti ne samo dobro pripremljen za praktičan rad nego trajno obavezan da dopunjuje i usavršava svoje znanje, a svoju profesiju obavlja na usvojenom kvalitetu i količini znanja naučne medicine. Ovo sigurno nedostaje i ne obavezuje magične iscelitelje i čudotvorce našeg vremena.

2. *Primum non nocere* – najvažnije je ne naškoditi bolesniku, datira od Hipokratovog vremena kao sveto pravilo medicinske etike i medicine uopšte. Iscelitelji i čudotvorci, protagonisti tradicionalne medicine, ne podržavaju ovo pravilo svojim činjenjem, jer pre svega nemaju dovoljno znanja da bi mogli adekvatno proceniti da li će njihov tretman izazvati posledice po pacijenta. Iscelitelji i čudotvorci ne raspolažu znanjem, instrumentima i veštinom postavljanja dijagnoze. Uverenost iscelitelja u milenijumsko trajanje i proveru tradicionalnih metoda lečenja ne eliminiše štetnost po bolesnika koji i od njih zatraži pomoć, jer bolest makar i bila ista u dijagnozi, ne izaziva iste probleme i iste patnje kod svakog pojedinca koji od nje boluje. *Bolesnik je uvek posebnost sa svojom bolešću i nikada identičan drugom.*

3. Hipokratova zakletva kao prvi pisani dokument sadrži zahtev: *"Prema učiteljima sačuvaću dužno poštovanje i učiću svakog onog ko želi da se bavi ovim poslom, čak i besplatno"*. To je pravilo koje važi u lekarskoj profesiji do danas. Protagonisti tradicionalne ili alternativne medicine ne drže se ovog pravila, već mistične sastave eliksira i poreklo trava ljubomorno čuvaju samo za sebe, ne prenose i ne otkrivaju drugima, prvenstveno iz ekonomskih razloga. Eventualno, veštinu ostavljaju u nasleđe svojim potomcima.

4. Pravilo iz Hipokratove zakletve od pre dva i po milenijuma zadržano je i danas u naučnoj medicini, a glasi: *"Neću vaditi kamence, nego ću to prepustiti onima koji to bolje znaju od mene"*. Iscelitelj i mistifikator metoda tradicionalne ili alternativne medicine nikada ne poštuje ovo pravilo, samoreklamirajući se da je najmoćniji, da jedino on može sve da izleči, da niko nije bolji od njega. Iz toga proističu mnoge opasnosti.

5. Čovečanstvo našeg vremena nije samo zainteresovano za napredak naučne medicine, već i za regulisanje načina naučnog istraživanja u medicini. Alternativna ili tradicionalna medicina nema ni slične kriterijume, a ni obavezu statističkog praćenja uspešnosti primenjenih procedura na ljudima, te nije moguće doći do podataka o uspešnosti i neuspešnosti primenjenih tretmana. Protagonisti tradicionalne ili alternativne medicine su nedodirljivi individualci,

ljudi koji javnost informišu mistifikujući svoje sposobnosti, a nikako i nikada ne govore pojedinosti o primenjivanim tretmanima i još manje i nikada ne prikazuju javnosti ili svojim kolegama uspešnost, ili pak neuspešnost u svom radu.

6. Medicinskoetička obaveza je edukativan rad u okviru vršenja lekarske profesije. Oduvek je lekar bio obavezan da se edukuje. Ovu obavezu ne preuzimaju iscelitelji i mistični čudotvorci kao poznavaoци metoda tradicionalne medicine.

Konačno, *uprkos svemu rečenom, harmoničnu vezu između naučne i tradicionalne medicine moguće je uspostaviti, čak je i neophodno, jer sa čovekom, a posebno onim bolesnim, treba postupati jedinstveno i usaglašeno.*

– *Naučna medicina ima bogatu riznicu naučnih otkrića, a tradicionalna medicina iskustvo u tradiciji. Prva ima neraskidive veze sa bazičnim naukama, a druga sa prirodom.*

– *Naučna medicina ima obavezu da se usaglašava sa društvenim vrednostima i zajednicom, dakle njenom politikom, između ostalog i ideologijom. Tradicionalna medicina ne poštuje tu obavezu a njena učenja su metafizička, spekulativna i filozofska.*

– *Naučna medicina pomaže bolesniku postavljanjem dijagnoze njegove bolesti, a tradicionalna medicina insistira na poboljšanju bolesnikovog stanja i ostvaruje se pokretanjem mehanizama unutar samog pacijenta, dakle njegove mentalne energije, verovanja i stavova.*

Zakonska uredenost tradicionalne medicine u Srbiji

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije (02.12.2005. godine) u XII poglavlju "Tradicionalna medicina" članom 235, 236 i 237 reguliše:

Član 235. *"Tradicionalna medicina, u smislu ovog Zakona, obuhvata one proverene stručno neosporene tradicionalne, komplementarne i alternativne metode i postupke dijagnostike, lečenja i rehabilitacije (u daljem tekstu: tradicionalna medicina), koji blagotvorno utiču ili koji bi mogli blagotvorno uticati na čovekovo zdravlje, ili njegovo zdravstveno stanje i koji u skladu sa važećom medicinskom doktrinom nisu obuhvaćeni zdravstvenim uslugama.*

Metode i postupci tradicionalne medicine iz stava 1 ovog člana u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi mogu se uvoditi samo uz saglasnost Ministarstva."

Član 236. *"Dozvoljeno su samo one metode i postupci tradicionalne medicine koji:*

1) ne štete zdravlju; 2) korisnika – pacijenta ne odvrćaju od upotrebe za njega korisnih zdravstvenih usluga; 3) se izvođe u skladu sa priznatim standardima tradicionalne medicine.

Metode i postupke tradicionalne medicine mogu obavljati zdravstveni radnici koji imaju dozvolu za obavljanje metoda i postupaka tradicionalne medicine koju izdaje Ministarstvo.

Bliže uslove, način i postupak obavljanja metoda i postupaka tradicionalne medicine u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi uređuje ministar. Ministarstvo vrši nadzor nad obavljanjem metoda i postupaka tradicionalne medicine u zdravstvenim ustanovama, odnosno privatnoj praksi, u skladu sa ovim Zakonom. Na zdravstvene radnike koji obavljaju metode i postupke tradicionalne medicine primenjuju se odredbe ovog Zakona o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju licence, kao i odredbe Zakona kojim se uređuju komore zdravstvenih radnika."

Član 237. *"Za svoj rad zdravstveni radnici koji obavljaju metode i postupke tradicionalne medicine preuzimaju stručnu, etičku, kaznenu i materijalnu odgovornost."*

EKSPERIMENT U MEDICINI

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i problemi

Medicinski eksperiment na čoveku verovatno je star koliko i sama istorija medicine. *Medicinski istorijski dokumenti iz ranijih civilizacija, beleže da su za eksperimente na čoveku uzimani robovi i zarobljenici.* Najdrastičniji primer u ljudskoj civilizaciji je eksperimentisanje na živim ljudima u XX veku u okviru nacističkog naučnog medicinskog eksperimentisanja na najsuroviji način izvođenog u koncentracionim fašističkim logorima.

Eksperiment u medicini podrazumeva bilo koju intervenciju na fizičko-somatskom ili mentalnom planu na čoveku, koja po obimu i prirodi prevazilazi uobičajenu prihvaćenu medicinsku praksu u datom vremenu. **Uobičajenost ili stepen rizika određuju da li će neki medicinski poduhvat na čoveku biti shvaćen kao standardan tretman ili kao eksperiment.**

Medicinske eksperimente na čoveku *francuski naučnik Barik* deli na:

1. **terapijske eksperimente** (*klinički eksperiment*) – upotreba novih medicinskih procedura ili novih medikamenata sa isključivom svrhom da se bolesnik izleči od date bolesti;

2. **biološke eksperimente** (*neterapijske eksperimente*) – cilj im je proširivanje fundamentalnih znanja iz medicine, ili otkrivanje zakonitosti funkcionisanja ljudskih tkiva, organa i organizma u celini. Stavovi o biološkom, odnosno neterapijskom eksperimentu na ljudima podeljeni su i dan danas. Jedni su za apsolutnu zabranu, a drugi su značajno, liberalniji. Ovo pitanje regulišu i Svetska zdravstvena organizacija i Svetsko medicinsko udruženje posebno Helsinškom deklaracijom, a i drugim dokumentima.

Strogo medicinskoetički gledano, eksperiment na čoveku koji se izvodi samo iz naučničke ili stručne radoznalosti, nije nedozvoljen.

Jasno je da se nikakav napredak u medicini ne može ostvariti bez eksperimentalne provere na samom čoveku. Medicina beleži čuvene pronalazače koji su svoja epohalna otkrića prvi put primenili na sebi, recimo Džener – vakcinu protiv velikih boginja.

Pomirenje strogog medicinskoetičkog stava o zabrani eksperimenta pod bilo kojim uslovima na čoveku i rezonskog naučnog stava o neminovnosti biološkog eksperimenta kao osnove napretka medicinske nauke ostvareno je u *Helsinškoj deklaraciji iz 1964. godine*. Prema Helsinškoj deklaraciji biološki eksperiment je dozvoljen samo na dobrovoljcima ako se njime proširuju medicinska znanja i ostvaruje neposredna korist za bolesnog čoveka.

Helsinška deklaracija reguliše etička načela u vezi sa terapijskim eksperimentom na čoveku i ona su znatno blaža. **Zabranjuje se upotreba novih terapijskih metoda ukoliko se isti uspeh može postići postojećim.**

Helsinška deklaracija razrađuje sledeće principe kliničkog eksperimenta.

Kliničke eksperimente mogu raditi samo naučno kvalifikovana lica koja su već dokazala visoku stručnost i moralnu zrelost i ukoliko su na životinjama ili u oglednim laboratorijama prethodno više puta taj eksperiment ponovili i garantuju uspeh njegove primene na čoveku.

Srazmeran odnos između cilja i rizika je neophodan pri izvođenju kliničkog eksperimenta. Nedopustivo je da se kroz eksperiment omogući izlečenje neke banalne bolesti, a da pri tome rizik bude veliki ili čak da ugrozi zdravlje ili život bolesnika.

ISPITIVANJE LEKOVA NA LJUDIMA

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i dileme

Ispitivanje lekova na ljudima nameće medicinskoetičke i medicinskopravne dileme. O nekim od njih treba raspraviti. Živimo u vreme kada je farmakoterapija u ekspanziji. Broj registrovanih lekova u ovom momentu prelazi 65 hiljada, te se opravdano postavlja medicinskoetičko pitanje da li su potrebni toliki lekovi, a posebno, da li su potrebni novi kada ih već ima toliko, te da li je moralno izvoditi eksperimente na ljudima zbog uvođenja novih lekova.

Medicinskoetičke, kao i medicinskopravne dileme u oblasti ispitivanja lekova na ljudima radi njihovog uvođenja u promet su brojne.

1. **Da li su nam potrebni novi lekovi** je dilema na koju treba tražiti odgovor u činjenici da se sa napredovanjem farmaceutske-hemijskih istraživanja otkrivaju nove kvalitetnije, efikasnije i pouzdanije farmakološke supstance. Antibiotici su, na primer, izmenili ne samo tok već poboljšali ishod mnogih zaraznih bolesti. Nove farmakološke supstance u lečenju hipertenzije unapredile su tok i prognozu ove bolesti i umanjile frekventnost njenih komplikacija, a time i produžile životni vek čoveka.

Ukoliko se strogo držimo naučnih otkrića da ne postoji nijedna farmakološka supstanca a da nema loše efekte, zaključak bi bio da praktično ne postoji potpuno neškodljiv lek.

2. **Da bi se novi lek uveo u upotrebu, odnosno pustio u promet**, on se prvo mora eksperimentalno primeniti ne na čoveku, već na supstituentu – modelu, odnosno na životinjama. Eksperimenti na oglednim životinjama sa novim farmakološkim supstancama su poželjni i daju potrebne podatke o kvalitetu leka, njegovim nuspojavama, terapijskim efektima i dozama, te se mogu uvesti u promet nakon eksperimenata. Ipak brojni lekovi ne mogu biti stavljeni u promet samo na osnovu oglada na životinjama jer je nemoguće predvideti efekte leka, na čoveka, na primer na psihičke funkcije; na mišljenje, na volju, na afekte, na patološka psiho – događanja, kao što su halucinacije i drugi psihopatološki supstrati. Razlika između ljudi i eksperimentalnih životinja postoji i u samom kvalitetu farmakodinamike i farmakokinetike farmakološke supstance, odnosno u načinu i brzini metabolisanja. Konačno, mora se prihvatiti da su eksperimenti sa lekovima na ljudima neizbežni i apsolutno potrebni.

3. **Pošto su eksperimenti sa novim lekovima na ljudima neophodni** medicinskoetički i medicinskopravno problematsko pitanje je kako te eksperimente izvoditi na ljudima. Medicinskoetički i medicinskopravni aspekt eksperimenta sa novim lekovima na ljudima u našem vremenu rešili su Svetska zdravstvena organizacija i Svetsko medicinsko udruženje kroz deklaracije, rezolucije i izjave, koje su prihvaćene i ugrađene u zakone brojnih država sveta.

Principi korišćenja kontrolisanog kliničkog oglada su sledeći:

- a) *princip obaveznog prihvatanja ocene stručne javnosti o potrebi ispitivanja novog leka i njegovoj etičnosti;*
- b) *princip informisanosti ispitanika i poštovanje njegove slobodne odluke;*
- c) *timski rad u istraživanju po pravilima koja se primenjuju u kliničkoj farmakologiji.*

Elementi za donošenje ocene o bezbednosti, odnosno etičnosti ispitivanja lekova na ljudima su sledeći.

1. Istraživači moraju jasno da odrede cilj, plan i trajanje istraživanja, odnosno trajanje eksperimenta sa novim lekom na grupi dobrovoljaca.

2. Elaborat o kliničkom ogledu mora da sadrži kriterijume po kojima će se dobrovoljci uključiti u istraživanje, zatim kriterijume po kojima se ispitanici neće moći da uključe u istraživanje, kao i uslove i okolnosti pod kojima se svaki pojedinac može samovoljno isključiti iz eksperimenta ukoliko nastanu bilo kakve komplikacije. Neophodno je pribaviti detaljnu ocenu i dokumentaciju o leku koja podrazumeva pozitivnu ocenu kvaliteta leka i mišljenje farmakološkog instituta o leku dato na osnovu objektivnih činjenica.

3. Istraživač, odnosno istraživački tim mora da ispuni uslove kvalifikovanosti svakog pojedinca u timu da bi se bavio eksperimentom, koji su propisani Zakonom o naučnom radu i naučnom istraživanju.

4. Etički je neprihvatljivo i nije moguće započeti eksperimentalno ispitivanje leka na ljudima ukoliko nije dokazana faktička pretpostavka koristi nameravanog eksperimenta, takođe utvrđena propisima. Plan eksperimenta treba da se definiše po fazama.

Tehnički ispitivanje lekova na ljudima teče u četiri faze:

Prva faza se izvodi na 20 – 50 zdravih dobrovoljaca i ispituju se osnovne farmakokinetičke i farmakodinamske karakteristike novog leka.

Druga faza izvodi se na 50 – 300 bolesnika i u njoj se preciznije određuju farmakokinetičke i farmakodinamske osobine leka, preciziraju se doza i raspon dozne delotvornosti i neškodljivosti tog novog leka.

Treća faza se sprovodi na 250 – 1.000 i više bolesnika. Potpuno je terapijski kontrolisan princip ogleda, a beleže se delotvornost i neškodljivost novog leka u širokom rasponu doza.

Četvrta faza je tzv. postregistraciona faza leka. Podrazumeva nadzor i praćenje neželjenih efekata i u okviru je kontrolisanog kliničkog ogleda.

Ispitanici da bi bili uključeni u eksperiment sa novim lekom treba prethodno da budu potpuno informisani o leku i da potpišu tzv. informisani pristanak. Tokom eksperimenta sa novim lekom na ljudima ostaje stalno na snazi neotuđivo pravo dobrovoljca kao ispitanika da se po ličnom nahođenju isključi iz istraživanja u bilo kom momentu, a da za to ne mora dati čak ni objašnjenje. Glavni istraživač u timu, zbog toga ne sme da uskrati takvom bolesniku lekarsku pomoć, jer se eksperiment obično izvodi u kliničkim uslovima. Bolesnik se ne sme prisiljavati da ostane u eksperimentu. Kada se ovakav eksperiment završi, lek se pušta u promet. Međutim, neophodno je dalje i trajno praćenje i prijavljivanje nus pojava vezanih za primenu tako odobrenog leka. Neželjeni, naknadno utvrđeni efekti leka, prijavljuju se nacionalnim centrima za nuspojave vezane za lekove, primećene u njihovoj praktičnoj primeni. **Prijavljene zapažene neželjene nuspojave vezane za primenu nekog leka su pokazatelji kvaliteta rada lekara u savremenim državnim zajednicama.**

ISTRAŽIVANJA NA MODELU – EKSPERIMENTALNE ŽIVOTINJE medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i dileme

Naša zemlja nema posebnu zakonsku regulativu etičnosti korišćenja životinja u medicinskim eksperimentima, uprkos aktuelnom insistiranju pokreta za zaštitu životinja, te će verovatno u doglednoj budućnosti to morati da bude uređeno. Medicinskoetički gledano, istina je da svaki istraživač u oblasti medicine ima cilj da dođe do naučne istine ili da naučnu istinu proveri, a nikako da uživa u mučenju modela, odnosno životinja koje koristi u naučne svrhe.

Svetsko medicinsko udruženje je na svojoj 41. skupštini u *Hongkongu*, septembra 1980. Godine, donelo Izjavu o upotrebi životinja u medicinskim istraživanjima, koja je u tesnoj vezi sa *Helsinškom deklaracijom*. Navedena izjava polazi od stava da su biomedicinska istraživanja na životinjama neophodna za dalji naučni progres u oblasti medicine i za unapređenje zaštite zdravlja čoveka i zajednice u celini i zato nalaže:

1. *da istraživači i istraživačke institucije poštuju principe humanog tretmana eksperimentalnih životinja;*
2. *da se u svetu osudi praksa pretnji, nasilja i uznemiravanja naučnika i njihovih porodica;*
3. *da međunarodne pravne organizacije ulože kordinovane napore u cilju zaštite istraživača i istraživačkih ustanova od ovih po svemu terorističkih napada.*

Eksperimentalna životinja treba da se odgaja u prostorijama u kojima će najbolje napredovati, jer su dobijeni podaci validni samo ako se radi na zdravoj, dobro negovanoj eksperimentalnoj životinji. Manipulacija sa životinjama mora da bude što manje gruba sa nastojanjem da životinja minimalno pati, oseća bol i da minimalno doživljava stres, ukoliko ispitivanje stresa nije zapravo namera eksperimenta. Ako u eksperimentu životinja mora da se žrtvuje, onda taj postupak treba da bude brz i efikasan.

Svetski pokreti za zaštitu životinja često dižu svoj glas neopravdano, jer se pogrešno interpretira protokol o eksperimentalnom istraživačkom radu na modelima, da se nehumano i neetično postupa sa eksperimentalnim životinjama. Takva Svetska udruženja insistiraju na zameni upotrebe modela (eksperimentalnih životinja), mašinama, odnosno kompjuterima u medicinskim istraživanjima. Jasno je da ovakva zamena nije moguća, jer kompjuteri reaguju samo prema tačno unešenim podacima, a živa ćelija i živi organizam, odnosno eksperimentalna životinja, ima posebnost biološke reakcije na primenu, recimo hemijskih sredstava u ispitivanju novih lekova, ili primeni nekih drugih agenasa kao što su stresogeni uticaj ili namerno zaražavanje uzročnikom bolesti. Eksperimenti na životinjama u medicinskim istraživanjima izvode se u posebnim institucijama kojima je zakonom dozvoljen eksperimentalni rad, a te institucije imaju kvalifikovano osoblje i opremu.

Društvena kontrola nad upotrebom životinja u medicinskim eksperimentima moguća je:

1. *uvidom u planove eksperimenata prilikom odobravanja finansijske podrške projektima,*
2. *pregledanjem izveštaja o sprovedenim istraživanjima,*
3. *pri sumiranju rezultata eksperimenta u kojem su korišćene eksperimentalne životinje,*
4. *pri javnom saopštavanju rezultata u naučnim časopisima ili na naučnim skupovima.*

VEŠTAČKO OPLOĐENJE

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i dileme

Ljudska reprodukcija predstavlja komplikovan prirodni proces čiji je krajnji ishod spajanje jajne ćelije i spermatozoida. Ove ćelije nose nasledne osobine oba roditelja.

Spajanjem jajne ćelije i spermatozoida nastaje nova jedinka (novi život) **koja nije prosta reprodukcija roditelja**, već originalna, neponovljiva jedinka koja nosi veliki broj osobina svojih roditelja, ali i sopstvenu originalnost, čiji će deo dalje preneti na svoje potomstvo.

Reprodukcija je jedna od osnovnih bioloških funkcija svih živih bića, pa i čoveka.

Niz je uslova da bi do koncepcije jajne ćelije i spermatozoida došlo u fiziološkim, tj. prirodnim uslovima. Neophodna je očuvanost anatomske i fiziološke funkcionalnosti, počevši od hipotalamusa preko hipofize, čiji hormoni nadziravaju i obezbeđuju rast i sazrevanje reproduktivnih ćelija (jajne ćelije i spermatozoida). Po ovulaciji jajne ćelije ona treba da bude prihvaćena u jajovod i da joj bude obezbeđen transport do mesta susreta sa spermatozoidom u samom jajovodu, kao i transport tako nastalog embriona do materice, u kojoj se nidira i razvija tokom devet meseci trudnoće. Da bi taj lanac mogao da se odvija, neophodno je da cervikalni kanal uterusa sa produktima svojih žlezda u sluzokoži obezbedi fertilni život spermatozoidu koji u njega prodre i aktivno se krećući ascendentno kroz kavum uterusa dospe u jajovod. Neophodan je i dovoljni broj fertilnih spermatozoida da bi se oplodnja jajne ćelije obezbedila. Brojne su bolesti ili anatomofizički defekti koji onemogućavaju reprodukciju u prirodnim, biološkim uslovima, što se naziva neplodnost ili sterilitet.

Nemogućnost reprodukcije muškarca ili žene izuzetan je problem praćen ugrožavanjem seksualnog identiteta, osećanjem narušene sopstvene vrednosti, osećanjem griže savesti, osećanjem krivice, zavisti, izolovanosti od okoline te bračnih problema, do narušenih socijalnih i porodičnih odnosa. Mogućnosti savremene medicine su velike, ali ne i bezgranične, da se u takvim situacijama pomogne i ispuni humanistička lekarska uloga. Pod pojmom *asistirana reprodukcija ili veštačko oplođenje – osemenjavanje*, podrazumevaju se svi oni postupci gde se veštački u zdravstvenoj ustanovi pomaže ili imitira prirodni tok spajanja ženskog i muškog gameta u cilju uspostavljanja narušenog fertiliteta žene ili muškarca.

Asistirana reprodukcija je terapijski postupak gde lekar aktivno potpomaže stvaranje gameta (spajanje jajne ćelije i spermatozoida). Primenjuje se u sledećim slučajevima:

1. **supfertilitet muškarca** - je smanjena sposobnost spermatozoida za oplodnju;
2. **azospermija** - nedostatak živih spermatozoida u ejakulatu (sterilitet muškarca);
3. **nedostatak ili ireparabilno oštećenje jajovoda** žene;
4. **autoimunizacija muškarca** na antigene sopstvenih spermatozoida;
5. **heteroimunizacija žene** na antigene spermatozoida i
6. **idiopatski bračni sterilitet** - sterilitet u braku neotkrivenog, tj. nepoznatog uzroka.

Asistiranu reprodukciju čoveka danas je moguće ostvariti na tri načina:

I AIH – *artificijelna homologna inseminacija*;

II AID – *artificijelna donor inseminacija*;

III VTO i ET – *vantelesna oplodnja i embriotransfer*.

Primena bilo kog od tri navedena postupka čine neplodne bračne parove zavisnim od lekara i medicine u području najintimnijih i najtananijih ljudskih emocija. Stavljaju pred lekara posebne medicinsko etičke obaveze, kao što su:

1. *eliminacija subjektivnosti pri izboru kandidata za postupak lečenja uz strogo pridržavanje pisanih i stručno primenjenih protokola lečenja,*
2. *striktno pridržavanje principa čuvanja lekarske tajne,*
3. *onemogućavanje bilo kakvog manipulisanja materijalom kojim se raspolaže prilikom lečenja (spermatozoidi i jajne ćelije),*
4. *čuvanje integriteta deteta koje će nakon takve intervencije biti rođeno.*

Artificijelna homologna inseminacija (AIH)

AIH (*Artificijelna homologna inseminacija*) je pojam koji se odnosi na ostvarenje koncepcije spermatozoida i jajne ćelije tako što se sperma muža kateterom ubrizgava u cervikalni kanal materice ili u samu šupljinu materice supruge. Ovim postupkom se povećava mogućnost da baš u tom ciklusu ovulacije dođe do oplodnje jajne ćelije spermom muža. Izvodi se u situaciji kada je broj spermatozoida u 1 cm³ sperme manji od 20 miliona, ili je broj pokretljivih spermatozoida ispod 50% u 1 cm³, ili je pak količina sperme pri jednom ejakulatu manja od 2 cm³.

Medicinskoetički aspekti i problemi artificijelne homologne inseminacije su relativno jasni, jer se radi o unapred datoj saglasnosti oba supružnika da se začeće potpomogne ovakvom metodom asistiranje reprodukcije. Za primenu homologne inseminacije nema medicinskoetičkih bitnih dilema, jer se leči bračni sterilitet pa se u suštini zadovoljava prirodna želja za decom. Mogući medicinskoetički i sudskomedicinski problemi nastaju kad se artificijelna homologna inseminacija obavlja zamrznutom spermom muža, što se primenjuje u dva slučaja:

a) *kada je kvalitet sperme muža toliko loš da se koncepcija spermatozoida ne očekuje svežom spermom i pribegava se odabiranje sperme iz više uzoraka*, pa se ostavlja i zamrzava kvalitetnija, ili pak uzeta nakon lečenja i takva sperma muža čuva u smrznutom stanju dok se ne stvore uslovi za inseminaciju, odnosno do ovulacije supruge;

b) *praktikuje se kada predstoji davanje citostatika mužu zbog nekog malignog obolenja*, te se pre uključivanja citostatika uzme njegova sperma i čuva za kasniju inseminaciju.

Čuvanje smrznute sperme muža u prvom navedenom slučaju nije bitno sa medicinskoetičkog i sudskomedicinskog aspekta. **Drugi slučaj** je složeniji, a posebno ukoliko je sperma zamrznuta zbog maligne bolesti muža i lečenja, a muž umre. Inseminacija žene zamrznutom spermom svog zakonitog, ali umrlog muža nosi brojne i medicinskoetičke, a pre svega sudskomedicinske probleme. Ukoliko bi se takva trudnoća ostvarila na insistiranje žene, značilo bi da dete u momentu začeća, a posebno po rođenju već odavno ima umrlog oca, dakle nema živog biološkog oca. Objektivno, ovakva situacija nema regulativu u pozitivnim zakonima nijedne zemlje, niti su ponuđena moguća pravna rešenja. Lekar, žena i društvo u celini, u ovakvoj situaciji stavljeni su pred brojne medicinskoetičke, moralne i pravne dileme.

Artificijelna donor inseminacija (AID)

AID (artificijelna donor inseminacija ili heterologna inseminacija) je terapijski postupak u lečenju steriliteta supruge, *po kome se inseminacija žene vrši sigurno fertilnom spermom od nepoznatog davaoca*. Medicinskoetičke dileme su da je ovo bolji metod lečenja bračnog steriliteta od metoda **adopcije** – usvojenja deteta, jer je usvojeno dete strano i majci i ocu, međutim oba roditelja su u slučaju adopcije u ravnopravnom položaju, a u situaciji heterologne inseminacije majka je u prednosti jer je ipak biološki roditelj.

Heterologna inseminacija je skopčana sa nizom objektivnih i mogućih problema koje lekar treba da predvidi pre nego što započne ovu terapiju bračnog steriliteta. Potrebno je da sigurno lekar utvrdi potpuno zdrav fertilitet žene i apsolutni sterilitet muža. Ključni medicinskoetički problem je ovde i prvi, **koga lekar leči? Da li leči ženu?** Ne, ako je ona potpuno fertilna. **Da li leči muškarca?** Ne, jer se uzima sperma drugog muškarca (donora). Dakle, radi se o, uslovno rečeno, lečenju braka, odnosno o pokušaju podrške održavanja bračne zajednice takvog muškarca i žene.

Medicinskoetički i medicinskopravni problem za lekara pri odlučivanju na heterolognu inseminaciju je ozbiljan. Lekar treba da joj pristupi samo kada se uveri da joj je cilj rađanje deteta, da ne postoje drugi povodi, kao što su razrešenja nekih intrapsihičkih konfliktnosti u supružnika, ili egzistencijalnih problema ili materijalnog statusa itd. Nedopustiv je bilo kakav vid improvizacije u procesu heterologne inseminacije, ni od strane supružnika ni lekara. Uprkos poštovanju tog uslova, naknadno skoro redovno nastaju, ne samo medicinskoetički, već i sudskomedicinski problemi. *Medicinskoetička obaveza lekara je da on sam ne inicira ovaj vid asistiranе reprodukcije, već da ga tek razmatra ukoliko ga predlože supružnici.* Posebnost medicinskoetičkog aspekta za lekara jeste da je on to lice koje odabira donora (danas postoje banke zamrznute sperme), kvalitet sperme i odgovoran je za genetsku neopterećenost donora nekom bolešću.

1. Lekar mora poštovati indikacije pri odluci o izvođenju heterologne inseminacije.
2. Svi podaci o postupku ne smeju biti dostupni nikome, posebna su lekarska tajna.
3. Davalac sperme mora biti posebno pregledan, čime se isključuju potencijalni rizici nasleđivanja bolesti u deteta koje će se roditi iz ovakvog terapijskog postupka lečenja steriliteta. Samo su lekaru koji sprovodi heterolognu inseminaciju poznati podaci o davaocu sperme, čime se obezbeđuje tajnost donora u kasnijim godinama.
4. Spermom istog davaoca mogu se po zakonu inseminovati samo dve žene, nikada više njih. Zakon uređuje u nekim zemljama i neke karakteristike davaoca, recimo da ima između 30 i 40 godina, da je u braku i da ima troje svoje bračne dece itd.
5. Supružnici pre pristupanja heterolognoj inseminaciji treba da daju pismenu saglasnost.
6. Supružnicima se predočavaju pozitivni zakonski propisi koji regulišu ovaj vid asistiranе reprodukcije, a obavezuju ih kao i lekara i medicinsku ustanovu tokom postupka i kasnije.
7. Preporučljivo je da lekar iz *banke sperme* odabere onog donora koji je po biološkim svojstvima najbližiji ženi koja se oplodjuje heterolognom spermom.

Sigurno je da heterologna inseminacija ima niz negativnih implikacija, a najbitnije su:

1. *Status muža i moguće psihološke komplikacije* u ovakvoj situaciji roditeljstva. Lekar od muža pribavlja apsolutnu saglasnost u pisanoj formi. Uprkos tome, može se smatrati da je ovakva inseminacija ipak, egoizam žene, a etično se dopušta kako ne bi došlo do raspada braka, recimo, ili da žena ne bi bila lišena zadovoljstva i sreće materinstva (rađanja). Činjenica je da po rođenju takvog deteta, muž sada socijalni a ne i biološki otac, može razviti antipatiju prema tom detetu, a naknadno i prema supruzi, jer nije retko da suprug razvije osećanje inferiornosti, te je brak zbog toga naknadno ugrožen i raspada se.

2. *Problem pravne prirode* – sudovi nekih zemalja veštačko osemenjavanje uzimaju kao razlog za davanje saglasnosti mužu na razvod braka, uprkos pismenoj saglasnosti koju je dao pre heterologne inseminacije. Saglasnost muža na ovakvo osemenjavanje svoje supruge je pokriće za lekara sa medicinskoetičkog i sa medicinskopravnog aspekta.

3. *Problemi izdržavanja deteta* nastaju kao posledica razvoda braka, jer u tom slučaju bivši suprug može odricati obavezu izdržavanja deteta dokazujući da ono nije njegovo. Činjenično pravno u razvodu takvog braka dete trenutkom razvoda, iako rođeno u braku, postaje vanbračno, jer muž nije njegov biološki otac.

4. *Etičko genetički problemi* vezani za dete rođeno inseminacijom žene spermom donora su sledeći: Teoretski, a i praktično, spermom istog donora mogu biti, i često se oplode dve žene, tako da deca iz takvih trudnoća kasnije, ako su raznopolna, mogu doći u međusoban kontakt, u dobu zrelosti i stupiti u intimne odnose ili u bračnu zajednicu, gde se pojavljuje etički problem rodoskrvrnjenja, a i mogućeg incesta.

5. *Problem mentalnog statusa* i mentalnih oštećenja deteta moguć je kada dete sazna da mu otac nije zapravo biološki otac, a to se po pravilu i događa i skoro nije moguće od deteta kada odraste sakriti istinu. Problemi takve mlade osobe nastaju zbog intenzivne i izražene potrebe da upozna pravog, biološkog oca.

6. *Želja da se sazna ko je biološki otac njenog deteta* javlja se i u supruge, odnosno majke deteta rođenog iz heterologne inseminacije. Na samom početku žena takvu želju po pravilu nema, ali kad dete počne da odrasta i da se na njemu zapažaju posebnosti mentalnog sklopa ličnosti i crte fizičkog izgleda, neretko se ta želja pojavljuje. Tada nastaju brojni medicinskoetički, ali i pre svega medicinskopravni problemi jer takva majka čini brojne nedopuštene pravne radnje da bi došla do identiteta davaoca.

7. *Psihologija žena pri izboru seksualnog partnera* je pojam koji brojni autori raspravljaju i smatraju da žena odabira za seksualnog partnera muškarca koji bi po njenim intrapsihičkim idealizacijama bio najpoželjniji – najidealniji otac njenog deteta. To dolazi iz podsvesne želje žene za rađanjem idealnog potomstva i potrebom za idealnim produženjem vrste. Medicinskoetički i deontološki aspekt problema je zašto lekar preuzima odgovornost uloge izbora oca, što je inače lična stvar žene.

8. *Osemenjavanje – inseminacija spermom donora* proizilazi, da je u funkciji odbrane egoizma žene, iako muž daje na to pismeni pristanak. Žena sebično za dati brak ne želi da se liši zadovoljstva i sreće kroz roditeljstvo, odnosno materinstvo i rađanje.

Konačno, iz svega rečenog proističe zaključak da današnja naučna medicina u svojoj praktičnoj primeni ima prostore koji su sa medicinskoetičkog i medicinskopravnog aspekta vrlo problematični i po mnogo čemu kontroverzni i sa mogućim brojnim, nimalo beznačajnim posledicama. Recimo, treba li dozvoliti neudatoj ženi oplodjenje spermom nepoznatog donatora, te da li ženi u braku dozvoliti da rodi drugo dete ukoliko je sterilitet muža nastao naknadno, jer to drugo dete ima različitog biološkog oca. Dolazi se do deontološkog aspekta problema obavljanja lekarske struke – ***treba li lekar uvek da udovolji zahtevima pacijenta samo zato što pacijent to želi?***

Vantelesna oplodnja i embriotransfer (VTO i ET)

VTO i ET (vantelesna oplodnja i embriotransfer) predstavlja tehniku oplodnje kojom se u laboratorijskim uslovima imitira onaj deo reproduktivnog procesa koji se dešava u jajovodima žene. Primenjuje se u lečenju bračnog steriliteta, a poslednjih decenija veoma zaokuplja pažnju stručnjaka, ali i ukupne javnosti, pre svega neplodnih bračnih parova. Za to ima dosta razloga.

Ostvaruje se zahvaljujući saznanjima i napretkom naučne medicine vantelesno, odnosno neprirodno u uslovima laboratorije, *de facto* u Petrijevoj šolji. Vantelesna oplodnja je čovekovo postignuće na temeljima naučnih, bioloških i naučnomedicinskih saznanja da nadvlada prirodi u njenoj do nedavno najvećoj tajnovitosti – začinjanju novog ljudskog života. ***Vantelesnom oplodnjom čovek je konkurent prirodi, jer van prirodnih uslova ostvaruje spajanje jajne ćelije i spermatozoida i nastanak nove ljudske jedinke.***

Šta je vantelesna oplodnja? Zašto se primenjuje? To su pitanja na koja treba odgovoriti. Vantelesnom oplodnjom se ostvaruje *konceptcija* – spajanje spermatozoida i jajne ćelije u laboratorijskim uslovima. Kada plod dostigne osam ćelija, premešta se u materičnu duplju žene, gde nastavlja da se razvija. Ovim je zamenjen deo reprodukcije koji se u prirodnim uslovima obavlja u jajovodu. Pre uvođenja vantelesne oplodnje takvi bračni parovi su bili apsolutno i definitivno sterilni, a ovaj postupak im je pružio šansu da postanu roditelji.

Medicinsko pravo nalaže:

1. *Vantelesnu oplodnju jajne ćelije vršiti samo u svrhu prokreacije.*
2. *Neprihvatljiva je i zabranjena upotreba jajne ćelije u cilju genetskog inženjeringa.*
3. *Neprihvatljiv je postupak sa gametima koji bi išao na ciljano određivanje pola ili genetsku manipulaciju.*
4. *Neprihvatljivo je održavanja humanih embriona u laboratorijskim uslovima radi istraživanja itd.*

Vantelesna oplodnja mora biti kompletan etički čin sa svim obaveznim kvalitetima za sve učesnike: za oba donora, za prospektivnu majku i oca, za lekara i ostale učesnike koji u njemu profesionalno učestvuju.

Vantelesna oplodnja kao terapijska *metoda lečenja steriliteta primenjuje se u teškim oštećenjima reproduktivnih organa, pre svega žene*, recimo u stanjima nedostatka jajovoda ili njihovog ireparabilnog oštećenja, ili u stanjima supfertiliteta muškarca, nedostatka uterusa žene itd. Vantelesna oplodnja kao metoda asistiranje humane reprodukcije primenjuje se tamo

gde je do tada sterilitet bračnih parova bio definitivn, nerešiv, znači nisu postojale druge mogućnosti da bračni partneri postanu roditelji. Vantelesna oplodnja i ebriotransfer su metode koje su svakako epohalne i rešile su do nedavno nerešive probleme ljudske reprodukcije.

Tehnika izvođenja van telesne oplodnje pojednostavljeno izgleda ovako; Prvo se lekovima reguliše ovulacija više jajnih ćelija, one se tehnički pod ultrazvukom uzimaju iz folikula i u Petrijevoj šolji oplođuju spermatozoidima muža. Pravilo je da se oplodi više gameta istovremeno, a u uterus supruge unesu dva - tri. *Opisana tehnika postavlja odmah medicinskoetičke dileme: ko ima pravo da odluči koje gamete treba odbaciti, a koje odabrati od, recimo, desetinu oplođenih. Koji embrion lišiti života, a koji nidirati u kavum uterusa?*

Prirodno začće podrazumeva ljudsko nemešanje, već prirodno odabiranje embriona koji će preživeti, odnosno selekcijom dati novu ljudsku jedinku. U vantelesnoj oplodnji i embriotransferu to je u kompetenciji čoveka, odnosno lekara i stoga, naizgled, etičko nerešivo i problemsko pitanje.

Poseban medicinskoetički problem vantelesne oplodnje i embriotransfera je situacija kada se ovakva asistirana humana reprodukcija preduzima u sledećoj situaciji.

Surogat majka

Supruga ima jajnike ali je recimo, hirurškom intervencijom odstranjen uterus, dakle, jajna ćelija supruge i spermatozoid njenog muža u Petrijevoj šolji artifičijelno daju embrion, taj embrion se transferiše u uterus druge žene koja za to da saglasnost. Žena koja nosi trudnoću sa embrionom druge žene i muškarca je novi pojam u medicini i ljudskoj reprodukciji - **surogat majka**. Surogat majka ili inkubator majka usložnjava problem asistirane humane reprodukcije vantelesnom oplodnjom i embriotransferom u današnjoj naučnoj medicini uopšte. *Brojni su medicinskoetički, etički, moralni, sudskopravni i društveni problemi i aspekti ovog vida asistirane humane reprodukcije.* Dilemska i nerazrešiva medicinskoetička i medicinska pitanja su da surogat majka nosi devet meseci embrion do porođaja, odnosno do rađanja živog deteta, a da biološki to novo ljudsko biće nije njeno.

Ostaju naučne nerazjašnjene dileme koliki je uticaj na ukupnu mentalnu strukturu i mentalnu ukupnost nove ljudske jedinke koja je devet meseci tokom trudnoće bila hranjena preko krvi surogat majke. Problemi su vezani i za biološku majku, koja ostvaruje materinstvo a da nije prošla kroz trudnoću do porođaja, takođe i takvog biološkog oca, koji kroz sve vreme trajanja trudnoće nije bio u prilici da trudnoću proprati sa voljenom ženom, pravom biološkom majkom svog deteta. Niz je drugih problema koji sežu i u materijalnu sferu, materijalno obeštećenje surogat majci za nošenje trudnoće i porođaj.

"Etički stavovi koji su realno i racionalno distancirani od naglašenog ili purifikovanog biologizma, ali isto tako od transcendentalnog i metafizičkog, teološkog, pseudosublimisanog nijansiranja i argumentovanja okrenutog često više ka nebu i zvezdama, nego ka ljudima i njihovim nevoljama u stvari nam izgledaju kod vantelesnog oplođenja najprihvatljiviji."

INOVACIJE U MEDICINI

medicinskoetički i medicinskopravni aspekti i dileme

Savremena naučna medicina poslednjih decenija XX veka, doživela je izuzetnu ekspanziju novih otkrića. Stremljenja u medicini nije moguće pouzdano anticipirati za XXI vek. **Biće to svakako vek brojnih otkrića, a time i izmena u medicinskoetičkim stavovima, ali i na polju medicinskog prava.** Suočeni smo već sada sa nizom zbunjujućih, u pravom smislu reči, otkrića i njihove primene u medicini, pre svega u genetici u transplantaciji tkiva i organa, u akušerstvu, u hirurgiji itd. Brojne su nove medicinskoetičke dileme i nove medicinskopravne nerazrešenosti. Primera za sve ovo je napretek.

1. **Usvajanjem tehnike transplantacije srca** nastao je problem redefinisanja samog pojma smrti. Do tog momenta smatralo se da je pojam smrti jasan i da ga označava prestanak rada srca, odnosno akcije srca i funkcije disanja. Danas to više nije tako.

2. **Revolucionarno otkriće vantelesnog oplodjenja** donelo je niz medicinskoetičkih, ali i medicinskopravnih nedefinisanosti. Pojam deteta iz inkubatora i **pojam surogat majke** su proistekli iz metodološki usvojene tehnike vantelesne oplodnje – oplodnje u laboratoriji. Zakonodavstvo pravnih sistema se našlo u poziciji da prati ovako proistekle dileme iz medicinskih dostignuća. Francuska je imala takav primer gde je zamrznutom spermom muža izvršena oplodnja njegove udovice, dakle, začelo se i rodilo dete nakon očeve smrti. Sud Francuske je dopustio udovici da bude oplodena zamrznutom spermom pokojnog muža i rodi dete kome je on kao pokojnik biološki otac.

Pojam surogat majki je posebno delikatan problem jer je to sa biološkog aspekta prvo-razredni eksperiment. *Biološki je to zagonetka do danas nerazrešena*, da li na osobine novorođenog čoveka utiču samo genetske poruke iz germinativnih ćelija biološkog oca i majke, ili u tome igra ulogu i devetomesečna trudnoća tokom koje se plod hrani preko krvi surogat majke, žene koja nosi tuđe gamete u svom telu. Ukoliko nauka utvrdi ovo drugo, onda nastaje dilema ko je zapravo majka, da li ona žena čija je jajna ćelija oplodena ili ona koja je u svom uterusu tokom trudnoće odgajila plod do zrelosti za vanuterusni život. Današnja zvanična definicija je da je "majka" osoba iz čijeg tela dete izlazi!

Tehnologija zamrzavanja i čuvanja semena (spermatozoida i jajnih ćelija) postavlja pitanje starosne granice žene za rađanje, te i to pripada revolucionarnim ostvarenjima naučne medicine. Stav da prirodi nisu potrebni čovekovi zakoni, već su zakoni potrebni samo čoveku koji se igra stvoritelja, nije razlog da se ograniče i zaustave naučna otkrića, već da se naučnici upute na razboritu primenu ostvarenih rezultata društvenoj i životnoj kontroli.

3. **Dostignuća naučne medicine** da se pre oplodnje opredeli pol deteta veštačkim izborom ipsilon muških spermatozoida, stvorila su medicinskoetičku, ali i medicinsko pravnu dilemu izbora pola nerođenog deteta. Zloupotrebe se odnose na iznalaženje načina da se prekine

trudnoća ako je pol deteta neželjen, što je sa aspekta prava i morala društva ogrešenje, odnosno delo za sankcionisanje. Zakonodavac da bi izbegao ovakva prekršenja pravnih i etičkih normi, reaguje: *Ko bremenitoj ženi bez njenog pristanka započne ili izvrši prekid trudnoće kazniće se zatvorom.* To se odnosi na dijagnostikovanje pola ploda intrauterino primenom ultrazvuka. Primena ultrazvuka u akušerstvu ima još jednu pravnu dilemu. Lekar može utvrditi neku malformaciju ploda, a da trudnica ne želi da prihvati prekid takve trudnoće. Pravna dilema u ovom slučaju zasniva se na definiciji da je dete pravni subjekt kada prodiše i zaplače, međutim, medicina je dokazala da dete intrauterino plače i diše, te je po toj definiciji i fetus pravni subjekt koga treba zaštititi, jer svaki plod ima pravo da bude rođen zdrav.

Ranije civilizacije su štitile fetus različitim pravnim uređenjem, ali se to ipak svodilo na zabranu namernog pobačaja. Naučna medicina je dokazala da je plod potencijalni pojedinac i da mu pravni subjektivitet raste sa napredovanjem trudnoće. Tako je stvorena obaveza da se i plod pravno zaštiti, a to je u pravnoj nauci suprotno zakonitostima iz rimskog prava, po kojim dete dobija status fizičkog lica ako se:

- a) odvoji od majčine utrobe,
- b) rodi živo i
- c) ako ima ljudski oblik.

Ova načela su prihvaćena u svim zakonodavstvima savremenih država. Zakonodavstva savremenih država se zahvaljujući otkrićima u medicini transformišu, te glase da svaki plod ima pravo da bude rođen zdrav, što znači da nakazni plod ili monstrum ima pravo na smrt. Zakonodavstva nekih zemalja idu i dalje, da nakon rođenja plod može ostvariti pravo na štetu ako se ne rodi zdrav.

4. Posebni medicinskoetički problemi kao i medicinskopravni problemi vezani za inovacije proističu iz samog odnosa savremene medicine i tehnike, jer je tehnika našla izuzetno veliku primenu u naučnoj medicini ali, tehnika ne sme istisnuti lekara. Psihička potreba čoveka za interpersonalnom ljudskom komunikacijom je iznad i ispred svih dostignuća nauke, a posebno potreba bolesnog čoveka da mu neko ko je kompetentan i učen olakša bolest ili ga izleči. Lekar ne treba da se od svog pacijenta alijenira sakriven iza aparata jer time pravi deontološko ogrešenje.

5. Naučnim dostignućima u oblasti genetskog kloniranja stvorena je mogućnost reprodukcije kloniranjem, odnosno redupliranjem živih bića. Medicinskoetičko i medicinskopravno je pitanje, ko ima pravo da stvara identične ljude, makar i samo one genijalne, jer je to u sukobu sa osnovnim zakonom prirode, zakonom raznovrsnosti jedinki i neponovljivosti individue. Naučna medicina, a pre svega psihijatrija kao njena oblast, ovog momenta nema dokaze uprkos ispitivanjima na jednojajčanim blizancima, kakav bi bio ukupni mentalni sklop klonirane ljudske individue, odnosno redupliranog ljudskog mozga.

Lekari su obavezni da preveniraju svaku mogućnost "*otimanja kontroli*" inovacija u naučnoj medicini. *Nedopustivo je da genetičari rade bez kontrole zajednice i obaveze poštovanja društvenog morala.*

JATROGENA OŠTEĆENJA

medicinskoetički i medicinskopravni stavovi

Pojmovi **jatrogenija** i **jatrogena oštećenja** podrazumevaju svaku bolest, pogoršanje stanja bolesnika ili svaku nastalu povredu koju izazove lekar svojim postupkom ili rečju, bilo u procesu postavljanja dijagnoze bilo tokom lečenja.

Etimološki termin potiče od grčke reči *iatros* – lekar. Jatrogene bolesti, jatrogena pogoršanja bolesnikovog stanja, kao i jatrogene povrede, posledica su dejstva medicinske intervencije, dejstva leka ili dejstva zdravstvene ustanove, ali uvek vezano za neki medicinski postupak i rad lekara. Često se koriste i drugi izrazi za navedene jatrogene situacije, kao što je recimo *laesio artificialis*, *laesio accidentalis* i slično.

Medicinskoetički problem jatrogenije je u lekarskoj praksi i danas vrlo moguć i čest, jer svaki postupak lekara, ali i njegova reč, mogu imati štetne posledice po stanje bolesnika, pogoršati njegovu postojeću bolest, ili mogu uzrokovati bolest. Bolest čini bolesnika uvek veoma osetljivim i spremnim da svaku reč, gest ili postupak lekara protumači kao potvrdu o težini svoje bolesti, jer on strepi da boluje od najteže neizlečive bolesti. Bolesnik je zbog straha za sopstveni život, jer je život vrednost svih vrednosti (opravdano strahovanje), sklon da sve dovede u vezu sa sobom, odnosno "svojim neizlečivim stanjem". Bolesnik za sebe posebno tumači svaki postupak i gest lekara. Postupci lekara mogu da budu jatrogenizujući i kada on primenjuje svoje medicinsko znanje apsolutno u skladu sa naučnim činjenicama. Ponekad lekar deluje nesigurno, ili pred bolesnikom potencira svoje vrednosti, objašnjavajući detalje i nebitne elemente nekog nalaza dobijenog pri dijagnostici. Lekari često preteruju u obimu terapije i postavljanju dijagnoze, ne bi li dali sebi veći značaj pred bolesnikom.

Medicinskoetički i medicinskopravni, odnosno sudskomedicinski problemi vezani za jatrogeniju, nastaju tokom postavljanja dijagnoze, indikacija, prognoze, prevencije i terapije.

Dijagnoza je skopčana sa primenom izuzetno brojnih procedura vezanih za aparatnu tehniku, a često i za agresivna činjenja nad bolesnikom (angiografije, rektoskopije itd.). Jatrogenija je neretko posledica primenjene dijagnostike.

Indikacije su neizbežna posledica u samom uspostavljanju odnosa lekar – pacijent. Izazivaju i prvu dilemu koju lekar razrešava, a to je odluka da li datog pacijenta posle uzimanja anamneze i fizikalnog pregleda, lečiti u ambulantno – polikliničkim uslovima ili stacionarno u zdravstvenoj instituciji. Već saopštavanje odluke lekara o mestu i načinu lečenja može biti okidač za jatrogeno pogoršanje bolesti, ili čak jatrogeni nastanak bolesti, jer većina ljudi doživljava strah od bolničke postelje i tretmana u bolnicama.

Posebnost medicinskoetičkih i medicinskopravnih problema u medicinskoj praksi danas je privatna lekarska praksa. Brojni hipohondrični i/ili umišljeni bolesnici, izazov su lekarima u privatnoj praksi da li ih iskoriste u cilju materijalne dobiti, a da im ne ugroze zdravlje. Tržišni razlozi su ne samo medicinsko neetični, već su i medicinskopravni problem.

Prognoza je izuzetno značajan sastavni deo skoro svakog medicinskog tretmana, odnosno preduzimanja terapije. Nakon postavljanja dijagnoze, znači utvrđivanja bolesti, ili bolesnog stanja, ili težine povrede, lekar se obavezno upušta u predviđanje daljeg toka bolesti i predviđanje ishoda zavisno od planiranih i preduzetih terapijskih procedura. Poznato je da je danas u medicini, svaka prognoza izuzetno osetljiva i vrlo često nepouzdana. Svakako, lekar iz deontoloških razloga, ali i mogućih sudskomedicinskih posledica, ne sme olako davati prognozu, ne samo bolesniku već ni članovima njegove porodice. Posebno je delikatna prognoza kada je nepovoljna ("*quo ad sanationem et quo ad vitam*" – po izlečenje i po život).

Konačno, u ukupno medicinskoetičkom i medicinskopravnom problemu informisanja bolesnika o prognozi lekar treba da se drži pravila da daje onoliko informacija koliko je potrebno da se bolesnik i njegova porodica pridržavaju lekarskih uputa tokom tretmana. *Verba nociva* je važan pojam za lekara jer je izuzetno mnogo zamki i mogućnosti u prostoru prognoze da se bolesnik i njegovo zdravlje oštete rečima.

Terapija – lečenje podrazumeva primenu veoma različitih procedura od strane lekara nad pacijentom da bi se ostvario primarni i zajednički cilj i lekara i pacijenta, a to je izlečenje. Lekar je dužan da primenom bilo koje terapijske procedure poštuje princip *primum non nocere* (pomoći a ne naškoditi), ali i princip *primum est adiuvere* (prvo je pomoći bolesniku). Primena savremenih terapijskih procedura su zamke visokog rizika za nastanak jatrogenih oštećenja bolesnika. Lekar je obavezan da se u izboru i opredeljenju terapijskog postupka ne rukovodi izborom jeftinijeg među mogućim postupcima ili lekovima.

Prevenција (sprečavanje oboljenja), izuzetno je značajna u našem vremenu, ali u medicini oduvek, jer to potvrđuje i narodna izreka: "*Bolje sprečiti nego lečiti*". Pojam *prevencija* podrazumeva lekarsko stručno činjenje, ili stručno činjenje od strane drugih zdravstvenih radnika da ne dođe do pojave bolesti, bolesnog stanja ili povređivanja. To se ostvaruje eradikacijom kroz preventivna činjenja, recimo vakcinacijama protiv teških zaraznih bolesti. Danas je tako eradikirana variola vera. Primer mogućeg izazivanja jatrogene bolesti je recimo pri sprovođenju masovnih vakcinacija kada komplikacija u pojedinim slučajevima može biti encefalitis (upala mozga).

Jatrogene bolesti i jatrogene povrede lekar mora predvideti kao moguće i ne sme dopustiti da do njih dođe. *Izbegavši jatrogenu bolest, lekar će izbeći i neugodne situacije, kao što su sudski procesi koji mogu biti epilog jatrogene greške.*

POSTUPAK SA UMRlima I DELOVIMA LJUDSKOG TELA

medicinskoetička i medicinskopravna načela i problemi

Istorija čovečanstva dokazuje da postoje dva odnosa prema ljudskom telu (materijalistički i idealistički). Ova dva stava su u interakciji, stalnoj i dinamičkoj, ali i u neprekidnom nadređivanju jednog drugom u skladu sa društveno dominantnim pogledom na svet, ili datim društvenim uređenjem, ili supkulturnim stavovima date civilizacije.

Medicinska etika u stavovima prema ljudskom telu i njegovim delovima nakon smrti je samo prividno nezavisna od društvenih stavova i prividno idealizovana. Suštinski stavovi medicinske etike su određeni dominantnim društvenim stavom pogleda na čoveka i svet koji ga okružuje, znači dominantno je materijalistička ili idealistička.

Svesnost čoveka o sebi kao biću i svesnost o postojanju, kao i svesnost o drugim živim bićima u prirodi, o predmetima i kosmosu uopšte, nije čoveku dopustila nikada u istoriji, pa ni danas, da prihvati ograničenost sopstvene egzistencije na kratak segment stvarnosti koji se vremenski nalazi između rođenja i smrti. Čovek oduvek, pa i danas mistifikuje svoje bitisanje kroz dualistički pristup o materijalnom, kratkotrajnom, fizičkom trajanju i večnom duhovnom životu u nekom idealizovanom i potpuno drugom svetu.

Idealistički religijski pristup smrti je univerzalan za sve, sve religije i sve civilizacije. Međutim, pojam smrti lekari, bez obzira na lična religijska uverenja, ipak doživljavaju materijalistički. Odnos lekara prema telu pokojnika, ili odvojenim delovima ljudskog tela, organima ili tkivima bolesnika, ponekad je kontradiktoran očekivanjima laika, pa možda i očekivanjima samog lekara kada ne vrši profesionalnu dužnost, kada se nalazi u poziciji bolesnika ili člana bolesnikove porodice.

Smrt je neminovna i svakodnevna pojava u životu, i događa se u svakoj zdravstvenoj ustanovi uprkos medicinskoj intervenciji lekara. Sama smrt kao ishod lečenja bolesnika u zdravstvenoj ustanovi bez obzira na angažovanje lekara, ispravno ili nedosledno je potencijalni uzrok konflikta između lekara i zdravstvenog osoblja zdravstvene institucije i rodbine, odnosno članova porodice umrlog.

Nesporazumi koji nastaju u slučaju smrtnog ishoda su vezane za tri moguće situacije:

- Ako bolesnik umre pre lekarske intervencije,
- Ako bolesnik umre u toku lekarske intervencije,
- Ako bolesnik umre nakon lekarske intervencije.

1. *Ukoliko bolesnik umre **pre intervencije**, lekar je dužan da smrt registruje samo kao događaj u epidemiološke svrhe.* Očekuje se da lekar utvrdi smrt i posebno naglasi da smrt nije nasilna da bi se mogla odvijati dalje društveno i običajno predviđena procedura sa lešom. Medicinskopravni problem u ovoj situaciji nastanka smrti, pre lekarske intervencije može da proistekne iz uverenja porodice umrlog da je smrt nastala zbog zakasnele lekarske intervencije, te je sudskomedicinsko razrešenje u zahtevu i izvršenju kliničke obdukcije leša.

2. *Situacija kada bolesnik umre **u toku lekarske intervencije** proizvodi mnogo komplikovanije medicinskoetičke i medicinskopravne probleme nego prethodni slučaj, a i moguće sudskomedicinske epilog.*

3. Ukoliko bolesnik umre **neposredno nakon lekarske intervencije**, presudan faktor koji utiče na nastanak medicinskoetički kritičnih situacija je vreme proteklo od intervencije do smrti bolesnika, a odnosi se i na sudskomedicinski problem proistekao iz ovako nastale smrti. Brojne su medicinskoetičke i medicinskopravne konfliktne situacije zbog smrti bolesnika nakon lekarske intervencije. Ukorenjen je, ali svakako neodrživ stav da svaka smrt predstavlja poraz medicinske nauke i profesionalne moći lekara i lečenja uopšte. Ova koncepcija proističe samo iz praiskonske želje čoveka da ostvari dugotrajan život. Najbolji dokaz koji ide ovoj tvrdnji u prilog je vreme srednjeg veka i ondašnjeg svenaučnog angažovanja na pronalaženju eliksira za večni život.

Postupak sa umrlim

Medicinska etika posebnim normama obavezuje na etičko postupanje sa ljudskim lešom od strane lekara pre svega, ali i zdravstvenih radnika kao i zdravstvenih saradnika u zdravstvenoj instituciji, bilo u onoj u kojoj je bolesnik umro, bilo u onoj u kojoj se obdukcija radi ako se ne izvodi u istoj zdravstvenoj ustanovi. Ukoliko se obavlja obdukcija leša, treba da se učini blagovremeno, a blagovremeno treba i dostaviti obdukcijski izveštaj članovima porodice i omogućiti im eventualno dalje postupanje u skladu sa izveštajem, recimo podnošenje tužbe ili zadovoljenje i otklanjanje sumnji u razloge nastanka smrti.

Ponašanja sa ljudskim lešom uglavnom su veoma različita u krugu porodice, jer su ritualno vezana za religijske i običajne norme, a po pravilu se razlikuju od stava i ophođenja sa ljudskim lešom u zdravstvenoj ustanovi. U našem supkulturnom miljeu hrišćanske pravoslavne tradicije nakon umiranja telo pokojnika se kupava, spušta na zemlju obavezno i organizuje se bdenje uz pokojnika do sahranjivanja. Leš se celiva. Nakon sahranjivanja na samom grobu se uzima hrana i postoje mnogi drugi rituali vezani za leš i proces sahrane.

Posebni pregledi leša se vrše u svim slučajevima nasilne smrti. Pregledaju se prirodni otvori i nalaže obdukcija da bi se uzrok smrti sa sigurnošću utvrdio ukoliko su okolnosti umiranja nepoznate ili nepotpuno poznate lekaru. Zato postoje dve vrste obdukcije leša:

- **obdukcija u sudskomedicinske svrhe** i
- **obdukcija u dijagnostičke svrhe**, gde se utvrđuje siguran i precizan razlog smrti, to je kliničko-patološka obdukcija.

Sudsكومedicinska obdukcija se uvek radi u slučajevima nasilne smrti i u svim slučajevima nepoznatog uzroka smrti a kada postoji moguća pretpostavka da je smrt mogla biti nasilna, ili sa elementima nasilne smrti.

Kliničko-patološka obdukcija se vrši u svim situacijama kada je potrebno pouzdano utvrditi dijagnozu bolesti ako se to nije postiglo tokom života dijagnostikovanjem i lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, i u svim situacijama kada rodbina bolesnika ili bliski članovi porodice izraze sumnju u pravilnost i ispravnost postupanja lekara i zdravstvenih radnika sa bolesnikom tokom lečenja. Uverljivo ponašanje lekara i informisanje porodice je bitno jer otklanja sumnju rodbine u neispravnost preduzetih postupaka od strane i lekara i zdravstvenih radnika tokom lečenja njihovog člana porodice.

Obdukcija leša, bilo kliničko-patološka, bilo ona u sudskomedicinske svrhe, ukoliko je bolesnik umro u zdravstvenoj instituciji, ima poseban medicinskoetički i medicinskopravni i pravni aspekt. To su sledeće situacije.

1. Obdukcija se uvek i obavezno vrši ukoliko su okolnosti pod kojima je smrt nastala nepoznate, ili nedovoljno jasne.

2. Kliničko-patološka obdukcija se vrši ako osnovni razlog smrti nije klinički identifikovan. Kada za života pacijenta nije postavljena definitivna dijagnoza.

3. Kliničko-patološka obdukcija se može vršiti i u svim drugim slučajevima kada su saglasni učesnici, odnosno pacijent za života, a posle njegove smrti njegova rodbina i lekar.

4. Kliničko-patološka obdukcija neće se vršiti (već samo pod prvim stavom) ukoliko je sam pacijent za života izričito zabranio kliničko-patološku obdukciju nakon svoje smrti.

5. Kliničko-patološka obdukcija neće se vršiti, osim u situacijama datim pod stavovima 1 i 2, ukoliko se porodica protivi obdukciji.

Dopušteno je zadržavanje delova tela nakon obdukcije u zdravstvenoj instituciji radi edukacije studenata, ali i profila zdravstvenih radnika, pa i lekara. Zdravstvena institucija po utvrđenim pravilima dužna je da ukloni delove ljudskog tela ili organa nakon takvog korišćenja. Nekada se u edukativne svrhe koristi kompletan ljudski leš, posebno kada pokojnik nema rodbinu koja bi ga sahranila. Telo ili delovi tela, sahranjuju se u posebne grobnice, često u zajedničke grobnice, ili se spaljuju.

Postupci sa delovima ljudskog tela koji su odvojeni od celine organizma

Postupci sa delovima ljudskog tela koji su odvojeni od celine organizma tokom, recimo, hirurških intervencija ili dejstvom grube sile pri traumama, regulisani su propisima u okviru zakona. Pacijent ima potpuno pravo da raspolaže svojim telom i delovima svog tela. Uvek može da zatraži da bude lično informisan o rezultatu, pre svega analiza vezanih za delove tela, a zdravstvena služba je u obavezi da mu te rezultate predoči ukoliko oni nisu viši interes društva da ostanu tajna.

Medicinska etika danas u ovoj oblasti insistira na sledećim etičkim načelima.

- *Svaki pacijent (čovek) ima apsolutno pravo da raspolaže svojim telom, delovima svog tela.*
- *Ljudsko tkivo upotrebljeno kao patohistološki preparat u dijagnostičke svrhe zdravstvena institucija koja vrši taj pregled dužna je da čuva u prikladnom obliku najmanje 50 godina.*
- *Preostalo tkivo, odnosno višak, a uzeto za patohistološku dijagnostiku, spaljuje se. Postoje pravila za spaljivanje ljudskog tkiva u patohistološkim institucijama. Tom postupku obavezno prisustvuje zdravstveni radnik. Osoba koja tehnički vrši spaljivanje ljudskog tkiva naročito ne sme da zna ime bolesnika od koga tkivo potiče.*

Pacijent može zatražiti arhivski materijal koji sadrži podatke o delovima njegovog tela, ili da ih uputi na pregled u drugu instituciju o svom trošku. Ovakav slučaj, kada pacijent iz zdravstvene institucije za patologiju, na svoj zahtev, preuzme sav dokumentaciono arhivski materijal, institucija više niti čuva podatke niti daje mišljenje o tom pacijentu i njegovom oboljenju. *Smatraće se da institucija za patologiju nikada nije učestvovala u dijagnostici konkretnog bolesnog stanja.*

SUDKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE

sa medicinsko-deontološkog aspekta

"Prijatelj mi je Platon, ali mi je istina draža."

Aristotel

Sudsko medicinsko veštačenje – *expertis medico forensis* je danas naučna disciplina čiji je cilj da kroz njegov pravni sistem pomogne društvu da što približnije otkrije i primeni istinu u situacijama kada su narušene norme zaštite ljudskog života ili fizičkog i psihičkog integriteta individue. Ovo proističe iz primarnog zadatka prava, a to je da obezbedi zaštitu svakom pojedincu u datoj državnoj zajednici. Delikatnost pozicije lekara i ulozi sudskomedicinskog veštaka – eksperta je izuzetna. Lekar je dužan da kao sudskomedicinski ekspert raspolaze širokim opusom znanja naučne medicine, da ima moralne kvalitete, usvojene stavove savremene medicinske etike i znanja iz oblasti prava.

Sudskomedicinski veštak – *expertus medico forensis* je lekar koji ima dodatne obaveze. Lekar – sudskomedicinski veštak mora savesno da iznese svoje mišljenje jer njegove pogreške mogu imati nesagledive posledice. Delikatnost uloge lekara - sudskomedicinskog veštaka je definisao osnivač naše sudske medicine **Milovan Milovanović** još 1936. godine: *"U trenutku kada lekar preuzme ulogu sudsko medicinskog veštaka, on mora biti svestan da stupa u oblast suprotno zainteresovanih i u žestoku borbu suprotstavljenih stranaka. To je borba koja se vodi svim mogućim, dopuštenim i nedopuštenim sredstvima."*

LEKAR U ULOZI VEŠTAKA PRED SUDOM

sa medicinsko-deontološkog aspekta

Lekar je dužan da se odazove sudu jer zakonodavac predviđa obavezu svedočenja i veštačenja i sankcije u slučaju odbijanja ili lažnog svedočenja. Međutim, lekara niko ne može prisiliti da otkrije lekarsku tajnu. Lekar se oslobađa čuvanja lekarske tajne na zahtev suda, ali ne uvek i bezuslovno. Od etičnosti i deontološkog stava lekara zavisi da li će otkriti tajnu koju mu je saopštio pacijent, jer lekar procenjuje da li će izazvati veću štetu po pacijenta nego što je korist po društvo ako se tajna otkrije. Lekar je oslobođen čuvanja tajne i u situaciji kada ga od čuvanja tajne oslobodi sam pacijent. Neotkrivanje tajne bi u nekim slučajevima prouzrokovalo štetne posledice po društvo veće nego što je korist za pacijenta. Recimo, ako pacijent boluje od neke zarazne bolesti u svrhu sprečavanja širenja te zaraze na druga lica, ili pak ako je pacijent duševno poremećena osoba i nije sposobna za vršenje pravnih radnji, recimo zaveštanja testamentom itd.

Lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka može da bude u dilemi da li da oda profesionalnu **tajnu**. Da bi, izbegao brojne etičke dileme ukoliko veštači u slučaju svog pacijenta, najsvrsishodnije je da se ne prihvati veštačenja.

Postoji i institut *povrede tajnosti postupka*, što znači da lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka tokom procesa veštačenja može saznati brojne činjenice o licima koja učestvuju u tom postupku, a otkrivanje tih pojedinosti moglo bi da izazove štetu po te osobe (recimo, utvrđen koeficijent inteligencije i dr.). Takva saznanja lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka mora da čuva kao svoju pozivnu tajnu a istovremeno i kao službenu tajnu.

Deontološki aspekt mogućih problema za lekara u ulozi sudskomedicinskog veštaka odnosi se i na netačnost davanja iskaza, mišljenja i zaključka u sudnici. Ovakve situacije, nažalost, češće su nego što se pretpostavlja, neke od njih se pravovremeno otkriju i isprave, ali se neke ne otkriju i prerastu u pravnu sankciju, što implicuje odgovornost lekara veštaka, materijalnu, krivičnu i moralnu. Te situacije su poznate kao *lažno veštačenje* i predstavljaju svesno i namerno učinjeno *male fide*, iz različitih razloga. U lažna veštačenja treba ubrojiti i sva lažna data lekarska uverenja. Zakonodavac predviđa stroge sankcije za lekara u svim situacijama lažnog veštačenja ili davanja lažnog iskaza, ili potpisivanja lažnog nalaza.

Pogrešno veštačenje je nenamerno, netačno dato mišljenje i zaključak lekara u ulozi sudskomedicinskog veštaka, najčešće iz neznanja, brzopletosti, nepažnje itd. Ovakva deontološka ogrešenja lekara u ulozi sudskomedicinskog veštaka su vezana za stručnu medicinsku manjkavost, medicinskopravnu ili medicinskoetičku insuficijentnost u takvog lekara. *Opasnost je veća ukoliko lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka zna da je njegovo veštačenje pogrešno, a ne učini da ga isprave lekari koji tu problematiku bolje poznaju od njega, ili može i da sam ispravi svoju uočenu grešku.*

Konačno, *sudskomedicinsko veštačenje je posebna veština za koju je neophodno specifično prethodno znanje i danas se izučava kao posebna grana naučne medicine*. Smatram da naši brojni lekari ne shvataju značaj sudskomedicinskog veštačenja kao posebnost naučne medicine i čak sudskomedicinsku ekspertizu i pristup davanju ekspertiznog mišljenja gledaju potcenjivački.

Problem ima i drugu dimenziju. Lekar kao sudskomedicinski veštak, ukoliko ne poznaje principe sudskomedicinskog veštačenja, ili nema dodatna znanja iz oblasti prava, verovatno će kršiti načela medicinske etike davanju ekspertiznog mišljenja i zaključka. Etičku insuficijentnost i nedoslednost uslovljavaju nizak stručni nivo lekara i neznanje medicine.

Lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka prihvatajući se veštačenja, preuzima stručnu i etičku odgovornost, ali i obavezu da veštačenje zasnuje na poštenju, istinoljubivosti, visokom stepenu kritičnosti prema sopstvenom znanju i ličnoj častnosti da se pred licem javnosti i suda, izjasni da nešto ne zna. Lekar ne učestvuje samo u obezbeđivanju zdravstvene zaštite već je vršeći svoju profesiju odgovoran i za pravnu sigurnost i legalitet pred zakonom svog pacijenta kao člana zajednice, ali preko njega i same zajednice.

ODAVANJE MEDICINSKE TAJNE NA ZAHTEV SUDA

sa medicinsko-deontološkog aspekta

Medicinska tajna su ona saznanja o pacijentu, koje se ne mogu saopštiti drugim licima, a da time ne bude povređena ličnost bolesnika ili interesi zajednice.

Lekarska tajna i profesionalna tajna su prihvaćeni u lekarskoj profesiji od samog nastanka medicine i medicinske etike. Lekar je obavezan da čuva lekarsku tajnu.

Kriminalne radnje ili dela mogu za posledicu imati povrede ili bolesti pojedinca ili grupe. Lekar je u takvim situacijama u prilici da uz pružanje medicinske pomoći sazna i činjenice vezane za pacijenta koje predstavljaju lekarsku tajnu. Jednostavan primer: neko povređen u saobraćajnoj nesreći zatraži pomoć lekara, on određujući prirodu povreda, utvrdi i da je vozač pod uticajem alkohola, to je već lekarska ili profesionalna tajna i lekar je dužan da je čuva, a nije dužan da je otkrije. Naizgled je ista situacija ali je ponašanje lekara potpuno suprotno kada državni službenici, dovedu lekaru na pregled i lečenje povređenog u saobraćajnoj nesreći sa zahtevom da uz to utvrdi i stepen njegove alkoholisanosti.

Lekarskoj tajni se pridaje izuzetan značaj, jer se njeno odavanje smatra u pozitivnom pravu društveno opasnim delom i svrstava se među krivična dela protiv prava čoveka i građanina (član 141. Krivičnog zakona Republike Srbije iz 2006. godine: *Advokat, lekar ili drugo lice koje neovlašćeno otkrije tajnu koju je saznalo u vršenju svog poziva, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine...*)

Lekar ili drugi zdravstveni radnik, ili drugo lice koje neovlašćeno otkrije tajnu koju je saznalo u obavljanju svog poziva, kazniće se prema određenom članu Krivičnog zakonika. *Studenti medicine i stomatologije podležu odgovornosti za odavanje medicinske tajne kao "druga lica" prema Krivičnom zakonu.* Krivični zakon Republike Srbije (od 1. januara 2006. godine) u članu 141 razmatra neovlašćeno otkrivanje tajne, a u članu 172 iznošenje ličnih i porodičnih podataka:

Neovlašćeno otkrivanje tajne – Član 141.

(1) *Advokat, lekar ili drugo lice koje neovlašćeno otkrije tajnu koju je saznalo u vršenju svog poziva, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.*

(2) *Neće se kazniti za delo iz stava 1. ovog člana ko otkrije tajnu u opštem interesu ili interesu drugog lica, koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.*

Iznošenje ličnih i porodičnih prilika – Član 172.

(1) *Ko iznosi ili pronosi štogod iz ličnog ili porodičnog života nekog lica što može škoditi njegovoj časti ili ugledu, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do šest meseci.*

(2) *Ako je delo iz stava 1. ovog člana učinjeno putem štampe, radija, televizije ili sličnih sredstava ili na javnom skupu, učinilac će se kazniti novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.*

(3) *Ako je ono što se iznosi ili pronosi dovelo ili moglo dovesti do teških posledica za oštećenog, učinilac će se kazniti zatvorom do tri godine.*

NEOPHODNI A POSEBNI MEDICINSKOETIČKI KVALITETI LEKARA PRED SUDOM

Lekar kao sudskomedicinski veštak mora imati visok stepen stručnog znanja iz oblasti za koju se angažuje kao veštak i posebno visok nivo moralnih i medicinskoetičkih kvaliteta.

Potrebe savremene države su takve da se sudskomedicinski veštaci biraju iz redova najpoznatijih stručnjaka i poznavalaca naučne medicine sa moralnim i etičkim kvalitetima i kao takvi određuju se i imenuju u "Službenom glasniku Republike Srbije". Nabrojani kvaliteti lekara odabranog za sudskomedicinska ekspertizna davanja mišljenja su neophodnost, jer takva mišljenja i zaključivanja lekara – sudskomedicinskog veštaka, za posledicu imaju izricanje sankcije nekome, dužinu trajanja i oblik te sankcije i moguće narušavanje brojnih drugih kvaliteta života nekog pojedinca ili više njih.

Lekar angažovan u sudskomedicinskom veštačenju treba da ispunjava sledeće uslove.

A) *Visoko moralne i medicinskoetičke kvalitete, kao i kvalitete strukture ličnosti.* Lekar – sudski veštak ne sme da podleže sugestibilnosti, mora da kontroliše sopstveno ponašanje, da bude nepristrasan, da može da uoči sopstvenu grešku i prizna je na vreme, kao i da u davanju svojih iskaza izbegne sugestivnost. Neophodni kvaliteti lekara sudskomedicinskog veštaka su:

1. **Nesugestivnost** je neophodan kvalitet mentalnog sklopa lekara – veštaka, jer je neprihvatljivo da na njega utiče, recimo sama atmosfera u sudnici, koja je neretko prepuna veoma intenzivnih emocionalnih izliva tuge, srdžbe, mržnje i posebno oštrih kvalifikacija. Lekar mora da računa na to kad je u ulozi lekara – sudskomedicinskog veštaka i da ostane dosledan davanju svog iskaza i mišljenja, kao i zaključivanja samo na principima medicinske struke i zasnovanog na sopstvenom znanju. Lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka ne može očekivati tradicionalan odnos pacijent – lekar. U sudnici stavovi njegovog pacijenta mogu biti zlonamerni, bez etičkih i moralnih načela dobronamernosti i poštovanja. Lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka konačno, prihvatajući se te uloge, mora znati da davanje izjave, mišljenja i zaključka uvek ne zadovoljava očekivanje i u suprotnosti je sa zahtevima jedne strane u sporu.

2. **Kontrola sopstvenog ponašanja** je obaveza lekara u ulozi sudskomedicinskog veštaka, a podrazumeva očuvanje ličnog dostojanstva i dostojanstva lekarske profesije. To je moguće ukoliko veštak usvoji iznete stavove i pod svesnu kontrolu stavi svoje emocije. Ponašanje stranaka u sporu u samoj sudnici i tokom prikupljanja podataka u veštačenju ne sme izazvati u lekaru - sudskom veštaku "*emocionalni reciprocitet*". Često će se dogoditi da stranke u sporu, ili jedna od njih, ističu da je lekar - sudskomedicinski veštak pristrasan, ili nekorektan.

Lekar – sudskomedicinski veštak mora kontrolisati sopstveno ponašanje i sopstvene emocije, te ne sme uzvratiti arogantno ili sa pozicija medicinske superiornosti. Lekar – sudskomedicinski veštak ne sme da stupa u bilo kakav konflikt sa strankama u sporu.

3. **Nepriistrasnost lekara – sudskomedicinskog veštaka** u davanju izjave, mišljenja ili zaključka mora biti potpuna i bez ostatka. Nedopustiv je revanšistički stav lekara – sudskomedicinskog veštaka u odnosu na, recimo, pravnog zastupnika – advokata neke stranke, koji može biti takav da vređa ličnost i dostojanstvo lekara. Mišljenje lekara dato u sudnici je javno

i uvek mora biti zasnovano samo na činjenicama, jer bi se u protivnom ogrešio o etičnost proizvodeći štetu drugoj strani u sporu. Lekar – sudskomedicinski veštak svoju apsolutnu nepristrasnost mora očuvati i ako je navođen da navijački uobličiti svoje mišljenje i zaključak, pa makar to za njega imalo materijalnu ili neku drugu korist.

4. Samokritičnost lekara – sudskomedicinskog veštaka je neophodan i podrazumevaajući kvalitet. Očekuje se od odabranog lekara kao veštaka da svoju grešku uoči na vreme i prizna je javno u sudnici. Obrnuto ponašanje lekara – sudskomedicinskog veštaka samo će naneti štetu njegovoj stručnoj vrednosti, ali i lekarskoj profesiji uopšte, jer pokušavajući da nekritično ostane dosledan u grešci, upadaće samo u dalja stručna i moralna ogrešenja.

5. Sugestivnost je neprihvatljivo činjenje lekara – sudskomedicinskog veštaka. Lekar doprinosi pravnom razjašnjenju nekog sudskopravnog problema, a nikako ne sme svojom izjavom, mišljenjem i zaključkom, sugerisati sudu stav, odluku ili presudu. Sud je nadležan da donese presudu uvažavajući mišljenje veštaka, ali i brojne druge relevantne, činjenice i argumente koje tokom vođenja postupka prikupi. Uprkos tome što je vrlo često mišljenje lekara – sudskomedicinskog veštaka više od pola presude, lekar se uvek i bezrezervno mora odreći sugestivnog stava i sugestivnog predlaganja sudu.

B) Drugi uslov koji mora da ispunjava lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka je izvanredno poznavanje svoje osnovne struke u kojoj je, po pravilu specijalista ili supspecijalista. Lekar u svojstvu sudskomedicinskog veštaka treba da prihvati veštačenje samo iz one oblasti koju odlično poznaje i koja je vezana za njegovu specijalnost. Očekuje se od njega da javno prizna da nešto nedovoljno zna i da sud za tu priliku potraži kvalifikovanijeg lekara veštaka. Ovakav stav lekara je visoko etičan, a nikako degradirajući, jer prihvatajući da veštači u problematiki koja mu nije bliska on rizikuje štetu sopstvenom stručnom liku, ali i lekarskoj profesiji uopšte.

Naš Krivični zakon predviđa obavezu lekara da se po određenju suda odazove u svojstvu sudskomedicinskog veštaka. To izgleda apsurdno, ali Krivični zakon i predviđa da ne pojavljivanje lekara pozvanog u svojstvu sudskomedicinskog veštaka mora da se opravda. Opravdanje se može ostvariti i izjavom lekara da za tu oblast nema dovoljno stručnog znanja i da se ne smatra apsolutno stručno kompetentnim što će Sud najčešće prihvatiti.

C) Lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka mora dodatno da usvoji i određena znanja iz Zakona o krivičnom postupku i neke pravne pojmove kao što su, nehat, vinost, svesni i nesvesni nehat, umišljaj, uračunljivost itd. Lekar – sudskomedicinskom veštaku ova znanja su neophodna jer tako izbegava mogućnost greške u situaciji tzv. pravne zamke, da sledeći čvrste medicinske činjenice, postane nesvesno i nepotrebno sam tumač prava, te preuzme ulogu branioca, ili sudiye ili tužioca, u samoj sudnici.

D) Lekar u ulozi sudskomedicinskog veštaka mora usvojiti i ovladati posebnom forenzičkom terminologijom. Činjenice zasnovane na znanju lekarske profesije, odnosno stručnom znanju i znanju naučne medicine, lekar u sudnici mora prezentirati prilagođenim rečnikom. **Mišljenje, izjava i zaključak** lekara u ulozi sudskomedicinskog veštaka jezički i terminološki moraju biti izneti tako da ih razumeju zainteresovane strane u sporu, sudija i porotnici.

PRAVNOMEDICINSKO-ETIČKI STAVOVI PREMA GREŠKAMA U MEDICINI

Naučna medicina je danas zasnovana na ogromnom kvantumu naučnih saznanja i tehničkih dostignuća. To je nametnulo posebne nove moralne, medicinskoetičke i pravne odgovornosti lekara, kao i drugih zdravstvenih radnika, u obavljanju profesije. Tokom XX veka skoro sve državne zajednice su u svoje zakone ugradile medicinskoetičke i medicinskopravne norme, koje se odnose na lekarsku profesiju i druge zdravstvene radnike.

Država svakom pojedincu zakonskim propisima nameće odgovornost za izazvanu štetu prema drugom licu ili njegovoj imovini, ili prema zajednici. Pojedinaac je odgovoran i za nanošenje štete nečinjenjem, propustom i nemarom. Tako je lekar danas izložen riziku da bude sankcionisan zbog moralnih, medicinskoetičkih, pravnih i medicinskopravnih propusta u radu.

Više je razloga da lekar, kao i drugi zdravstveni radnik bude pravno sankcionisan:

1. Lekar je odgovoran po pozitivnom zakonodavstvu danas u svim državama, a to je regulisano i Međunarodnim pravnim normama, ukoliko ne poznaje prihvaćena pravila ili ih se ne pridržava u vršenju profesije, što se kvalifikuje kao vitium artis – stručna greška.

2. Lekar kao predstavnik profesije odgovoran je i za ogrešenja o načela humanosti.

3. Lekar u vršenju svoje profesije može iz nesmotrenosti i nemarnosti naneti štetu bolesniku i zbog toga je odgovoran i snosi sankcije predviđene pozitivnim zakonodavstvom u svakoj državnoj zajednici.

Medicinsko pravo je nova pravna oblast koju brojni autori razmatraju tako što izvor odgovornosti lekara ne vide u prekršaju zakonskih propisa u smislu delikta, nego smatraju da ona proističe iz nedoslednog pridržavanja oduvek u lekarskoj profesiji postojećeg prećutnog ugovora između lekara i pacijenta. *Pravna nauka razmatra postojanje krivice samo kada je učinilac uzrokovao štetu namerno ili nepažnjom, a isključuje se odgovornost:*

– u slučaju nužne odbrane,

– potrebe obavljanja radnji da bi se izbegla šteta od drugog i

– u slučajevima pristanka drugog lica da doživi štetu. Znači, pristanak drugog lica da doživi štetu zakon ne sankcioniše (na primer, namerno povređivanje da bi se izbegao odlazak u vojku), ali sa aspekta medicinske i lekarske etike to je nedopustivo.

Odnos lekar – pacijent podrazumeva po pravnoj nauci privatnopravni ugovor u kome postoji obostrani i jedinstven cilj – izlečenje od bolesti. Za vreme trajanja tog odnosa lekar:

1. je dužan da sa pacijentom postupa savesno primenjujući saznanja aktuelne medicinske nauke;

2. nije odgovoran za neuspešno lečenje zbog nemoći medicinske nauke u praktičnoj primeni;

3. ne povlači odgovornost za neuspešno lečenje proisteklo iz lege artis primenjenog lekarskog znanja i veštine;

4. je odgovoran samo zbog neuspešnog lečenja ili letalnog ishoda bolesti ukoliko nije imao potrebno znanje ili ga nije primenio.

Lekar, kao i zdravstveni radnik uopšte, dužan je da postupa u skladu sa aktuelnim znanjem medicinske nauke, sa pozivom na stručnu literaturu i fakultetsku udžbeničku literaturu, ali uz slobodu ličnog izbora načina lečenja i tretmana. Od lekara se ne zahteva da po unapred preciziranim protokolima primenjuje brojne medicinske tehničke procedure identično na svakom pacijentu obolelom od iste bolesti, jer bi time uloga lekara bila obezvređena, a takva krutost bi zaustavila razvoj medicinske nauke.

Nastale moguće štetne posledice po pacijenta tokom lečenja ili ukupnog odnosa lekar - pacijent, ukoliko su proistekle iz neznanja, ne oslobađaju lekara od odgovornosti.

Neophodno je da postoji **kauzalna veza između pogreške lekara ili njegovog propusta i nastale posledice** da bi se utvrdila odgovornost i primenila sankcija. Presudnu ulogu pri tome igraju stav i stručno mišljenje veštaka, a teret dokazivanja odgovornosti lekara u takvoj situaciji je na pacijentu. Lekar, kao i drugi zdravstveni radnik, se sankcioniše u situacijama nepružanja medicinske pomoći, u situaciji dokazanog nesavesnog lečenja, te u situaciji vršenje kriminalnog abortusa, eutanazije, odavanja tajne, povrede načela medicinske nauke i povrede načela humanosti – ova poslednja nije krivično delo.

Medicinsko pravo predviđa tri nivoa odgovornosti za lekara i zdravstvenog radnika:

1. **disciplinska odgovornost** zbog ogrešenja o načela i dužnosti u profesionalnim udruženjima i organizacijama i u medicinskim institucijama;
2. **administrativna odgovornost** usled ogrešenja u obavljanju službeničkog odnosa i javne funkcije, a sankcije izriču upravni organi;
3. **krivična odgovornost**, proističe iz ogrešenja o norme koje postavlja krivični zakonik, a koji donosi država.

Lekari i svi zdravstveni radnici za učinjena deontološka ogrešenja, pre svega, ona koja prouzrokuju štetu pacijentu ili drugim licima ili zajednici, sankcionišu se disciplinski, administrativno ili krivično iz sledećih razloga:

1. **Neetičko ponašanje lekara motivisano** željom za zaradom, lenjošću, taštinom, lakomislenošću, narcizmom, naučničkom radoznalošću, seksualnim interesima. Lekarska greška kvalifikovana kao *nesavesno lečenje* retko je uzrokovana namerom - umišljajem, a najčešće nastaje zbog svesnog ili nesvesnog nehata.

2. **Nesvesni nehat pri vršenju lekarske profesije** podrazumeva da takav lekar ili drugi zdravstveni radnik nisu svesni svoje nesavesnosti u postupku sa pacijentom. Lekar, po pravilu, nije svestan ni toga da će takvim radom pogoršati zdravlje svog pacijenta. Primer je, recimo, kada hirurg upotrebi za operaciju nedovoljno sterilisane instrumente i time izazove pije-mične (gnojne) posledice ili sepsu.

3. **Svesni nehat** postoji ukoliko lekar zna za posledice i preduzme postupak ili radnju nad pacijentom misleći da se neće baš tada dogoditi nešto loše.

4. **Seksualni interesi** mogu biti razlog neetičkog rada i ponašanja lekara ili drugog zdravstvenog radnika. Odnose se na zavođenje odraslih pacijenata suprotnog pola, što zakon ne sankcioniše, ali je i to za osudu po medicinskoetičkim principima i deontološkim načelima

lekarske tradicije. Krivična odgovornost je predviđena pozitivnim zakonima za sva lica, a posebno za lekare u slučajevima zavođenja i činjenja bludnih radnji nad fizički ili mentalno iscrpljenim i nemoćnim licima. Lekari obavljaju preglede radi dijagnostike koji često podsećaju na bludne radnje, recimo rektalni digitalni tuše, rektoskopija, pregled dojki, digitalni vaginalni pregled žena i neretko doživljavaju neprijatnost da od pacijenta budu optuženi za bludne radnje, iako su to bile samo procedure pregleda. Da bi se izbegla ova situacija uvedena su pravila obavljanja takvih pregleda kojih lekar u okviru medicinske etike treba da se pridržava i time izbegne optužbe.

5. **Naučnička radoznalost lekara u vršenju profesije** može imati za posledicu grešku po pacijenta tokom tretmana. Ovo se odnosi na prihvaćenu i rasprostranjenu primenu, posebno dijagnostičkih, a i terapijskih procedura, kao što su kateterizacija, arteriografija, upotreba izotopa, endoskopija itd. Ove dijagnostičke procedure nose rizike i lekar mora obuzdati svoju naučniku ili istraživačku radoznalost i treba da ih primenjuje u samo onim situacijama kada postoje stroge indikacije.

6. **Defekt u znanju lekara, odnosno nedovoljno znanje** nije, nažalost, retka pojava, naročito zbog toga što je naučna medicina postigla ogromnu riznicu saznanja. Lekar se za nedovoljno znanje ne može opravdati i biti pošteđen od sankcije ukoliko je izazvao štetne posledice po pacijenta, odnosno bolesnika. Činjenica je da neznanje u savremenoj medicini može imati kobne posledice po bolesnog.

7. **Lekar mora blagovremeno da prizna svoju pogrešku** ukoliko ona nastane tokom neke dijagnostičke ili terapijske procedure nad pacijentom i pristupi preduzimanju onih radnji koje treba da umanje posledicu po pacijenta od počinjene greške ili mu spasi život. Blagovremeno priznavanje svoje greške je izuzetno značajan aspekt medicinske etike i lekarske etike. U svakodnevnom profesionalnom radu lekara, nažalost ili na sreću, nalazimo brojne primere pogrešaka ali i njihovog blagovremenog priznavanja. Moguće je, recimo, da lekar ginekolog vršeći abortus u dispanzerskim uslovima kiretom probije zid uterusa, etično je da grešku odmah prizna i informiše bolesnicu i uputi je u stacionarnu ustanovu ginekološko-akušerskog profila, a ne da grešku prećuti i bolesnicu uputi kući.

8. **Lekar je naročito odgovoran i za propuste drugih zdravstvenih radnika** koji su mu po hijerarhiji potčinjeni. Lekar ne sme zahvate koji su u domenu lekarske profesije prepuštati ili prenositi na zdravstvenog radnika nižeg ranga od sebe, jer je krivično i moralno u takvoj situaciji, odgovoran samo taj lekar.

NADZOR NAD KVALITETOM RADA LEKARA I ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Savremena naučna medicina i njena primena u praksi, odnosno u zdravstvenoj zaštiti stanovništva spada među primarne interese zajednice. Zato podleže unutrašnjem i spoljašnjem stručnom nadzoru i kontroli. Stručni nadzor nad kvalitetom rada lekara i zdravstvenih radnika po zasnovanosti je dvojak i sprovodi se kao:

- *pojedinačan stručni nadzor nad radom lekara i drugih zdravstvenih radnika;*
- *stručni nadzor nad radom zdravstvene ustanove (instituta, klinika, bolnica, dispanzera).*

I. Stručni nadzor nad kvalitetom rada lekara i zdravstvenih radnika vrši se pojedinačno. Sprovodi se kao unutrašnji stručni nadzor, a realizuju ga rukovodeći radnici u datoj zdravstvenoj ustanovi. Ovaj nadzor podrazumeva svakodnevnu kontrolu rada lekara pojedinca, i to kroz vizite, jutarnje stručne sastanke, raporte lekara i zdravstvenih radnika itd. Spoljašnji stručni nadzor rada lekara pojedinca i zdravstvenog radnika sprovodi se preko državnih resora i profesionalnih udruženja (ministarstvo i komore).

a) **Etički komitet** (etički odbor) prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, mora da formira svaka zdravstvena institucija. *Etički komitet je sastavljen od lekara ili zdravstvenih radnika iz te ustanove, ali ima i članove iz društvene zajednice, najčešće nemedicinskog profila* (pravnici, ekonomisti, socijalni radnici i dr.).

b) **Kontrola rada lekara, kao i zdravstvenih radnika moguća je i preko patomorfološke dijagnostike.** Patoanatomija i patohistologija kao posebne grane medicine, u kontekstu sa dopunom kliničkih disciplina, kompetentne su za sprovođenje kontrole rada u zdravstvu.

c) **Rad lekara, kao i svih zdravstvenih radnika, može se kontrolisati i obdukcijom** umrlog pacijenta. Obdukcija može biti u kliničko-patološke svrhe i u sudskomedicinske svrhe. Obdukcija je danas najefikasnije sredstvo kontrole rada lekara, kao i zdravstvenog osoblja jer se, nažalost, brojne bolesti završavaju letalnim ishodom i često su predmet sporenja.

II. Stručne komisije koje formira ministarstvo zdravlja obavljaju nad zdravstvenom ustanovom stručni nadzor kao obavezu države i njenog resornog ministarstva zdravlja. Takve komisije postoje za određene medicinske grane.

Ministarstvo zdravlja kao organ vlade ima obavezu da u određenim vremenskim razmacima izvrši kontrolu rada zdravstvenih institucija (najčešće na 6, 4 ili 2 godine). Vanredni nadzor ministarstvo može sprovesti po zahtevu državnih institucija (tužilaštva, istrage, suda...), druge zdravstvene ustanove i grupe građana. Pri kontroli rada zdravstvene ustanove ostvaruje se uvid u način rada te zdravstvene ustanove, njenih posebnih jedinica i odeljenja i sačinjava se izveštaj uvek u pisanoj formi sa obaveznom završnom ocenom kvaliteta rada. Ukoliko postoje primedbe, onda se u zapisnik komisije unose predlozi za otklanjanje nedostataka u radu te zdravstvene institucije.

Spoljašnji nadzor nad radom lekara kao i zdravstvenog osoblja i funkcionisanjem zdravstvene institucije uglavnom je u najbitnijem delu u nadležnosti društvene zajednice.

Napredak naučne medicine je u toj meri eksplozivan da je i unutrašnji i spoljašnji nadzor nad kvalitetom rada lekara više nego neophodnost.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije (od 02.12.2005.) reguliše poglavljem: Kvalitet zdravstvene zaštite, provera kvaliteta stručnog rada i akreditacija.

Član 203. *"Pod kvalitetom zdravstvene zaštite u smislu ovog zakona podrazumevaju se mere i aktivnosti kojima se, u skladu sa savremenim dostignućima medicinske, stomatološke i farmaceutске nauke i prakse, kao i savremenim dostignućima nauke i prakse koja doprinosi višem nivou kvaliteta zdravstvenih usluga koje pružaju zdravstveni saradnici, povećavaju mogućnosti povoljnog ishoda i smanjuje rizik nastanka neželjenih posledica po zdravlje i zdravstveno stanje pojedinca i zajednice u celini.*

Kvalitet zdravstvene zaštite procenjuje se u postupku provere kvaliteta stručnog rada, u skladu sa ovim zakonom."

Proveru kvaliteta stručnog rada reguliše član 204.:

"Pod proverom kvaliteta stručnog rada, u smislu ovog zakona, podrazumeva se postupak provere kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse i zdravstvenih radnika."

Član 205. *"Provera kvaliteta stručnog rada vrši se kao:*

1. unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada; 2. spoljna provera stručnog rada.

Unutrašnja provera kvaliteta stručnog rada u zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi sprovodi se na osnovu izvršenog godišnjeg programa rada. Zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici za kvalitet stručnog rada odgovaraju stručnom rukovodiocu organizacione jedinice, odnosno službe. Stručni rukovodilac za kvalitet rada zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika odgovara direktoru zdravstvene ustanove, odnosno osnivaču privatne prakse.

Spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada reguliše član 208.:

"Spoljna provera kvaliteta stručnog rada može biti redovna i vanredna.

Redovnu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada organizuje i sprovodi Ministarstvo na osnovu godišnjeg plana provere kvaliteta stručnog rada koji donosi ministar.

Vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada sprovodi Ministarstvo na zahtev građana, privrednog društva, ustanove, organizacije zdravstvenog osiguranja i državnog organa."

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije u 15. poglavlju predviđa:

Član 259. *"Novčanom kaznom od 30.000,00 do 50.000,00 dinara kazniće se za prekršaj zdravstveni radnik (navedeno je nekoliko situacija od ukupno 18 iz ovog člana, prim. aut.):*

- 1. ako pacijentu ne da obaveštenje koje je potrebno da bi pacijent doneo odluku o pristanku ili nepristanku na predloženu medicinsku meru ili ako pacijentu onemoguću uvid u troškove lečenja (član 28);*
- 2. ako drugim licima saopšti lične podatke pacijenta za koje je saznao, odnosno koje mu je pacijent u toku pružanja zdravstvene zaštite saopštio (član 30 stav 2);*
- 3. ako u medicinsku dokumentaciju pacijenta ne upiše podatak o pristanku ili odbijanju pacijenta na predloženu medicinsku meru (član 33 stav 3);*
- 4. ako napusti radno mesto posle isteka radnog vremena, a da mu nije obezbeđena zamena, čime je narušeno obavljanje zdravstvene delatnosti ili ugroženo zdravlje pacijenta (član 170);*
- 5. ako obavlja tradicionalnu medicinu primenom metoda i postupaka za koje nije dobio dozvolu Ministarstva (član 235 – 237).*

VRSTE KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Radi unapređivanja uslova za obavljanje profesije doktora medicine, doktora stomatologije, diplomiranih farmaceuta, diplomiranih farmaceuta medicinske biohemije i doktora medicine specijalista kliničke biohemije, medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara, zaštite njihovih profesionalnih interesa, organizovanog učešća na unapređivanju i sprovođenju zdravstvene zaštite i zaštite interesa građana u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu tokom 2006. godine u Republici Srbiji zakonom su osnovane:

1. **Lekarska komora Srbije,**
2. **Stomatološka komora Srbije,**
3. **Farmaceutska komora Srbije,**
4. **Komora biohemičara Srbije,**
5. **Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije.**

Lekarska komora Srbije reosnovana je 2006. godine, nastavljajući tradiciju Lekarske komore Srbije osnovane 1901. godine (godine 1945. komora je preimenovana i iste godine joj je zabranjen rad). Lekarska komora Srbije donela je 28. septembra 2006. godine Statut Lekarske komore Srbije. Skraćeni naziv je LKS, a engleski naziv SERBIAN MEDICAL CHAMBER, sa sedištem u Beogradu (ovaj tekst je u okruglom pečatu komore). U sastavu Lekarske komore Srbije su:

1. *Regionalna lekarska komora Beograda,*
2. *Regionalna lekarska komora Vojvodine, sa sedištem u Novom Sadu,*
3. *Regionalna lekarska komora za jugoistočnu Srbiju sa sedištem u Nišu,*
4. *Regionalna lekarska komora za centralnu i zapadnu Srbiju sa sedištem u Kragujevcu,*
5. *Regionalna lekarska komora Kosova i Metohije sa sedištem u Kosovskoj Mitrovici.*

Zakonom su regulisani organizacija i rad komore i predviđeni su sledeći organi:

1. skupština;	6. komisija za posredovanje;
2. upravni odbor;	7. sud časti I stepena;
3. nadzorni odbor;	8. sud časti II stepena;
4. direktor;	9. odbori;
5. etički odbor;	10. druga tela utvrđena statutom.

Mandat članova organa traje do 4 godine.

Lekarska komora Srbije obavlja poverene poslove kao javna ovlašćenja, među kojima su donošenje kodeksa medicinske etike Komore, vršenje upisa lekara i vođenje centralne evidencije svih članova Komore, organizovanje sudova časti komore itd.

Lekarska komora Srbije septembra 2006. godine donela je *Kodeks profesionalne etike Lekarske komore Srbije* kojim su utvrđena etička načela u obavljanju profesionalnih dužnosti lekara prema pacijentima, međusobni odnos lekara i odnos lekara i zajednice.

Tokom 2006. godine statute, kao i profesionalne etičke kodekse donele su i ostale komore zdravstvenih radnika u Republici Srbiji.

KODEKS PROFESIONALNE ETIKE MEDICINSKIH SESTARA I ZDRAVSTVENIH TEHNIČARA SRBIJE

Skupština Komore medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije konstituisana je 16. 09. 2006. godine donošenjem Statuta.

Naziv Komore je "**Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije**" sa sedištem u Beogradu. Komora je instituisana po prvi put u istoriji Srbije i deluje na teritoriji cele Republike. Komora je obavezna, nezavisna i profesionalna organizacija medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara koji u državnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi ili kod drugih poslodavaca obavljaju iz svog domena poslove zdravstvene delatnosti kao profesiju. Komora je pravno lice sa obavezama i odgovornostima utvrđenim Zakonom a u pravnom prometu sa trećim licem istupa samostalno i neograničeno u svoje ime i za svoj račun.

Rad Komore i njenih organa je javan. Javnost u radu ostvaruje se javnim sednicama Komore i putem sredstava informisanja informacijama o svom radu.

Komora medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije je ovlašćena da:

1. donese kodeks profesionalne etike;
2. vrši upis medicinskih sestara i vodi imenik Komore;
3. izdaje, obnavlja i oduzima odobrenje za samostalni rad članovima Komore;
4. posreduje u sporovima između članova Komore i korisnika zdravstvenih usluga;
5. organizuje Sudove časti u situacijama povrede profesionalnih dužnosti;
6. izriče disciplinske mere članovima Komore i vodi protokol o tome;
7. zastupa i štiti profesionalne interese članova Komore u obavljanju profesije;
8. stara se o ugledu članova Komore u skladu sa etičkim kodeksom;
9. predlaže listu nadzornika za redovnu i vanrednu spoljnu proveru kvaliteta stručnog rada u skladu sa Zakonom;
10. daje inicijativu za bliže utvrđivanje načina obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara kao i njihovog stručnog usavršavanja.

Komora kao svoje organizacione jedinice ima:

1. Ogranak za *Beograd*;
2. Ogranak za *Vojvodinu*;
3. Ogranak za *Niš*;
4. Ogranak za *Užice*;
5. Ogranak za *Kragujevac*;
6. Ogranak za *Kosovo i Metohiju*.

Kodeks profesionalne etike medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije donesen je septembra 2006. godine na osnovu Zakona o Komorama medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije. Kodeksom profesionalne etike utvrđena su načela obavljanja profesionalnih dužnosti medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije. Kodeksom je uređen odnos članova Komore prema pacijentima i međusobni odnos članova Komore. *Odredbe Etič-*

kog kodeksa obavezujuće su za sve članove Komore. Član Komore koji povredi Etički kodeks vrši povredu profesionalne dužnosti i ugleda člana Komore te podleže disciplinskoj odgovornosti u skladu sa Zakonom.

Načela Kodeksa profesionalne etike medicinskih sestara Srbije su:

- a) Časna životna dužnost da svoju profesionalnu aktivnost što savesnije, požrtvovanije, humanije i prema svom najboljem znanju i veštini posveti pacijentu;
- b) Pruža u okviru svoje profesionalne osposobljenosti zdravstvenu zaštitu poštujući ljudsko telo i privatnost pacijenta;
- c) Poštuje ljudski život od njegovog početka do smrti;
- d) Stručnu pomoć pruža svima jednako bez obzira na godine života, pol, rasu, veroispovest, obrazovanje, nacionalnu pripadnost, društveni položaj ili drugo lično svojstvo;
- e) Uvek poštuje ljudska prava i dostojanstvo svakog pacijenta.

Međusobni odnosi medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Srbije zasnivaju se na korektnosti, iskrenosti, poštovanju i razmeni iskustva. Suština je odredaba Etičkog kodeksa poštovanje kolege na način kako bi svako želeo da se druge kolege odnose prema njemu.

Etički kodeks posebno uređuje i insistira na:

1. odnosu prema profesorima, starijim kolegama i prema pretpostavljenima, obavezuje na poštovanje stručnog iskustva starijih i pretpostavljenih koji mlađim kolegama treba da služe za ugled;
2. profesionalnoj i ljudskoj međukolegijalnoj solidarnosti, solidarnost i drugarstvo među kolegama izražava se posebno brigom za obolele kolege;
3. razvijanju i zaštiti dobrih međuljudskih odnosa. Razlike u mišljenjima ne smeju da izazivaju sporove ili narušavaju pravila međukolegijalnog ponašanja.
4. poštujućem mišljenju o drugom kolegi. Nije dopušteno iznošenje negativnog mišljenja o kolegi, posebno u prisustvu pacijenata, osoblja ili laičke javnosti. Podcenjivački komentari, uvrede i neopravdane kritike kolega predstavljaju sramotu i degradaciju profesije. Stručna kritika je prihvatljiva i treba da bude objektivna, argumentovana, bez lične ostrašćenosti i samo na sastancima struke, poželjno u prisustvu i kritikovanog kolege.

Sud časti u funkciji je odlučivanja o povredama dužnosti i ugleda zvanja medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara. Organizuje se:

- Sud časti **I stepena** (*u sedištu ogranka Komore*);
- Sud časti **II stepena** (*u sedištu Komore – Beogradu*).

Disciplinski postupak pred Sudom časti I ili II stepena vodi se u svakom slučaju osnovane sumnje da je član Komore izvršio povredu profesionalne dužnosti i ugleda, a na osnovu pritužbi pacijenata, građana ili drugih okolnosti. Sud časti obavlja usmenu raspravu radi utvrđivanja predmeta disciplinskog postupka i po pravilu odluku donosi u roku od 30 dana od dana započinjanja postupka.

ETIČKI ODBOR

Etički odbor Srbije je stručno telo nadležno za kvalitetno sprovođenje zdravstvene zaštite na načelima lekarske etike na teritoriji cele Republike. *Etički odbor Srbije je u nadležnosti Vlade i finansira se iz budžeta.*

Nadležnosti Etičkog odbora Srbije su:

1. da prati primenu načela profesionalne etike u obavljanju zdravstvene delatnosti;
2. da koordinira rad Etičkih odbora u zdravstvenim ustanovama;
3. da prati sprovođenje naučnih istraživanja i daje mišljenje o spornim pitanjima od značaja za naučno-istraživački rad u medicini itd.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije (02.12.2005.) "Stručni organi u zdravstvenoj ustanovi" članom 147, 148 propisuje i uređuje Etički odbor.

Član 147. *"Etički odbor jeste stručno telo koje prati pružanje i sprovođenje zdravstvene zaštite na načelima profesionalne etike.*

Direktor zdravstvene ustanove imenuje Etički odbor na predlog Stručnog saveta.

Članovi Etičkog odbora imenuju se iz reda zaposlenih zdravstvenih radnika u zdravstvenoj ustanovi i građana sa završenim pravnim fakultetom koji žive ili rade na teritoriji za koju je zdravstvena ustanova osnovana.

Broj članova Etičkog odbora uređuje se Statutom zdravstvene ustanove."

Član 148. *"Zadaci Etičkog odbora zdravstvene ustanove jesu da:*

- 1)Prati i analizira primenu načela profesionalne etike u obavljanju zdravstvene delatnosti;
- 2)Daje saglasnost za sprovođenje naučnih istraživanja, medicinskih ogleda, kao i kliničkih ispitivanja lekova i medicinskih sredstava u zdravstvenoj ustanovi, odnosno da prati njihovo sprovođenje;
- 3)Donosi odluku i razmatra stručna pitanja u vezi sa uzimanjem delova ljudskog tela u medicinske i naučno-nastavne svrhe, u skladu sa Zakonom;
- 4)Donosi odluku i razmatra stručna pitanja u vezi sa primenom mera za lečenje neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutim oplodnjem, u skladu sa Zakonom;
- 5) Prati i analizira etičnost odnosa između zdravstvenih radnika i pacijenata, posebno u oblasti davanja saglasnosti pacijenta za produženu medicinsku meru;
- 6)Prati, analizira i daje mišljenja o primeni načela profesionalne etike u prevenciji, dijagnostici, lečenju, rehabilitaciji, istraživanju, kao i o uvođenju novih zdravstvenih tehnologija;
- 7)Doprinosi stvaranju navika za poštovanje i primenu načela profesionalne etike u obavljanju zdravstvene delatnosti;
- 8)Vrši stalnu savetodavnu funkciju po svim pitanjima u obavljanju zdravstvene zaštite;
- 9)Razmatra i druga etička pitanja u obavljanju delatnosti zdravstvene ustanove."

ETIČKI KOMITET I ETIČKA KOMISIJA

Savremeni razvoj medicine, a posebno razvoj savremene medicinske etike, doveo je u brojnim delovima lekarske deontologije do situacije da prestaju individualne kompetencije lekara, te se javila potreba da u takvim situacijama odlučuje telo, odnosno grupa stručnjaka. Formirani su zbog toga etički komiteti i etičke komisije u okviru strukovnih organizacija – lekarskih podružnica, lekarskih komora u većim zdravstvenim institucijama i u medicinskim školama, posebno medicinskim fakultetima.

Pitanja koja u lekarskoj praksi nadilaze kompetencije lekara pojedinca su uglavnom vezana za prava i dužnosti bolesnika.

Etički komitet ili etička komisija odlučuje o:

1. prinudnom ili nedobrovoljnom lečenju,
2. primeni i ispitivanju novih lekova,
3. pribavljanju saglasnosti ispitanika,
4. situacijama prihvatanja, podržavanja ili davanja novih predloga u okviru izrada magistarskih radova i doktorskih disertacija,
5. opravdanosti primene reanimacije u delikatnim stanjima ugroženosti života bolesnika,
6. situaciji odlučivanja da li pomognuto disanje nastaviti ili ga prekinuti itd.

Uloga etičkih komiteta i etičkih komisija je posebno značajna u proceni etičnosti istraživanja, naročito kada su u pitanju eksperimenti na ljudima u okviru naučnoistraživačkih projekata, te ova nadležnost najčešće pripada etičkom komitetu medicinskog fakulteta.

Etički komiteti imaju najčešće tzv. posredničku ulogu, jer je i dalje najvažnija relacija lekar – pacijent. Posebno su to situacije veštačkog osemenjavanja, veštačenja očinstva recipro, gde etički komiteti dobijaju na značaju, ali nikada ne mogu biti surogat lične odgovornosti lekara u relaciji lekar – pacijent. Lična odgovornost lekara u etičkom smislu, posebno pred sopstvenom savešću, kao i pred zajednicom, odnosno pred zakonom, nikada ne može biti nadoknađena etičkim komitetom ili komisijom.

Zadatak etičkog komiteta je da uspostavi i održi vezu između stručne nadležnosti i etičko-moralne dužnosti lekara, ali i njegovog delovanja u zdravstvenoj zaštiti. Etičke komisije su nekada zvanično telo zdravstvene institucije, ili centra naučnoistraživačkog rada te institucije kao jedino ovlašćene da razrešavaju etičke aspekte dileme rada lekara u toj zdravstvenoj ustanovi. Lekar kao profesionalni izvršioci i za etička ogrešenja snosi materijalnu odgovornost. Poseban primer su SAD u kojima već ovog momenta postoje specijalizovani advokati – pravnici koji funkcionišu kao pravi lovci na lekarske greške. Zbog toga su etički komiteti i etičke komisije pri zdravstvenim institucijama prava zaštita lekara pojedinca i zaštita obavljanja lekarske profesije i prevencija moguće pogreške, jer ko radi taj i greši.

Nadležnost etičkih komiteta i etičkih komisija unutar lekarskih udruženja i lekarske komore, ali i unutar same zdravstvene institucije vezuje se za zaštitu:

1. **Autonomije odluke lekara pojedinca pri radu.** Danas je autonomija lekara sputanija nego u prošlosti, limitirana je državnim zakonskim propisima, dakle okvirima medicinskog prava i zakona uopšte, te je donošenje odluke od strane lekara neminovno heteronomno;

2. **Pravednost sa etičkog aspekta** pri bilo kom odlučivanju. Svaka individua ima pravo kao i druga, znači jednaki imaju pravo da budu tretirani jednako, a različiti različito. Međutim, nije uvek lako utvrditi različitost kliničke slike iste bolesti, kod jednog bolesnika u odnosu na drugog, te nije lekaru pojedincu jednostavno opredeliti dalji tretman za svakog bolesnika, što može adekvatnije rešiti etička komisija ili etički komitet u instituciji;

3. **Poštovanje principa *primum non nocere*** je ne retko u kompetenciji etičkih komisija, dakle prelazi sa kompetencije lekara pojedinca;

4. **Principa dobrovoljnosti** da bi se izbegle loše posledice po pacijenta.

Uloga etičkih komiteta i etičkih komisija u naučnoistraživačkom radu u medicini izuzetno je značajna. Svaki predlog naučnoistraživačkog rada na ljudima, uključujući i zdrave dobrovoljce, ne samo bolesnike, nosi posebne etičke dileme i probleme. Istraživanje u kliničkom radu koje podrazumeva uključivanje inovacija u tretmanu ili dijagnostici, neophodno je kontrolisati, a ta nadležnost pripada etičkom komitetu ili etičkoj komisiji.

Etički komitet treba da razmotri predložene postupke i protokole za sprovođenje naučnoistraživačkog rada i utvrdi:

1. *da je istraživač naučno kvalifikovan i kompetentan za predloženo istraživanje;*
2. *da je taj predlog temeljno opisan i naučno koncipiran;*
3. *da dati predlog sadrži elemente na osnovu kojih etički komitet može proceniti korist i eventualne rizike sprovođenja istraživanja;*
4. *da je u predlogu projekta izvršena selekcija ispitanika u odnosu na pol i dob, starost i da ispitanici nisu u zavisnom odnosu na istraživača ili istraživački tim;*
5. *da će se poštovati tajnost podataka, ličnih osećanja i dostojanstva ispitanika;*
6. *da je istraživač razmotrio moguće mere zaštite svakog pojedinačnog ispitanika od eventualnih neželjenih efekata ili posledica koje mogu po njega nastati tokom istraživanja;*
7. *da je pribavljena informisana saglasnost svakog pojedinačnog ispitanika uključenog u istraživanje, o čemu se takođe brine etički komitet, odnosno etička komisija institucije u kojoj se istraživanje vrši, ili pak etički komitet ili etička komisija medicinskog fakulteta;*

Etički komiteti imaju nadležnost i obavezu da promovišu principe medicinske etike ne samo u okviru formalne nastave iz predmeta medicinska etika već i u svakodnevnom ponašanju i radu lekara, **jer medicinska etika se ne uči, već usvaja.**

KRIVIČNA ODGOVORNOST LEKARA ZDRAVSTVENIH RADNIKA I RADNIKA U ZDRAVSTVU

*"Nisu krivi zakoni, nije kriva otadžbina koja ih ima,
već oni koji ih loše primenjuju."*

Sokrat

Hamurabijev zakon je najstariji poznati nam pisani dokument koji propisuje lekarima naknade za rad, ali i veoma stroge kazne i veliku odgovornost. Po tom zakoniku, za izlečenje, recimo, preloma ekstremiteta određen je honorar od pet srebrnjaka lekaru, a 10 srebrnjaka za operaciju nožem. Međutim, lekar je strogim propisima kažnjavan odsecanjem obe ruke ukoliko njegovom krivicom pacijent - slobodnjak umre. Umrlog roba zbog greške u lečenju, lekar je morao roba robovlasniku nadoknaditi. Stroge propise za lekare imali su i zakoni starog Egipta, recimo, ukoliko bi lekarevom krivicom umro bolesnik, smrtnom kaznom je kažnjavan lekar. Zakon je propisivao u Rimskoj imperiji još u VI veku pre nove ere odgovornost lekaru u vidu deportacije ili čak smrtne kazne ako bi pacijent umro njegovom greškom.

Lekar, zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu, za razliku od drugih profesija, imaju specifičnu poziciju u društvu, ali i posebnu odgovornost, jer su odgovorni ne samo za dela koja učine greškom obavljajući profesiju, već i za postupke koje nisu preduzeli a bili su dužni. Lekari i drugi zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu odgovorni su i za proisteklu štetu iz propusta, namere, nepažnje ili nesmotrenosti. U situacijama postupanja *lege artis*, odnosno prema naučno prihvaćenim metodama, zbog rizika i opasnosti koje mogu takve metode izazvati, lekar može biti odgovoran ukoliko je ispitivanju bez precizno postavljene indikacije podvrgao pacijenta, a nastane šteta po zdravlje pacijenta ili letalni (smrtni) ishod.

Lekar, zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu, moraju znati da su po zakonu odgovorni za svaku preduzetu aktivnost u okviru obavljanja profesije ukoliko nastanu posledice.

Krivično zakonodavstvo naše zemlje predviđa odgovornost lekara, zdravstvenih radnika i radnika u zdravstvu u više situacija kao što su:

1. neukazivanje lekarske pomoći,	6. nedozvoljeni prekid trudnoće,
2. odgovornost u prenošenju zaraznih bolesti	7. obljuba nad nemoćnim licem,
i nepoštovanje propisa za vreme epidemija,	8. bludne radnje,
3. nesvrishodno lečenje,	9. zloupotreba položaja,
4. neovlašćeno odavanje lekarske tajne,	10. neukazivanje hitne medicinske pomoći,
5. davanje neistinitih uverenja,	11. nesavesno rukovanje lekovima i drogom.

Krivična dela koja čine lekar, zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu najčešće proističu iz sledećih razloga:

1. želja za brzom zaradom,	2. taština,	3. lenjost,
4. lakomislenost,	5. seksualni interesi,	6. naučnička znatiželja za otkrićima,
7. javno isticanje rezultata svog rada itd.		

Krivični zakonik Srbije iz 2006. sankcioniše:

Nesavesno pružanje lekarske pomoći

Član 251. (1) *Lekar koji pri pružanju lekarske pomoći primeni očigledno nepodobno sredstvo ili očigledno nepodoban način lečenja ili ne primeni odgovarajuće higijenske mere ili uopšte očigledno nesavesno postupa i time prouzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja nekog lica, kazniće se zatvorom od tri meseca do tri godine.*

(2) *Kaznom iz stava 1. ovog člana kazniće se i drugi zdravstveni radnik koji pri pružanju medicinske pomoći ili nege ili pri vršenju druge zdravstvene delatnosti očigledno nesavesno postupa i time prouzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja nekog lica.*

(3) *Ako je delo iz stava 1. i 2. ovog člana učinjeno iz nehata, učinilac će se kazniti novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.*

Lekar, zdravstveni radnik i radnik u zdravstvu da ne bi podlegli sankcijama člana 251, potrebno je da razumeju šta je to podoban način lečenja, šta je to podobno sredstvo, šta su odgovarajuće higijenske mere i savesno postupanje. Pravila medicinske struke i lekarske profesije nalažu da lekar uvek ima na umu *primum non nocere*, što znači da iznad svega mora da pruži pomoć a da ne naškodi bolesniku.

Propuštanje pružanja hitne medicinske pomoći od strane profesionalno osposobljenog lica (lekar, zdravstveni radnik i radnik u zdravstvu) sankcioniše se Krivičnim zakonikom.

Neukazivanje lekarske pomoći

Član 253. (1) *Lekar koji protivno svojoj dužnosti odbije da ukaže lekarsku pomoć licu kojem je takva pomoć potrebna, a koje se nalazi u neposrednoj opasnosti za život ili opasnosti nastupanja teške telesne povrede ili teškog narušavanja zdravlja, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do dve godine.*

(2) *Ako usled dela iz stava 1. ovog člana lice kojem nije ukazana lekarska pomoć bude teško telesno povređeno ili mu zdravlje bude teško narušeno, učinilac će se kazniti zatvorom od tri meseca do četiri godine.*

(3) *Ako je usled dela iz stava 1. ovog člana nastupila smrt lica kome nije ukazana lekarska pomoć, učinilac će se kazniti zatvorom od jedne do osam godina.*

Nesavesnost i nehat

Krivični zakonik sankcioniše posledice pogoršanja zdravstvenog stanja i posledice u smislu neuspeha lečenja, iako je poznato da i uprkos najsavesnijoj primeni najnovijih metoda dijagnostike i lečenja nije moguće svakom bolesniku postaviti tačnu dijagnozu ili ostvariti poboljšanje bolesnog stanja, a još manje postići izlečenje. Poznato je iz lekarske prakse da brojni bolesnici imaju atipičnu kliničku sliku u stanjima sigurno dijagnostikovane bolesti, odatle i mogućnost greške u dijagnozi, a u prognozi i tretmanu. Na kraju, grešiti je ljudski - *errare humanum est*. Klod Bernar je rekao: "Svrha medicine je akcija a ne čekanje." Činjenica je da su posledice nastale zbog pogrešno postavljene dijagnoze nekada manje nego ako se čeka da bi se tretman započeo. Utrošeno vreme i nasigurno dijagnostikovanje u brojnim stanjima bolesti mogu bolesnika odvesti u smrt, a da terapijski tretman i ne započne.

Nesavesnost, odnosno nehat lekara u vršenju profesije može izazvati pogoršanje stanja lečenog bolesnika, ali kriterijumi su diskutabilni u opredeljenju da li je lekar postupio savešno u potpunosti i svestrano, ili nesavesno, odnosno površno i nepotpuno, ti kriterijumi su vrlo često nejasni. Nepridržavanje kriterijuma savesnosti i dokazivanje nesavesnosti u vršenju lekarske profesije povlači krivičnu odgovornost, jer pogrešno postavljena dijagnoza je posledica nemara i površnosti lekara.

Lekarev nesavestan postupak obuhvata i propuste nadzora nad osobljem i nepreduzimanje preventivnih mera da zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu ne naprave grešku u svom delokrugu rada, a vezano za lečenje i tretman bolesnika.

Konačno, ukoliko lekar, zdravstveni radnik i radnik u zdravstvu postupaju po načelima medicinske struke, medicinske nauke i po medicinskoetičkim principima, mimoći će sigurno svaku odgovornost – moralnu, društvenu ili krivičnu.

Lekar snosi krivičnu odgovornost i u situaciji neovlašćenog odavanja tajne.

Neovlašćeno otkrivanje tajne

Član 141. (1)*Advokat, lekar ili drugo lice koje neovlašćeno otkrije tajnu koju je saznalo u vršenju svog poziva, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.*

(2)*Neće se kazniti za delo iz stava 1. ovog člana ko otkrije tajnu u opštem interesu ili interesu drugog lica, koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.*

Tajna može biti profesionalna, službena i privatna. Lekarska tajna je istovremeno i profesionalna i službena jer podrazumeva neodavanje bilo kakvih podataka dobijenih u okviru dijagnoze i terapije, pa čak i podataka da je neko lice uopšte bolesno, da ti podaci ne bi kompromitovali ili povredili ličnost bolesnika ili, interes zajednice. Krivično zakonodavstvo skoro svih zemalja sankcioniše odavanje lekarske tajne, kao što sankcioniše i izdavanje lažnih lekarskih uverenja i dokumenata iz kojih može proisteći šteta po drugo lice ili zajednicu.

Krivični zakon naše zemlje, kao i krivični zakoni drugih zemalja, sankcionišu:

Nedozvoljen prekid trudnoće

Član 120. (1)*Ko protivno propisima o vršenju prekida trudnoće bremenitoj ženi sa njenim pristankom izvrši pobačaj, započne da vrši pobačaj ili joj pomogne da izvrši pobačaj, kazniće se zatvorom od tri meseca do tri godine.*

(2)*Ko se bavi vršenjem dela iz stava 1. kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina.*

(3)*Ko bremenitoj ženi bez njenog pristanka, a ako je mlađa od šesnaest godina bez njenog pristanka i bez pisane saglasnosti njenog roditelja, usvojioa ili staraoca, izvrši ili započne da vrši pobačaj, kazniće se zatvorom od jedne do osam godina.*

(4)*Ako je usled dela iz st. 1. do 3. ovog člana nastupila smrt, teško narušavanje zdravlja ili druga teška telesna povreda žene nad kojom je vršen prekid trudnoće, učinilac će se kazniti za delo iz st. 1. i 2. ovog člana zatvorom od jedne do sedam godina, a za delo iz stava 3. ovog člana zatvorom od dve do dvanaest godina.*

Krivični zakon Republike Srbije iz 2006. godine reguliše celim poglavljem **Krivična dela protiv zdravlja ljudi i to sledeće:**

- 1. Neovlašćena proizvodnja, držanje i stavljanje u promet opojnih droga (član 246.);**
- 2. Omogućavanje uživanja opojnih droga (član 247.)**
- 3. Nepostupanje po zdravstvenim propisima za vreme epidemije (član 248.)**
- 4. Prenošnje zarazne bolesti (član 249.)**
- 5. Prenošnje infekcije HIV virusom (član 250.)**

Lekar, zdravstveni radnik i radnik u zdravstvu, a u prvom redu lekar, odgovorni su po našem Krivičnom zakonu ako učine ili ne učine takve radnje, a da to za posledicu ima širenje zaraznih bolesti, ili se zaraza proširi zbog ne postupanja po utvrđenim propisima za vreme epidemije zarazne bolesti.

Krivični zakon Republike Srbije iz 2006. godine posebno uređuje krivičnu odgovornost lekara, zdravstvenih radnika i radnika u zdravstvu za:

Protivzakonito posredovanje

Član 366. (1) *Ko primi nagradu ili kakvu drugu korist da korišćenjem svog službenog ili društvenog položaja ili uticaja posreduje da se izvrši ili ne izvrši neka službena radnja, kazniće se zatvorom od tri meseca do tri godine.*

(2) *Ko drugom obeća, ponudi ili da nagradu ili kakvu drugu korist da korišćenjem svog službenog ili društvenog položaja ili uticaja posreduje da se izvrši ili ne izvrši neka službena radnja, kazniće se zatvorom do tri godine.*

(3) *Ko koristeći svoj službeni ili društveni položaj ili uticaj posreduje da se izvrši službena radnja koja se ne bi smela izvršiti ili da se ne izvrši službena radnja koja bi se morala izvršiti, kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina.*

Primanje mita

Član 367. (1) *Službeno lice koje zahteva ili primi poklon ili drugu korist ili koje primi obećanje poklona ili druge koristi za sebe ili drugog da u okviru svog službenog ovlašćenja izvrši službenu radnju koju ne bi smelo izvršiti ili da ne izvrši službenu radnju koju bi moralo izvršiti, kazniće se zatvorom od dve do dvanaest godina.*

(2) *Službeno lice koje zahteva ili primi poklon ili drugu korist ili koje primi obećanje poklona ili druge koristi za sebe ili drugog da u okviru svog službenog ovlašćenja izvrši službenu radnju koju bi moralo izvršiti ili da ne izvrši službenu radnju koju ne bi smelo izvršiti, kazniće se zatvorom od dve do osam godina.*

(3) *Službeno lice koje izvrši delo iz st. 1. ili 2. ovog člana u vezi sa otkrivanjem krivičnog dela, pokretanjem ili vođenjem krivičnog postupka, izricanjem ili izvršenjem krivične sankcije, kazniće se zatvorom od tri do petnaest godina.*

Davanje mita

Član 368. (1)*Ko službenom licu učini, ponudi ili obeća poklon ili drugu korist da u okviru svog službenog ovlašćenja izvrši službenu radnju koju ne bi smelo izvršiti ili da ne izvrši službenu radnju koju bi moralo izvršiti ili ko posreduje pri ovakvom podmićivanju službenog lica, kazniće se zatvorom od šest meseci do pet godina.*

(2)*Ko službenom licu učini, ponudi ili obeća poklon ili drugu korist da u okviru svog službenog ovlašćenja izvrši službenu radnju koju bi moralo izvršiti ili da ne izvrši službenu radnju koju ne bi smelo izvršiti ili ko posreduje pri ovakvom podmićivanju službenog lica, kazniće se zatvorom do tri godine.*

(3)*Odredbe st. 1. i 2. ovog člana primenjuje se i kada je mito dato, ponuđeno ili obećano stranom službenom licu.*

(4)*Učinitelj dela iz st. 1. do 3. ovog člana koji je prijavio delo pre nego što je saznao da je ono otkriveno može se osloboditi od kazne.*

(5)*Odredbe st. 1, 2. i 4. ovog člana primenjuju se i kad je mito dato, ponuđeno ili obećano odgovornom licu u preduzeću, ustanovi ili drugom subjektu.*

(6)*Poklon, odnosno druga korist koji budu oduzeti od lica koje je primilo mito mogu se u slučaju iz stava 4. ovog člana vratiti licu koje je dalo mito.*

Kažnjivo je bavljenje bolesnikom u smislu dijagnostikovanja, prognoze o ishodu bolesti ili davanjem nekih sredstava ili činjenjem nekih radnji sa namerom izlečenja, a da lice koje te radnje preduzima nema adekvatno znanje. Prema pozitivnom pravu čini krivično delo i nestručno lice ako preduzima radnje sa namerom lečenja i ponavlja ih, a motiv mu ne mora biti nagrada ili pribavljanje materijalnih sredstava. *Proističe da je i student medicine, ili student više medicinske škole, ili učenik adekvatne srednje škole, takođe počinitelj krivičnog dela po pozitivnom pravu i našem Krivičnom zakonodavstvu ukoliko čini navedene radnje.* Postoje i slučajevi kada se nadržilekarstvom ne smatra pružanje medicinske pomoći od nekvalifikovanih lica ili studenata, a to su situacije pružanja prve medicinske pomoći povređenima u cilju spašavanja života ili umanjivanju neminovnog invaliditeta kao posledice povrede.

Predviđene veoma stroge sankcije vezane za greške u obavljanju lekarske profesije i profesije zdravstvenih radnika i radnika zaposlenih u zdravstvu, u skladu su sa izuzetnim društvenim značajem zdravstvene zaštite pojedinca i građanina.

Ispitna pitanja za studente medicine i stomatologije

1. Relacije medicinska etika – pravo – zajednica; 2. Prenaučna medicina (<i>etička praksa onovremenog društva</i>); 3. Sačuvani istorijski zapisi o propisanom ponašanju lekara; 4. Medicinski kodeksi i lekarske zakletve iz prošlosti; 5. Šta su medicinskoetičke deklaracije, rezolucije i izjave? 6. Hipokratova zakletva; 7. Ženevska revizija Hipokratove zakletve (nedostaci i prednosti); 8. Internacionalni kodeks medicinske etike; 9. Lisabonska deklaracija; 10. Izjava o zastupanju pacijenta i poverljivosti; 11. Helsinška deklaracija; 12. Upotreba životinja u biomedicinskim istraživanjima; 13. Havajska deklaracija; 14. Tokijska deklaracija (<i>tortura i nehumano postupanje</i>); 15. Malteška deklaracija (<i>štajk gladu</i>); 16. Madridska deklaracija (<i>autonomija i samoregulacija</i>); 17. Deklaracija o učešću lekara u izvršenju smrtno kazne; 18. Izjava o zloupotrebi i zanemarivanju dece; 19. Izjave o planiranju porodice i kontracepciji; 20. Zakletva Florens Najtingejl; 21. Internacionalni kodeks etike medicinskih sestara; 22. Organizacija i funkcionisanje zdravstvene zaštite; 23. Dvanaest principa organizacije zdravstvene zaštite; 24. Odnos medicine i medicinskog prava; 25. Medicinsko pravo; 26. Medicinskodeontološke dileme u zdravstvenoj zaštiti; 27. Eutanazija – oblici i <i>samoubistvo adolescenta</i>;	28. Eutanazija (medicinski, medicinskoetički i zakonodavni stavovi, <i>zamke i problemi</i>); 29. Veštački prekid trudnoće (<i>medicinski, pravni i medicinskoetički stavovi</i>); 30. Medicinska tajna (<i>vrste, čuvanje i uslovi odavanja</i>); 31. Tradicionalna medicina (<i>medicinskodeontološki aspekti i aktuelna uređenost kod nas</i>); 32. Eksperiment u medicini (<i>na ljudima i životinjama</i>); 33. Ispitivanje lekova; 34. Veštačko oplodjenje (AIH, AID, VTO i ET); 35. Surogat majka i embriotransfer; 36. Inovacije u naučnoj medicini (<i>kloniranje</i>); 37. Jatrogena oštećenja (greške lekara i pacijent); 38. Medicinskodeontološki aspekti postupanja sa umrlim; 39. Postupak sa tkivom i delovima ljudskog tela; 40. Sudskomedicinsko veštačenje (<i>medicinska deontologija</i>); 41. Posebnost lekarske deontologije u forenzičkoj medicini (<i>uloga lekara u sudu i medicinska tajna</i>); 42. Medicinskodeontološki stavovi pri nastaloj grešci u vršenju medicinske struke; 43. Kako se ostvaruje nadzor nad radom lekara i zdravstvenih radnika (<i>stručni i društveni</i>); 44. Vrste komora zdravstvenih radnika; 45. Šta je etički odbor, etička komisija i etički komitet; 46. Predviđene krivične odgovornosti lekara i zdravstvenih radnika u našoj zemlji; 47. Krivično sankcionisanje <i>protivzakonitog posredovanja, primanja i davanja mita u zdravstvu</i>;

Ispitna pitanja za studente zdravstvene nege

1. Relacije medicinska etika – pravo – zajednica; 2. Prenaučna medicina (<i>etička praksa onovremenog društva</i>); 3. Medicinski kodeksi i lekarske zakletve iz prošlosti; 4. Šta su medicinskoetičke deklaracije, rezolucije i izjave? 5. Hipokratova zakletva; 6. Ženevska revizija Hipokratove zakletve (nedostaci i prednosti); 7. Internacionalni kodeks medicinske etike; 8. Lisabonska deklaracija; 9. Izjava o zastupanju pacijenta i poverljivosti; 10. Helsinška deklaracija; 11. Upotreba životinja u biomedicinskim istraživanjima; 12. Havajska deklaracija; 13. Tokijska deklaracija (<i>tortura i nehumano postupanje</i>); 14. Malteška deklaracija (<i>štajk gladu</i>); 15. Izjava o zloupotrebi i zanemarivanju dece; 16. Izjave o planiranju porodice i kontracepciji; 17. Zakletva Florens Najtingejl; 18. Internacionalni kodeks etike medicinskih sestara; 19. Organizacija i funkcionisanje zdravstvene zaštite; 20. Odnos medicine i medicinskog prava;	21. Medicinsko pravo; 22. Medicinskodeontološke dileme u zdravstvenoj zaštiti; 23. Eutanazija – oblici i <i>samoubistvo adolescenta</i>; 24. Eutanazija (medicinski, medicinskoetički i zakonodavni stavovi, <i>zamke i problemi</i>); 25. Veštački prekid trudnoće (<i>medicinski, pravni i medicinskoetički stavovi</i>); 26. Medicinska tajna (<i>vrste, čuvanje i uslovi odavanja</i>); 27. Tradicionalna medicina (<i>medicinskodeontološki aspekti i aktuelna uređenost kod nas</i>); 28. Veštačko oplodjenje (AIH, AID, VTO i ET); 29. Surogat majka i embriotransfer; 30. Inovacije u naučnoj medicini (<i>kloniranje</i>); 31. Medicinskodeontološki aspekti postupanja sa umrlim; 32. Medicinskodeontološki stavovi pri nastaloj grešci u vršenju medicinske struke; 33. Kako se ostvaruje nadzor nad radom lekara i zdravstvenih radnika (<i>stručni i društveni</i>); 34. Vrste komora zdravstvenih radnika; 35. Krivično sankcionisanje <i>protivzakonitog posredovanja, primanja i davanja mita u zdravstvu</i>;

SPECIJALNI DEO



PARACELZIJUS



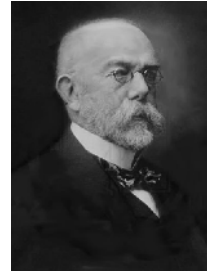
W. K. Röntgen



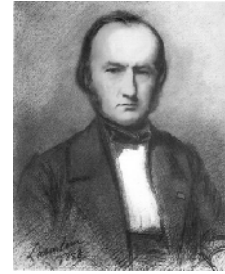
M. Malpighi



A. Alzheimer



R. Koch



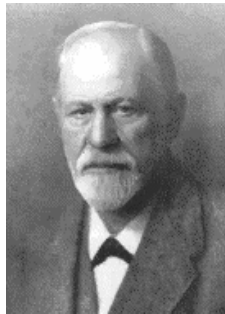
C. Bernard



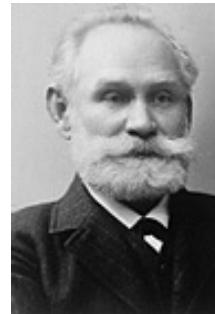
T. Sydenham



E. Jenner



S. Freud



I. Pavlov



E. Moniz



T. Schwann



L. Lazarević



H. Cushing



J. Ristić



K. Wernicke

UVODNO RAZMATRANJE

"Medicinska etika se usvaja tokom života i rada, a ne uči."

Milutin M. Nenadović

Naučna medicina je u XX veku doživela pravu eksploziju naučnih saznanja i otkrića, zasnovanih, pre svega na biološkoj nauci, ali i na drugim naukama: hemiji, biohemiji, fizici itd. Razvoj naučne medicine potpomognut je i brojnim tehničkim naučnim ostvarenjima u ne-biološkim disciplinama tokom XX veka. Time je naučna medicina aktuelnog vremena, sa ulaskom u treći milenijum, oslonjena na visoko razvijene tehnologije i tehnički razvoj civilizacije, oblast koja će se i dalje nezadrživo razvijati. Dosadašnji razvoj medicinske nauke u praktičnoj primeni doneo je poboljšavanje kvaliteta zdravstvene zaštite čovečanstva, ali i promene načela savremene medicinske etike. Savremena medicinska etika na početku XXI veka se razgranava, odnosno specifikuje prema pojedinim granama medicine, ali i još specifičnije prati razvoj brojnih medicinskih disciplina.

Poglavlje medicinske etike koje razmatra brojne etičke i deontološke aspekte i probleme u pojedinim medicinskim disciplinama je i suština medicinske etike kao nauke neophodne lekaru današnjice u svakodnevnom obavljanju profesionalne delatnosti. Drugim rečima, ovo poglavlje razmatra suštinu potrebnih informacija i znanja, koja treba da usvoje studenti medicine. Studenti medicine, budući lekari i lekari treba da se drže sentence: **Medicinska etika se usvaja, a ne uči.**

Prethodna dva poglavlja udžbenika Medicinska etika obradila su u dovoljnoj meri, ne samo uopštene stavove i etičkomoralne i medicinskoetičke principe i aspekte, kao i načela rada lekara i zdravstvenih radnika uopšte, već su obuhvatila i savremena shvatanja medicinske etike. Istaknut je i interes društvene zajednice i državnih zajednica, ali i čovečanstva preko organizacije Ujedinjenih nacija i svetskih, odnosno međunarodnih udruženja za medicinu. Potreba je dalji razvoj medicinske nauke u funkciji ostvarenja višeg kvaliteta zdravstvene zaštite, što očekuju pojedinci, ali i zajednica u celini. Značaj medicine i zdravstvene zaštite, time i lekarske profesije, za zajednicu i čovečanstvo je nesporan i izvor je brojnih kompleksnih, dilema ali i problema.

Očekivanja i zahtevi građanina kao pojedinca i zajednice kao celine od lekara kroz praktičnu primenu medicinske nauke su velika i usmerena ka ostvarenju što kvalitetnijeg i što dužeg života čoveka. Ovo je primarno ljudsko stremljenje. *Zato je razmatranje medicinskoetičkih načela i problema u svakoj pojedinačnoj disciplini savremene naučne medicine i te kako opravdano.* Lekari, specijalisti i supspecijalisti u svakodnevnom radu imaju obavezu da se pridržavaju etičnosti i obavezu da neogrešenjem o deontološke zahteve štite sebe od odgovornosti i pravnih sankcija, kao i od moralne osude.

MEDICINSKA ETIKA I MEDICINSKA DEONTOLOGIJA

Medicinska etika je danas posebna disciplina naučne medicine. Medicinska etika u današnjem obrazovanju lekara i medicinskih (zdravstvenih) radnika se usvaja tokom studija a ne samo kroz izučavanje i saznanja u okviru nastavnog predmeta Medicinska etika. Usvojena znanja tokom studiranja (školovanja) treba da senzibiliju lekara, stomatologa, farmaceuta i medicinskog tehničara da u svom profesionalnom radu stalno prepoznaju probleme i dileme etičke prirode i da ih na adekvatan medicinskoetički način razrešavaju.

Medicinska etika kao posebna disciplina naučne medicine nastala je i razvila se na značaju etike i univerzalnih etičkih stavova u medicini. Medicinski poziv je specifičan u odnosu na sve druge ljudske delatnosti iz jednostavnog razloga, jer se bavi čovekovim životom i zdravljem, što je neuporedivo najveća odgovornost među svim profesijama. Naročito su specifični odnosi bolestan čovek – zdravstveni radnik.

Preduslovi zloupotrebe pacijenta tokom trajanja odnosa bolesnik – lekar proističu iz odveć i trajno podređenog i zavisnog položaja bolesnog čoveka u odnosu na lekara. Izuzetno je teško uspostaviti spoljašnju kontrolu i nadzor u cilju sprečavanja zloupotrebe u relaciji pacijent – lekar. Zbog toga su unutrašnji nadzor i kontrola u prednosti, a ostvarljivi su preko usvojenih etičkih načela i etičnosti lekarske profesije.

Deontologija se bavi izučavanjem profesionalnih dužnosti. Ona podrazumeva etičnost vršenja struke. **Medicinska deontologija** se najpreciznije može definisati kao **medicinska etika plus medicinsko pravo**. Medicinska deontologija je zajednički termin za medicinsku etiku i medicinsko pravo, *znači sažima ta dva prostora u jedinstvenu celinu*.

Medicinska deontologija pokriva moralne i pravne dužnosti medicinskih radnika. Ogrešenje o medicinsku deontologiju podrazumeva etičku i pravnu odgovornost lekara (medicinskih radnika). Medicinska deontologija je, prema tome, značajna za lekare i sve medicinske radnike, ali i za pacijente i zajednicu.

Medicinska etika kao prva oblast medicinske deontologije predstavlja skup principa, tj. pravila ponašanja kojima lekari i medicinski radnici moraju da se rukovode kada donose odluke *šta je ispravno a šta pogrešno, šta je dozvoljeno a šta zabranjeno, šta je dobro a šta loše za pacijenta ili zajednicu*. Poštovanje i pridržavanje etičkih načela u medicini, odnosno u profesionalnoj delatnosti lekara nije uvek jednostavno. Naprotiv, brojne su situacije mogućih kolizija. Etičko načelo u medicini da je interes pacijenta svetost za lekara i uvek na prvom mestu nije uvek moguće ispoštovati, posebno kada šticećenjem interesa bolesnika može nastati šteta po zdravlje ili život druge osobe ili većeg broja ljudi.

Medicinsko pravo je specijalizovana oblast prava koja se nametnula kao potreba u aktuelnom vremenu primene naučne medicine u praksi. Medicinsko pravo se razvilo i razvija zbog sve izrazitije potrebe spoljašnje kontrole kvaliteta i ispravnosti rada lekara. Unutrašnja kontrola, tj. pridržavanje etičkih deontoloških principa u profesionalnoj lekarskoj delatnosti nije dovoljna u našem vremenu.

Medicinska deontologija postaje neophodna edukativna potreba u studiranju medicine.

MEDICINSKOETIČKA NAČELA I PROBLEMI RADA LEKARA U RADIOLOGIJI

Radiologija je izuzetno važna medicinska disciplina i složena po svojoj suštini jer je posebno vredna i značajna u oblasti dijagnostike, a danas ništa manje primenjivana i u terapiji – *radiološka terapija* (zračna terapija) u *onkologiji*. Konrad Rendgen, profesor fizike na Univerzitetu u Virzburgu objavio je članak pod naslovom "*O jednoj novoj vrsti zraka*" 28.12.1895. godine. To je datum uvođenja rendgen zraka (X-zraka) u medicinsku dijagnostiku i datum nastanka radiologije. Ubrzo se zapazilo da ozračenja tkiva, organa i tela čoveka X-zracima ima štetan uticaj. Naučna medicina se ni u XXI veku ne može odreći upotrebe X-zraka u radiološkoj dijagnostici i radiološkoj terapiji. Savremena tehničko-tehnološka usavršenost rendgen - aparata nam omogućava kompjuterizovanu tomografiju X-zracima.

MEDICINSKA DEONTOLOGIJA U RADIOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI

Radiološka dijagnostika ima medicinskodeontološke posebnosti. Lekari specijalisti radiologije danas koriste najnovije tehnologije primene rendgen zraka u dijagnostici bolesti, bolesnih stanja i povreda. Lekari brojnih kliničkih medicinskih disciplina imaju potrebu za brzim, kvalitetnom dijagnostikom koja podrazumeva vizuelizaciju patološkog nalaza u tkivima ili na organima kod svojih pacijenata. Ta potreba za egzaktnom i brzim dijagnostikom neretko je razlog za prečesto upućivanje bolesnika na savremene dijagnostičke radiološke preglede što može biti izvor medicinskodeontoloških problema.

Snimci dobijeni na rendgen - aparatima ili kompjuterizovanim rendgenima – skenerima, neretko su samo potreba lekara kliničara da svojim očima vidi sliku i tako potvrdi dijagnozu utvrđenu drugim dijagnostičkim metodama i kliničkim pregledom. S obzirom da Rendgen zraci imaju štetne efekte na živu ćeliju, poznate su posledice takozvane radijacione bolesti i nesporni kancerogeni učinci prekomernog ozračenja ljudskih tkiva, odnosno ćelija, koje zbog toga mogu da se pokrenu u maligno alteriranu ćelijsku mitozu.

Medicinska etika specifikovana za radiologiju kao posebnu medicinsku disciplinu insistira na načelu *primum non nocere*. Visokih doza ozračenja kompjuterizovanim tomografijom (CT), odnosno upotrebom u dijagnostičke svrhe skener - aparata, trebalo bi da su svesni svi lekari. Primenom CT-a se nebrojeno puta više ozračuje snimanju izložen organ i tkivo nego pojedinačnom rendgenografijom. Neophodno je zato umeriti zahtev za upotrebom rendgen zraka u medicinskoj dijagnostici, ali i uložiti napor da se pacijenti kao laici i njihova rodbina i prijatelji razuvere da je rendgen - snimanje od najbitnije važnosti u dijagnostici. Današnja informisanost laičke populacije o moćima i mogućnostima naučne medicine i njenih pojedinih disciplina je izuzetno velika, i to nije loše, nije loše ni sa aspekta ukupne zdravstvene kulture. Međutim, sve informacije koje usvoje laici o jednoj naučnoj oblasti kakva je medicina trebalo bi da budu pod kontrolom poznavalaca te nauke, u ovom slučaju lekara.

Radiološka dijagnostika bivala je u određenim vremenima zloupotrebljavana zbog nedovoljnih znanja. *Radiološka dijagnostika je korišćena ne samo u ranoj dijagnostici već i u prevenciji.* Primer je bio američki propis da se ženama iznad 40, odnosno 45 godina, svakogodišnje vrši mamografija da bi se na vreme otkrio kancer dojke. Nakon nekoliko godina shvatio se da tako novootkriveni karcinomi dojke nisu naročito bili češći nego i ranije bez svakogodišnje mamografije, s jedne strane, a s druge strane, suvišno ozračenje pri ovoj dijagnostičkoj proceduri je u tolikoj meri uvećalo rizik od karcinogene alteracije ćelijske deobe u tkivima da je opravdano ovakva praksa prekinuta.

Medicinsko-ontološki problemi vezani za radiološku dijagnostiku u medicini su sledeći:

1. **Davanje rendgen snimaka pacijentu u ruke** je posebno zanimljiva medicinsko-ontološka dilema. Medicinskoetičko razrešenje dileme u ovoj situaciji počiva na medicinsko-pravnoj dilemi ko je zapravo vlasnik rendgen - snimka, da li pacijent ili lekar, ili zdravstvena ustanova u kojoj je snimak urađen. Poznato je da rendgenski snimak plaća zdravstveno osiguranje, te bi po tom pravu trebalo da ono bude i vlasnik. Međutim, uobičajeno je da se rendgenski snimak ipak daje pacijentu iz opravdanih medicinskih, a ne samo medicinskoetičkih razloga. Napravljen rendgen - snimak u tom slučaju mogu tumačiti i lekari raznih specijalnosti, kao i lekari zaposleni u drugim zdravstvenim institucijama van one u kojoj je snimak napravljen. Postoje i rendgen - snimci urađeni vrlo skupim tehnologijama, kao što su koronarografija, gde se slika beleži na filmskoj traci i s obzirom na to da se radi o dijagnostičkoj metodi koja ima i visoku rizičnost po zdravlje, ali i život pacijenta, logično je da takvi snimci budu u dokumentaciji i na čuvanju u zdravstvenoj ustanovi.

2. **Saglasnost bolesnika za radiološku dijagnostiku** je neophodna jer je ova dijagnostička metoda invazivna, a neke od tih radioloških dijagnostičkih procedura posebno su agresivne i visoko rizične po zdravlje bolesnika. Pacijent se prilikom izvođenja nekih od radioloških procedura izlaže i životnom riziku. Medicinskoetički problem ovde je zahtev lekaru da dobro odmeri korist od primene takve invazivne i rizične radiološke dijagnostičke procedure na svom bolesniku ukoliko korist od vizuelne potvrde patološkog procesa nije naročito bitna za konačnu dijagnozu. Pribavljanje pismene saglasnosti bolesnika o takvoj radiološkoj dijagnostičkoj metodi ne oslobađa ni moralne, ni društvene, a ni krivične odgovornosti lekara koji pribavlja bolesnikovu saglasnost i primenjuje metodu ukoliko pri tome nastane šteta po bolesnika.

3. **Saopštavanje istine bolesniku** o nalazu nakon primene rendgen-dijagnostike je medicinskoetičko problemsko pitanje identično sa opštim medicinskoetičkim načelima, ali i sa nekim posebnostima vezanim za radiologiju. Radiološka dijagnostika kao retko koja druga dijagnostička medicinska disciplina navodi pacijenta i njegove bližnje da se obraćaju lekaru ili zdravstvenom radniku sa pitanjem: "*Šta se vidi na mom snimku?*" ili "*Doktore, šta ste mi pro-našli?*" Radiolog kao lekar specijalista je u delikatnoj situaciji, jer će neretko naneti veliku štetu bolesniku ukoliko mu otvoreno kaže šta je snimkom utvrdio. Sledeći principe savremene medicinske etike, trebalo bi da radiolog kao specijalista ili supspecijalista, izbegne davanje potpune informacije pacijentu i da bolesnika sa opisom i snimcima uputi do njegovog ordinirajućeg lekara koji će mu to saopštiti. Ordinirajući lekar je najpotpunije upoznat sa ukupnim stanjem bolesnika, kao i sa njegovom mentalnom ukupnošću. S druge strane, u već uspostavljenom odnosu lekar – pacijent ordinirajući lekar ima potrebno ostvareni transfer i poverenje

bolesnika ka sebi, te će on najbolje, biranim rečima, pa i upotrebom dobronamerne laži, sa medicinskoetičkog aspekta razrešiti ovu medicinskoetičku dilemu.

Često su danas i viši medicinski rendgen tehničari u prilici da daju informacije bolesniku o onome što su verifikovali na rendgen snimku nakon razvijanja filma. Rendgen tehničari, kao zdravstveni radnici, trebalo bi da se uzdrže od davanja objašnjenja bolesniku i da ga upute ordinirajućem lekaru.

MEDICINSKA DEONTOLOGIJA U RADIOLOŠKOJ TERAPIJI

Interventna radiološka terapija se danas koristi kao ravnopravna terapijska procedura u lečenju karcinoma, ravnopravna sa terapijskom primenom citostatika i radikalnih hirurških intervencija. Radiološka terapija u onkologiji zasnovana je na naučno utvrđenoj činjenici da su maligne ćelije fragilnije – osetljivije na ozračenja X-zracima od ćelija zdravog tkiva, te velikim dozama radijacije bivaju razorene pre i većom merom nego ćelije zdravog tkiva zračenog organa. Ovakve doze X-zraka aplikovane na ćelije normalnog tkiva izazivaju i njihovo oštećenje, a upotreba zračne terapije se opravdava ostvarenjem veće koristi po bolesnika razaranjem malignog tumora, nego što su posledično izazvana oštećenja njegovih tkiva (opadanje kose, uništenje germinativnih ćelija, ćelija retikuloendotelnog sistema itd.).

Konačno, upotreba X-zraka u terapijske svrhe kod malignih tumora dovodi do poboljšanja opšteg stanja obolelog od karcinoma i realnog produženja života obolelih od maligne, danas najčešće neizlečive bolesti. Međutim, poseban je medicinskoontološki problem da li aplikovati svakako štetnu radijaciju ako se ne postigne izlečenje. Očekuje se od lekara da u svakom pojedinačnom slučaju oboljenja od malignog tumora odluči šta je najbolje za njegovog pacijenta, dakle u nekim slučajevima neće se ni preduzeti zračna, odnosno radiološka terapija malignoma.

Još jedan medicinskoetički problem pri primeni radiološke terapije vezan je za bolesnike od malignoma. *Taj problem je vezan za primenu radiološke terapije na bolesnicima od malignoma koji su u teškom, moribundnom stanju.* Ovde se od lekara očekuje da ima izgrađen stav proistekao iz iskustva da gleda smrti u oči, odnosno da je savladao sopstvene moralne inhibicije u problemskom razrešenju poimanja čoveka kao živog bića i svesnost o njegovom ograničenom trajanju, kao i stav o smrti kao krajnjoj "perspektivi" čovekovog postojanja od momenta rođenja. Posebna situacija za lekara je da po savesti i ličnom usvojenju lekarske deontologije odluči o aplikaciji u suštini opasne radiološke terapije bolesniku sa malignim tumorom, a posebno u terminalnoj fazi bolesti.

MEDICINSKODEONTOLOŠKA NAČELA I PROBLEMI LEČENJA ONKOLOŠKIH BOLESNIKA

Maligna oboljenja su još uvek nerešiv problem naučne medicine. Lekar, kao i svi zdravstveni radnici, obavezan je da u lečenju bolesnika od bilo kog malignog oboljenja u svim fazama, dakle dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji poštuje medicinskoetička načela taktičnog odnosa sa takvim bolesnikom sa dosta filozofskog u profesionalnom pristupu. Lekar mora da se pridržava medicinsko-doktrinarnih principa u oblasti onkologije, a oni podrazumevaju posebnu brigu za bolesnika od malignoma iskazanu kroz sledeće aktivnosti.

1. Neophodno je da lekar primenom znanja i tehničkih mogućnosti u savremenoj medicini postigne maksimalno poboljšanje ukupnog zdravstvenog stanja bolesnika od malignoma. Poseban medicinskoetički problem je bol koji često trpi bolesnik sa malignim tumorom. Lekar taj bol treba svim sredstvima da umanji ili eliminiše jer bol daje pacijentu pravo da misli kako lekar nedovoljno brine o njemu. Nije uzaludna sentenca: **"Lekar leči ponekad, pomaže često, ali treba da uteši uvek."**

2. Lekar je obavezan da bolesnika od malignoma informiše o nameravanim postupcima.

3. Medicinskoetička obaveza lekara je da deluje i edukativno na bolesnika koji boluje od malignoma. Činjenica je da ova aktivnost nema značaja za samog obolelog ali ima značaja za njegovu porodicu i bliže okruženje i za prevenciju maligne bolesti u narednim generacijama.

4. Lekar treba da sva medicinska saznanja primeni u tretmanu bolesnika od karcinoma.

5. Lekar je dužan da ostvari visok nivo kvalitetnog odnosa sa bolesnikom od malignoma pružajući mu potrebne informacije, a posebno doziranu istinu o stanju njegovog zdravlja.

6. Lekar u tretmanu bolesnika od malignoma treba pravovremeno i efikasno da koristi sve tehnološke mogućnosti savremene medicine.

7. Uspostavljanje odnosa lekar – pacijent treba da bude na takvom nivou da bolesnik zaključi da je lekar pre svega pažljiv prema njemu, da je uočljiva lekareva briga za tegobe koje bolesnik ima. To bolesniku na psihološkom planu čini bolest podnošljivijom.

8. Lekar treba da ceni šta je urađeno za bolesnika od malignoma i šta se još može uraditi.

9. Lekar mora razgraničiti šta je cilj svih preduzetih aktivnosti u tretmanu maligne bolesti. Cilj mora uvek biti pozitivan iako je ishod lečenja, po pravilu, neuspešan, tj. infaustan.

Bilo da se lekar odluči da bolesniku od maligne bolesti saopšti istinu, obmanjuje ga neistinom ili se odluči za poluistinu, svoje opredeljenje zasniva na saznanjima o ukupnoj strukturi ličnosti svakog pojedinačnog bolesnika. *Neophodno je da se odabranog stava lekar drži od početka do kraja tretmana bolesnog od karcinoma.* Istu obavezu imaju i svi drugi zdravstveni radnici koji dolaze u kontakt sa tim bolesnikom. Nedopustivo je da neko iz lekarske ekipe ili neko od zdravstvenih radnika saopšti bolesniku drugu informaciju.

NAČELA I PROBLEMI INFORMISANJA BOLESNIKA O DIJAGNOSTIKOVANOM MALIGNOM OBOLJENJU

Informisanje bolesnika po dijagnostikovanju maligne bolesti o utvrđenoj dijagnozi je izuzetna medicinskoetička dilema. Tri su moguća načina informisanja bolesnika:

1. Saopštiti bolesniku istinu, što je u brojnim državama danas i jedino medicinskoetički prihvaćeni stav. Recimo, u SAD se egzaktno utvrđena dijagnoza maligne bolesti potpuno istinito saopšti bolesniku, a lekar se stavi na raspolaganje bolesniku da se prognostički izjasni o dužini preostalog mu života kao i o svim drugim pitanjima od značaja za tog bolesnika. *Za naš supkulturni milje to nije opšte prihvatljiv stav, ali se povremeno koristi i kao adekvatan.*

2. Druga opcija je nesaopštavanje istine, odnosno dobronamerno laganje bolesnika uz nastavljanje terapijskog tretmana i negovanje kvalitetnog odnosa lekar – bolesnik.

3. Konačno, treća i najfrekventnije prihvatljiva opcija u našem supkulturnom miljeu jeste poluistina, odnosno *sekvencijalno saopštavanje istine*. Lekar poluistinito informiše bolesnika o ozbiljnosti i težini njegovog stanja, odnosno skriva od njega pravu dijagnozu, ali ga i upozorava da može nastati maligna alteracija i time opravdava sve terapijske procedure koje bolesniku predlaže i za njih traži njegovu saglasnost, počev od preduzimanja radikalnih hirurških intervencija preko invazivne radiološke terapije i citostatičke hemioterapije.

4. Postoji i četvrta opcija proistekla iz dugogodišnjeg iskustva specijalista u onkološkim zdravstvenim institucijama, koja podrazumeva *saopštavanje istine zajedničkih ciljeva*. Cilj u ovom slučaju nije jedinstven i ne podrazumeva samo dijagnozu bolesti, a niti samo ishod bolesti, jer se tokom ispitivanja, lečenja i rehabilitacije postavlja više parcijalnih ciljeva. Nakon prvih rezultata primenjenih dijagnostičkih procedura lekar upoznaje bolesnika sa stanjem i sa njim se dogovara o daljim dopunskim ispitivanjima koja daju više mogućnosti za izbor, ne samo dijagnostičke procedure nego i stava prema dobijenom rezultatu. Dakle, bolesnik se informiše da je moguće da se radi o onom najgorem, odnosno o malignoj bolesti. Tako se i indikuje dalji tretman i predlaže radikalna, recimo hirurška intervencija, a istovremeno se radi i na psihološkoj pripremi bolesnika da pristane na hiruršku operaciju.

Suštinska filozofija ovakvog informisanja bolesnika je postupno saopštavanje dozirane istine, odnosno istina se saopštava deo po deo, ali je lekar uvek opredeljen da to učini do konačnog istinitog saopštenja sa predlogom više alternativa bolesniku o mogućnosti daljeg lečenja za koje će se on saglasiti pismenim putem. Znači, svaki deo saopštavanja istine je deo zajedničkog cilja lekara i bolesnika, što se nastavlja i u post operativnom periodu kada je vidljivo radikalno intervenisanje, na primer amputacija dojke, odstranjenje nekog parnog organa ili dela organa koji je bio napadnut malignim tumorom.

Opisani metod postupnog, a istinitog informisanja bolesnika o stanju i dijagnozi, postiže krajnji cilj, a to je bolesnikovo psihološko savladavanje gorkog saznanja o trajnom invaliditetu ili naruženju tela.

NAČELA INFORMISANJA ONKOLOŠKOG BOLESNIKA O TERAPIJSKOM POSTUPANJU I PROGNOZA ISHODA BOLESTI

Obaveštavanje bolesnika da boluje od malignog oboljenja na jedan od opisanih načina (istinito ili postupno), nosi veoma složene probleme i za lekara i za bolesnika u daljem terapijskom postupku i prognozi ishoda bolesti. Saznanje o malignoj bolesti u bolesnika izaziva psihološki odgovor koji lekar treba da razume i da svoj odnos sa bolesnikom uspostavi tako da dalji tretman i lečenje budu efikasni, odnosno ostvare cilj i bolesnikov i cilj lekara. Lekar treba da razume reakciju bolesnika i da uloži napor na prevenciji njegovih psihopatoloških reakcija, a one imaju tri aspekta: *socijalni, biomedicinski i aspekt odnosa lekar – bolesnik*. Bolesnik u daljem toku bolesti želi da bude informisan i što je njegov intelektualni nivo viši, želja za informacijom je obimnija. Svakako, ta dalja informisanost treba da je postepena, dakle, lekar bolesnika informiše o nameravanim daljim procedurama, unapred saopštavajući načine tretmana da bi ih sa bolesnikom razmatrao i da bi se bolesnik tako pripremao za dalje procedure. Lekar primenjuje isti princip i u pogledu terapijskog preduzimanja. Iz prakse je poznato da bolesnici ovakav način najbolje podnose.

Neophodno je pomoći pacijentu da se adaptira na svoje stanje i sam pomogne sebi u savladavanju svih poteškoća. Faktori koji utiču na dobru psihološku adaptaciju bolesnika od malignoma su socijalni i medicinski i odnos bolesnik – lekar, kao i bolesnik – socio-sredina.

1. *Socijalni faktori* igraju veoma važnu i neophodnu ulogu u psihološkoj adaptaciji bolesnika sa malignim tumorom. Bolesniku ti socijalni faktori nisu naročito jasni, jer se on sa velikom nadom i poverenjem obraća lekaru za dodatne informacije skrivajući svoja prava osećanja straha i potištenosti. Kako vreme odmiče, uočljiva je sve veća nada, a sve manji strah, kao i nepoverenje u naučnu medicinu. Bolesnik se okreće i takozvanoj alternativnoj, tradicionalnoj medicini u terapiji. Svakako da je ključna namera lekara da bolesnik prihvati sve procedure koje predviđa naučna medicina, a da ne ometa angažovanje bolesnika i njegove bližnje rodbine u primeni i traganju za alternativnim, dodatnim terapijskim sredstvima.

2. *Medicinski faktori*. Onog momenta kada bolesnik prihvati istinu o malignom tumoru od kojeg boluje, njegova ukupna psihička energija se usmerava na bolest i njeno lečenje. Bolesnik ima problem da razreši mnogobrojna pitanja vezana za svoju bolest, počevši od topografske lokalizacije tumora, simptoma bolesti koje oseća i koji će doći, načina lečenja, prognoze o ishodu bolesti, gubitaka funkcija organa ili nastanka invalidnosti.

Psihološka adaptacija bolesnika na saznanje da boluje od maligne bolesti zavisi i od stadijuma bolesti. Bolesnik očekuje od svog lekara da unapred sazna sve o planiranim daljim procedurama i vremenu početka lečenja i načinu tog lečenja.

3. *Odnos lekar – bolesnik*. Ukoliko lekar onkolog uspostavi dobru komunikaciju sa pacijentom pošto ga informiše o malignoj bolesti, uspostavlja se odnos lekar – bolesnik na nivou partnerstva, a ne paternalističkog odnosa. **Partnerski odnos lekar – bolesnik predstavlja izuzetno dobro polazište ka pozitivnom toku, a često i ishodu maligne bolesti**, bez obzira na to u kom stadijumu je maligna bolest dijagnostikovana i bolesnik o njoj informisan. Lekar onkolog treba da podrobno informiše bolesnika o svim mogućim saznanjima o vrsti njegove

maligne bolesti i da istovremeno angažuje članove porodice bolesnika da doprinesu, poboljšanju stanja pacijentovog zdravlja. Tako bolesnik stiče uverenje u kontinuiranu krajnje ljudsku i stručnu brigu lekara o njemu i ishodu njegovog lečenja.

Podsećanja radi, potrebno je znati da bolesnik postupa kao i svaki čovek u iznenadnoj situaciji saznanja nepovoljne informacije. Pacijent postaje preokupiran svojom bolešću, ima crne misli i slutnje u neizvesnost lične životne budućnosti. Pati od poremećaja koncentracije, od pada nagonско voljnih dinamizama, dakle slabljenja apetita i nesanice. Lekar je suočen sa istinom da će se u narednim danima te tegobe samo povećavati, te na početku takav bolesnik i nije sposoban da ispravno i kvalitetno shvati sve ono što se sa njim i oko njega dešava. Naravno, čito ne shvata dobro razloge za dalje procedure i planirane terapije. Činjenica je da su depresivnost i supresivnost u kliničkoj slici bolesnika od maligne bolesti neizbežnost kada bude informisan o svojoj bolesti. Uostalom, poznato je da ljudi depresivno reaguju i na saznanja o bilo kojoj bolesti, a posebno hroničnoj. Bolesnik, zapada u dublje emocionalne depresivne faze i tada razmišlja o samoubistvu, planira samoubistvo, a nekada čini pokušaj samoubistva (tentamen). *Kvalitetno uspostavljen odnos lekar onkolog – bolesnik, sa ostvarenim punim poverenjem u lekara, daje mogućnost da bolesnik na vreme informiše lekara o svojim, recimo suicidalnim mislima, planovima o suicidu ili preduzetim pokušajima, tako da lekar može na vreme i adekvatno da mu pruži pomoć u toj fazi bolesti.*

PRIMENA AGRESIVNIH TRETMANA U ONKOLOGIJI

medicinsko-deontološka načela i problemi

Naučna medicina našeg vremena nije kauzalno razrešila problem malignih oboljenja. Terapijski postupci su nespecifični za pojedina maligna oboljenja i zasnivaju se na manje ili više obimnom oštećenju normalnog tkiva ili organa pri primeni agresivnih, radikalnih, hirurških, operativnih terapijskih procedura. **Hirurške operacije kao terapijske procedure u onkologiji su izuzetno agresivne i po pravilu veoma obimne.** U suštini se pokušava odstranjenje infiltrativnog dela tumorskog tkiva u organu i izvan te linije, odnosno hirurški rezovi i odstranjenje delova organa izvode se kroz zdravo tkivo. Hirurške intervencije u onkologiji podrazumevaju obimne resekcije organa, amputacije organa, sve do najdrastičnijih, kao što su **hemipelvektomija** i **hemikorporektomija** (amputacija donjeg dela trupa ispod drugog lumbalnog pršljena i kičmene moždine i amputacija polovine tela po središnjoj osi). Svakako je primena hemioterapijskih procedura i radioterapije agresivna po zdravo tkivo, odnosno po zdrave ćelije i ukupni organizam u bolesnika od malignoma. Navedeni agresivni terapijski metodi, citostatska terapija, radioterapija i radikalne hirurške intervencije primenjuju se indikovano i u saglasnosti sa bolesnikom sa primarnim ciljem da se ostvari što dugotrajnija remisija maligne bolesti, uspori tok bolesti i odloži smrtni ishod.

Drugi razlog primene terapijskih procedura u onkologiji odnosi se na one terapijske tretmane kojima se ostvaruje poboljšanje kvaliteta života bolesniku. To podrazumeva eliminaciju bola, mentalno usklađivanje i poboljšanje apetita, a bez nastojanja da se napredovanje bolesti zaustavi, odnosno produži remisija, odnosno produži život bolesnika.

Odluka o preduzimanju agresivnih terapijskih procedura nad pacijentom od malignoma i redosled tih tretmana trebalo bi da zavisi od saglasnosti bolesnika i medicinskih indikacija.

Medicinskoetički problem u onkologiji je izuzetno kompleksan, posebno u segmentu terapijskih procedura, pre svega onih koje se s pravom nazivaju agresivni tretmani. Helsinška deklaracija nalaže i sledeće: "*Pacijenti imaju pravo da potpuno budu informisani o svom zdravstvenom stanju, o koristi i rizicima svakog predloženog medicinskog postupka, kao i o dijagnozi, prognozi i napretku lečenja*", kao i "*Ove informacije se samo izuzetno mogu zatajiti kada postoji osnovano verovanje da bi ta informacija mogla uzrokovati ozbiljnu štetu po pacijenta, pacijenti imaju pravo da ne budu obavešteni ako to eksplicitno traže*." Posebna etička dilema je pred lekarom onkologom kada iz jasnih medicinskih razloga shvati da treba izvršiti pritisak i sugerisati bolesniku da prihvati, odnosno da ne odbije neki od agresivnih metoda u lečenju.

Uloga pacijenta u donošenju odluke proizlazi iz poštovanja njegovih prava. Svako ima pravo na poštovanje svoje ličnosti i pravo na poštovanje moralnih vrednosti, na poštovanje verskih uverenja, kao i na poštovanje fizičkog i mentalnog integriteta. Ukoliko je onkološki bolesnik kompetentan sa aspekta mentalne ukupnosti u onom vremenu kada je informisan o svojoj bolesti da donosi samostalno odluke o daljim terapijskim procedurama u odnosu na sebe, mora mu se omogućiti da se potpuno slobodne volje u potpunoj informisanosti, saglasi ili ne, prihvati ili ne predložene agresivne terapijske metode.

Uloga porodice u donošenju odluke o primeni agresivnih terapijskih procedura nad bolesnikom od malignoma je u našoj sredini najčešće odlučujuća. U našem supkulturnom miljeu potpune informacije o dijagnozi i prognozi malignoma se saopštavaju porodici i rodbini bolesnika. Nekada to ne moraju biti baš članovi porodice, mogu biti i prijatelji i druge osobe sa kojima je pacijent izuzetno blizak.

TERMINALNA NEGA UMIRUĆIH BOLESNIKA

medicinsko-deontološka načela i problemi

"Zašto se plašiti smrti?"

Dokle mi postojimo smrti nema, a kad smrt dođe, nema nas."

Epikur

Umirući bolesnik, odnosno bolesnik u terminalnoj fazi bolesti veliki je medicinski problem. Rad lekara i zdravstvenih radnika sa teškim, odnosno neizlečivim, umirućim bolesnikom je posebna situacija u medicini, ni sa čim porediva.

Umirući bolesnik uprkos uloženom trudu lekara je potvrda ličnog neuspeha. Lekar u toj situaciji biva duboko svestan svoje nemoći, kao i nemoći naučne medicine i prakse. Taj doživljaj inferiornosti i sopstvene neuspešnosti lekar neretko konvertuje u specifičan vid agresivnosti prema umirućem bolesniku, što se ogleda u podsvesnom izbegavanju dublje komunikacije sa umirućim bolesnikom. Konverzaciju, sa takvim bolesnikom lekar svodi na površnost i upotrebu uobičajenih fraza, najčešće pitanja, neretko bolesnika izoluje u posebnu prostoriju, sa objašnjenjem da će bolesnik tamo naći mir i neće smetati drugim bolesnicima. Ovakav stav lekara je u najmanju ruku netaktičan, ako je pregrub izraz neetičan, jer je jasno da u takvim izolovanim uslovima bolesnik sa infaustnom prognozom bolesti, bilo u onkologiji ili nekoj drugoj grani medicine, brže umire. Lekar i drugo zdravstveno osoblje svoju specifičnu agresivnost ka umirućem bolesniku ispoljavaju i intenziviranjem fizičke nege nad bolesnikom, ali nauštrb topline u komunikaciji sa njim. Namera je makar i podsvesna da se takvom intenziviranom fizičkom negom izbegne postavljanje "suvišnih pitanja" od strane umirućeg bolesnika. Ovi specijalno agresivni stavovi lekara i drugih zdravstvenih radnika prema umirućem bolesniku proističu iz njihove nedovoljne edukacije iz oblasti psihoterapijskog pristupa u tretmanu umirućih bolesnika. Razlog neprihvatljivog ponašanja lekara i zdravstvenih radnika prema umirućem bolesniku proističe i iz njihovog ličnog stava prema smrti. U evropskoj tradiciji i zapadnoj kulturi kojoj i mi pripadamo, smrt se prihvata sa strahom, a taj strah može se potencirati do užasa. Svesnost o potpunom nestanku i iščezavanju doživljava se kao očaj i užas u nemoći da se izbegne zamena života smrću, odnosno – ničim. Zapadna kultura, pa i naša, neguje vrednosti mladosti, lepote i daleko potiskuje realnost prihvatanja smrti kao prirodnog fenomena.

Tanatos fobičan stav u tradiciji evropske kulture lekar ne može da izbegne i često je u nezavidnoj situaciji ukoliko radi tamo gde je umiranje bolesnika česta i svakodnevna pojava. Umiranje bolesnika odražava neuspeh naučne medicine i lični neuspeh samog lekara kao njegovog protagoniste. Lekar u toj situaciji makar i podsvesno ruši iluziju i o sopstvenoj besmrtnosti. Neophodno bi bilo u interesu umirućeg bolesnika da lekar razreši probleme sopstvenih stavova u odnosu na smrt, odnosno razreši ličnu tanato fobiju. Tada bi u psihoterapijskoj relaciji sa umirućim bolesnikom bio uspešniji i realnije prihvatao tuđu, ali i svoju smrt u anticipiranoj budućnosti kao prirodan i normalan događaj. Da je to moguće, treba podsetiti na reči Monteea: *"Smrt je samo poslednji čin komedije; treba se sa njom što više familijarizovati, pa*

se neće doživeti tako strašno..." ili reči Konfučija: "*Problem tvoje smrti je rešen ako naučiš da dobro živiš.*" Lekar bi mogao razrešenje tanatos fobičnosti naći u realnom poimanju, te obraćanju i umirućem bolesniku i njegovim bližnjim, jer treba da prihvati da je smrt prirodna pojava koju medicina ne može da pobedi. Medicina ima zadatak i moć da odloži smrt. Obaveza lekara je da pokuša sve što današnja naučna medicina može da pruži. Kada mu bolesnik umre treba smireno da prenese njegovim bližnjim da je lako umro, da se nije mučio, da ga je smrt razrešila i oslobodila patnji, muka i bolova.

Ljudi su kroz minule civilizacije ujednačavali stavove prema smrti, a to je najbolje ostvareno kroz religijska učenja. **Seneka** je pokušao da opravdava religiozno učenje o besmrtnosti duše: "*Mislim na to kako onoga ko je umro ne može nikakvo zlo dotaći, ono što nam zagrobni svet čini strašnim, basna je: mrtvace ne hvata mrak, nema tamo ni tamnice, niti reka zaborava, niti reka koja bukti, niti sudnica, niti optuženih, niti novih tirana u širokoj toj tamo slobodi, sve su to pesnici izmislili, pomućujući nas praznim strahom. Smrt je rezrešenje i kraj svih patnji s one strane, naše muke, ne prelaze njene granice, ona nas dovodi u ono stanje mira u kojem smo bili pre našeg rođenja.*" **Epikur** je zapisao razmatrajući apsurdnost basne o besmrtnosti a boreći se protiv straha od smrti: "*Navikni se da misliš da smrt ne predstavlja ništa za nas. Sve dobro i sve zlo nalazi se u osećanjima, a smrt je lišavanje svakog osećanja, dakle, saznanje ove istine da smrt nije ništa za nas, osposobljava nas da uživamo ovaj smrtni život, ne zato što bi mu dodavali neko beskrajno trajanje već zato što ga oslobađa želje za besmrtnošću.*" **Šiler** je napadajući besmrtnost kao neetični postulat zapisao: "*Sramno je bazirati moralnost na strahu od pakla. Ne možemo živeti dva sveta odjednom.*" **Sirano de Beržerak** meditira o pitanjima smrti i života na sledeći način: "*Smrt svakako nije nikakvo zlo, pošto joj majka priroda podvrgava svu svoju decu, onaj koji nije rođen, nije ni nesrećan. A ti ćeš biti, kao onaj, koji se nije rodio, trenutak posle života bićeš što si bio trenutak pre njega.*"

Frojd prvi postavlja problemski dve osnovne investicije u svakom čoveku i uvodi termine **instinkt života** i **instinkt smrti**. Teško je pratiti Frojdovo spekulativno objašnjenje instinkta smrti. On je pod uticajem Ničeovog učenja o večitom ponavljanju istog, spekulativno razmatrao da postoji tendencija za ponavljanjem u prirodi sa ciljem da se uspostavi prvobitno stanje. Frojd stoga zaključuje da je osnovna pulzija instinkta smrti tendencija ka potpunoj regresiji, jer nije moguće takvu regresiju zaustaviti na pola puta. Regresivno da bi došlo do kraja treba da se pretvori u neorgansku materiju, te je prema Frojdovoj spekulaciji, cilj života zapravo smrt. Frojd instinktu smrti suprotstavlja instinkt života, dovodeći ih u večno oponentski odnos sa izvesnim uvek jednim jedinim ishodom, smrt pobeđuje.

Lekar danas ne mora prihvatiti smrt kao krajnje životno ishodište, jer se on kao niko drugi nalazi na izvoru i života, ali i na njegovom usahnuću. Profesionalni kao i medicinskoetički zadatak lekara je da olakša doživljaj umiranja svakom svom pacijentu i svakom čoveku koji sa patnjom doživljava smrt bliske ili voljene mu osobe. Konačno, lekar danas mora imati izgrađenost poštovanja smrti i postupanja sa pijetetom prema svom umirućem pacijentu do njegovog poslednjeg daha, ceneći naučnu ali i medicinskoetičku istinu i poruku starih Latina: ***Moriturus docent vivos.***

RAD LEKARA U HIRURGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Hirurgija je danas izuzetno značajna i reklo bi se, najmoćnija grana naučne medicine. Razvoj hirurģije kao grane naučne medicine u XX veku naročito je bio eksplozivan i razgranao se na brojne subgrane hirurģije. Hirurģija je dostigla do danas neslućene razmere i mogućnosti da pomogne bolesniku i povređenom da preživi u stanjima bolesti koja su se u nedavnoj prošlosti završavala brzo i uvek smrtnim ishodom.

Hirurške discipline po samom načinu tehničko-tehnološkog izvođenja su rizićne jer su skupćane sa agresivnim atakovanjem i povređivanjem integriteta ćovekovog tela i njegovih organa. Zbog toga su i medicinskoetićke dileme i problemi specifićni vezano za hirurģiju kao granu naućne medicine. Naroćito su sa medicinskoetićkog aspekta zanimljivi stavovi u savremenoj medicinskoj etici vezani:

1. za hiruršku intervenciju uopšte,
2. za hitnost hirurške intervencije sa posledicama ne samo po pacijenta već i hirurški tim,
3. za bolesnika zbog situacije da se iznenada mora podvrgnuti hirurškoj intervenciji.
4. za hirurški rad lekara tokom specijalizacije, odnosno ućenja hirurške veštine,

1. **Hirurška intervencija**, podrazumeva agresivno narušavanje integriteta ljudskih tkiva i organa upotrebom skalpela – hirurškog noža, a *sa ciljem da se ukloni neki patološki proces ili patološki deo tkiva, ili odstrani traumom ili bolešću oštećen organ, ili se redukuje po principu amputacije organ, zaustavi krvarenje i spase život u situacijama traumatizma bilo kog uzroka.* Medicinskoetićki problem pri pristupanju hirurškoj intervenciji je uvek prisutan jer dovodi hirurga u situaciju da veoma brzo odlući da li da preduzme ili ne preduzme hiruršku intervenciju, a ako je preduzme, koju i u kom obimu.

Lekar hirurg mora, sledeći medicinskoetićke specifićnosti vezane za hiruršku medicinsku oblast, da se drži utvrđenih medicinskih indikacija u planiranju hirurške intervencije kao terapijskog sredstva. Hirurg ne sme da ispolji kolebanje ili neodlućnost. Lekar – hirurg donosi indikacije za odluku o hirurškoj intervenciji i kada to jednom učini, mora svoju odluku odlućno, sa sigurnošću i sugestivno preneti svom pacijentu, ali i ćlanovima hirurške ekipe, da bi osigurao uspešnost cele hirurške intervencije.

Saglasnost bolesnika je neophodna da bi se pristupilo hirurškoj intervenciji u svim stanjima kada za to ima vremena. Pacijent treba da dā saglasnost u pismenoj formi. Međutim, saglasnost može biti i **konkludentna**, a iste medicinskoontološke vrednosti. *To znaći da se bolesnik informiše o potrebi hirurške intervencije i da će ona biti uraćena, te ukoliko intervenciju implicitno ne odbije, smatra se da ju je prihvatio.* Ovakva saglasnost koristi se u preduzimanju uobićajenih hirurških intervencija, kao što su incizije, ali i drugih intervencija, kao što su arteriografije, vaćenje krvi itd. Konkludentna saglasnost ne treba da bude praksa u hirurģiji, posebno ne u indikovanim komplikovanim hirurškim zahvatima, već treba u tim situacijama obezbediti pismenu saglasnost pacijenta. Poznato je da nekada zbog hitnosti bolesti ili stanja pacijenta u traumatizmu, posebno u spontanoj rupturi aneurizme, nije moguće pribaviti

niti bolesnikovu, niti saglasnost članova njegove porodice, te se u tom slučaju pristupa hirurškoj intervenciji bez saglasnosti. Sa medicinskoetičkog aspekta ovde se povećava odgovornost lekara, te se preporučuje da odluku donese konzilijum lekara.

Hirurgija kao grana naučne medicine je naročito opterećena medicinskoetičkim zahtevom od cele hirurške ekipe koja izvodi hiruršku intervenciju jer svaki pojedinačni član ekipe treba da na najbolji mogući i stručni način, poštujući načela i propise, obavi svoju ulogu.

2. Hitnost hirurške intervencije je uobičajena situacija u hirurškoj zdravstvenoj ustanovi, a povezana je sa nizom psiholoških posledica po celu hiruršku ekipu, ne samo po pacijenta. Zbog toga se neguje poseban odnos među članovima hirurške ekipe, zasnovan na uzajamnosti, drugarstvu, podršci i optimizmu, da bi se mogla psihološki izdržati stalno ponavljajuća stresogena situacija. Neophodno je da lekari, ali i osoblje koje se opredeli da radi u hirurškim disciplinama, mora da uz savlađivanje medicinske nauke i hirurške veštine ovlada i veštinom i sposobnostima da zadrži hladnokrvnost, maksimalno ovlada sobom da u bilo kojoj situaciji ne bi panično reagovao. Užurbanost i stalna povišena psihička tenzija neminovno prate lekara i svakog člana hirurške ekipe u operacionim salama, pogotovu urgentne hirurgije. Zato se u hirurgiji obično uspostavlja optimistična, relaksirana i vesela atmosfera, a interpersonalni odnosi u ekipi su izrazito prijateljski ali se poštuje hijerarhija.

Posebnost medicinskoetičkog aspekta rada u hirurgiji je rad zdravstvenog osoblja i lekara u postoperativnom sektoru. Postoperativna intenzivna nega bolesnika presudnija je i značajnija za poželjno dobar ishod hirurškog zahvata nego sam hirurški zahvat. Stoga rad u tzv. *šok sobi*, podrazumeva izuzetnu stresogenu situaciju po zdravstvene radnike i lekara.

3. Nepripremljenost bolesnika za hiruršku bolest i samu operaciju je česta zbog iznenadnosti nastanka hirurškog oboljenja. Posebnost medicinskoetičkog i deontološkog problema je svakako u reperkusijama hirurške intervencije po bolesnikov mentalni integritet, te lekar, ali i zdravstveni radnici i cela hirurška ekipa, treba sa tim da računaju, posebno u takozvanoj vrućoj hirurgiji. Hirurška bolest najčešće dolazi iznenada.

Traumatizam je danas česta pojava, te se urgentna hirurgija, a posebno ortopedija, suočava sa brojnim intervencijama koje nakon sanacije povrede ili spašavanja života pacijenta, po pravilu, ostavljaju trajni invaliditet na bolesnikovom telu. *Bolesnik je posle traume, dakle i nastanka invaliditeta, zbog recimo amputacije ekstremiteta, potpuno nepripremljen na nove uslove života, a trajno umanjenog kvaliteta.* Lekar hirurg traumatolog je pred posebnim medicinskoetičkim zadatkom da pacijenta u postoperativnom toku pripremi za bitno nekvalitetnije življenje u preostalom životu. Lekar hirurg mora pokazati izuzetnu taktičnost i emocionalno ulaganje da bi bolesnik što bezbolnije prihvatio svoj preostali život kao invalidno lice. Posebnost je lekarsko-hirurške i lekarsko-traumatološke uspešne intervencije je i u činjenici da pacijent ili njegova rodbina često okrivljuju lekara za invaliditet.

4. Lekari na specijalizaciji iz hirurgije obavljaju samostalno hirurške intervencije nad pacijentima, te medicinskoetički aspekt obuhvata i eventualne posledice rada specijalizanata. *Lekar na specijalizaciji iz hirurgije treba da samostalno obavlja hirurške zahvate jer je to jedini način da se praktično obuči za kasniji samostalan rad specijaliste hirurga.* Nije dopušteno obučavanje lekara specijalizanata na štetu bolesnika, jer se pacijentu mora garantovati u zdravstvenoj ustanovi standardna medicinska usluga. Svakako da specijalizant nije dovoljno usvojio hiruršku veštinu što je moguće nadoknaditi adekvatnim stručnim nadzorom iskusnog

hirurga. Pacijent treba da bude obavešten da će hiruršku intervenciju izvesti lekar na specijalizaciji, tj. lekar koji se obučava u hirurškoj veštini.

Lekar pa i lekar specijalizant iz hirurgije odgovoran je ukoliko nastanu štetne posledice po pacijenta, jer se smatra da je pristao da obavi nešto što nije bio u stanju i prema pozitivnom pravu kriv je zbog preuzimanja aktivnosti za koju nije adekvatno pripremljen. *Prema pravnoj formulaciji, radi se o pravnom institutu prethodne krivice lekara na specijalizaciji.*

Odnos hirurg – pacijent složeniji je nego u brojnim drugim granama medicine sa medicinskoontološkom aspekta te su moguće česte moralne, društvene i krivične odgovornosti.

SPECIFIČNOSTI MEDICINSKOETIČKIH NAČELA U ODNOSU HIRURG – PACIJENT

Posebnost medicinskoetičkog aspekta u odnosu pacijent – hirurg je višestruka:

- *svaki čovek doživljava hirurgiju kao agresivnu, medicinsku kliničku disciplinu;*
- *prvi susret lekara hirurga i bolesnika, bilo u hirurškoj ambulanti, u urgentnoj hirurgiji, na hirurškom odeljenju, uvek je poseban emocionalan događaj za bolesnika. Pacijent očekuje da će hirurg posvetiti posebnu pažnju baš njemu, što u praksi i nije često;*
- *hirurgija bilo koje specijalnosti još uvek ima mali broj lekara hirurga te često pri prvom susretu hirurg nema dovoljno vremena za pacijenta, a pacijent to očekuje.*

Prvi susret lekara hirurga i pacijenta inicira najčešće ordinirajući lekar. Pacijent očekuje izuzetno mnogo od prvog kontakta sa hirurgom i to jeste izuzetno bitno, a hirurg mora učiniti da prvi susret sa pacijentom bude uspešan. *Činjenica je da u našoj supkulturi bolesnik od neke hirurške bolesti dolazi kod hirurga prvi put na pregled kada je ta bolest već u poodmakloj ili čak terminalnoj fazi.* Hirurg ne sme pri tom prvom susretu sa pacijentom da koristi stručnu medicinsku terminologiju, nerazumljivu pacijentu. U suprotnom bolesnik će steći utisak i kada stanje njegove bolesti nije naročito teško, da je neizlečivo bolestan i opteretice se strahovima, strepnjama i sopstvenim interpretacijama svoje "vrlo teške bolesti" i sam će donositi zaključke o prognozi i hirurško – terapijskom ishodu bolesti.

Hirurška – medicinska dokumentacija je izuzetno značajna u ovoj grani naučne medicine, počevši od vođenja protokola bolesnika, preko istorija bolesti u stacionarnim, bolničkim i kliničkim univerzitetskim hirurškim institucijama uopšte. Dakle, u svim specijalnostima hirurgije. Istoriju bolesti, odnosno formiranje hirurške dokumentacije u našoj zemlji najčešće pišu lekari na specijalizaciji iz hirurgije ili lekari koji rade u hirurškim institucijama nakon završenih studija. Lekari koji formiraju sa medicinskoetičkog aspekta tako bitnu dokumentaciju u tom slučaju nemaju dovoljno znanja iz hirurgije, ali i malo i nedovoljno lekarskog iskustva. Medicinskoetički problem je i u sledećem. **Pacijent nije zadovoljan** i dolazi u brojne dileme, jer je sa njim uzimajući anamnestičke podatke o bolesti i uopšte o njegovom životu i ranijim bolestima, lekar na specijalizaciji iz hirurgije u najdužem kontaktu. **Bolesnik očekuje vrhunskog hirurga** za koga je i pre dolaska na kliniku čuo. **Bolesnik tako može steći pogrešan utisak** da je zbog težine svoje bolesti, zapravo on na neki način gurnut na marginu, jer mu nema pomoći, odnosno da se ne očekuje njegovo uspešno izlečenje.

Lekar hirurg specijalista ili supspecijalista neke hiruške discipline trebalo bi da u nedostatku vremena prepusti formiranje dokumentacije, odnosno hiruške istorije bolesti, mlađem kolegi na specijalizaciji, ali je obavezan da nađe vremena i da sa lekarom na specijalizaciji dopuni i prokontroliše uzete anamnestičke podatke, kao i nalaz pri pregledu bolesnika. Nažalost, studenti medicine, mladi lekari i lekari na specijalizaciji, a neretko i hirurgi specijalisti, nemaju dovoljno pravilan odnos prema detaljnoj anamnezi, ne videći razlog zašto su brojni podaci o bolesniku tako važni i neophodni. U vreme visoko uznapredovale tehnologije koju koristi medicina, pa i hirurgija, uzimanje detaljne anamneze izgleda malo potrebno, međutim, sa medicinskoetičkog aspekta nedopustivo je prenebregnuti činjenicu da je svaki pacijent posebnost sa svojom mentalnom ukupnošću, ali i posebnošću svoje bolesti sa svakog aspekta, te je anamneza izuzetno važan segment rada u hirurgiji. *Veština uzimanja anamneze stiče se uvežbavanjem od vremena studija*, te mladi lekari na specijalizaciji iz hirurgije treba već da imaju iskustvo.

Medicinskoetički izuzetno je važno da pacijent na samom prijemu u hirušku zdravstvenu instituciju bude upoznat sa kućnim redom i pravilima ponašanja i svim onim detaljima koji su specifični za život u stacionaru. Sve je to od posebnog značaja za bolesnika. *Zdravstveno osoblje treba da zna da bolesnik dolaskom u bolnicu menja svoje navike i da je ambijent na hiruškom odeljenju za njega potpuno nova životna situacija*. Bolesniku zato treba podrška osoblja da se navikne na uslove kućnog reda i sve što nosi život u ambijentu hiruškog bolničkog odeljenja. Bolesnik treba da se što pre prilagodi interpersonalnim odnosima među zdravstvenim radnicima, lekarima, vodećim hirurgom, samim pacijentima, kao i da ispunjava higijenske norme, režim ishrane itd.

Bolesnici primljeni i planirani za lečenje hiruškom operativnom intervencijom imaju zajedničke probleme, sa izuzetkom onih koji su zbog urgentnosti primljeni i odmah podvrgnuti hiruškom zahvatu. Pacijenti uobičajeno dolaze u hirušku instituciju dan ili nekoliko dana pre planiranog hiruškog zahvata već unapred opredeljeni da će ih lečiti i operisati najbolji hirurg, te je ta predoperativna priprema na samom odeljenju izuzetno važna za pacijenta. Način rada na hirurgiji podrazumeva da je vrhunski hirurg izuzetno opterećen poslom i zauzet, a posebno ukoliko je ta hiruška institucija ujedno i nastavna baza, dakle taj hirurg je po pravilu angažovan u studentskoj nastavi, u poslediplomskoj nastavi, a angažovan je i na edukaciji specijalizanata. *Same hiruške operacije obavljaju vrlo često lekari na specijalizaciji ili lekari koji nisu u toj meri iskusni a hirurgi su iz te ustanove*.

Medicinskoetički problemi vezani za hirušku intervenciju i odnos bolesnik – hirurg uslođavaju se i iz sledećih razloga.

1. Danas u sistemu zdravstvene zaštite u svetu, pa i kod nas postoji i privatna lekarska praksa gde se uspostavlja veoma direktni odnosi između hirurga i pacijenta, što podrazumeva međusobno striktno poštovanje određenih finansijskih obaveza. Bolesniku je tako omogućeno da ga operiše izabrani hirurg, što nije moguće u državnoj zdravstvenoj instituciji.

2. Ordinirajući lekar svoje pacijente upućuje hirurgu u koga ima najviše poverenja, što ima svakako svoje prednosti ali nosi i određene medicinskoetičke probleme.

3. Hiruška intervencija nad komatoznim bolesnikom često se događa u urgentnoj hirurgiji tokom noći u dežurstvu, a poznato je da u našim hiruškim urgentnim institucijama dežuraju mladi lekari, time i manje iskusni hirurgi, što je takođe, posebni medicinskoetički problem.

PRIPREMA BOLESNIKA ZA HIRURŠKU INTERVENCIJU

medicinskoontološka načela i problemi

Hirurška intervencija nad bolesnikom se izvodi po tačno predviđenom protokolu sa izuzetkom urgentne hirurške intervencije. Značaj tih procedura jeste u potrebi da se na današnjem nivou naučne medicine i hirurgije kao njene grane, dođe do potpunog uvida u prirodu bolesti, ali i potpunog uvida u patofiziologiju i patoanatomiju poremećaja. Neetički je i stručno nedopustivo u planiranoj selektivnoj hirurgiji preduzeti hiruršku intervenciju bez potpunog uvida u prirodu i obim hirurške bolesti zbog koje se indikuje operacija.

Hirurgija već koristi sve domete visoke tehnologije u medicini koja može u potpunosti dati vrlo precizan i suptilan uvid u pravu prirodu postojećeg stanja bolesti. Naravno, *stručna veština lekara hirurga nije samo utemeljena na znanju medicine i hirurgije već i na njegovoj sposobnosti da odredi pravo vreme za obavljanje hirurškog zahvata.*

Celokupno zdravstveno stanje somatskog i mentalnog zdravlja pacijenta je važno sagledati pre hirurške intervencije, jer od toga zavisi terapijska potpuna uspešnost hirurške intervencije, ali i prognoza, odnosno očekivani povoljni ishod operacije. *Savremena anesteziologija je takođe izuzetno razvijena medicinska disciplina.* Poznato je da od opšteg stanja zdravlja pacijenta često zavisi da li će anesteziolog reanimator prihvatiti da vodi anesteziju i reanimaciju ili ne. Zbog toga se preoperativno dijagnostikuje funkcija sistema organa svakog hirurškog pacijenta. Neretko se zato i odustane od planirane hirurške intervencije u interesu bolesnika, što je i posebnost medicinskoetičkog odnosa bolesnik – lekar hirurg.

Postoji u našem supkulturnom miljeu jedan medicinskoetički problem koji je vezan za ukupnu zdravstvenu kulturu i stav laika prema hirurgiji. *Bolesnici, po pravilu, ne traže korektivnu pomoć hirurga u situacijama nekih deformiteta dok posledice tog deformiteta ne budu veoma izražene.* Jasno je, kada bi na vreme usledio korektivni hirurški zahvat, uspešnost i efekat takve intervencije neuporedivo bi bili bolji.

Indikacije za hirurško lečenje u stanjima akutnih hirurških bolesti se postavljaju mnogo lakše i često bez pristanka pacijenta. Zavisno od težine bolesnog stanja, recimo perforacija duodenalnog ili želudačnog ulkusa, akutni ili perforirani apendicitis, akutni abdomen bilo kog uzroka i tako dalje, postavlja se indikacija za neodložnu hiruršku intervenciju i njoj se pristupa radi spašavanja najvrednijeg, a to je ugroženi život pacijenta.

Posle završenog dijagnostičkog postupka, pristupa se definitivnoj odluci hirurga da li će se hirurška intervencija izvršiti ili ne i u kom obimu i kada. *Bolesnik sa visokim rizikom za hiruršku intervenciju se selektivno odlaže i pokušava da se popravi njegovo zdravstveno stanje da bi mogao bez velikog rizika podneti agresivni hirurški zahvat ili se odustaje od hirurškog lečenja i prelazi na dalji konzervativan tretman.* Svakako, medicinskoetički aspekti i dileme ovakve selekcije su višestruki i složeni. Indikacije i selekcija bolesnika za izvođenje hirurške intervencije neretko su vezane za hronološku i biološku starost pacijenta.

Hronološka starost pacijenta podrazumeva njegovu životnu dob. U starijoj životnoj dobi određene komplikovane i kompleksne, vrlo teške hirurške intervencije se i ne preduzimaju, jer je rizik od nepovoljnog ishoda, čak i smrtnog, tokom operacije, visok.

Biološka starost podrazumeva vitalnost i očuvanost tkiva i organa pacijenta koji se potvrđuje hirurškoj intervenciji, ili se indikuje za preduzimanje hirurške intervencije.

Danas hronološka i biološka starost ne moraju korelirati, jer se zbog načina života, a i produženja ukupnog ljudskog veka, dobra biološka očuvanost tkiva, organa i sistema organa dijagnostički utvrđuje i u bolesnika visoke hronološke starosti, odnosno visoke životne dobi. Sve ove činjenice, hirurg i hirurška ekipa treba da imaju u vidu kada se nakon sprovedene dijagnostike opredeljuju za preduzimanje hirurške intervencije nad bolesnikom.

Konačno, završni razgovor hirurga sa pacijentom je od izuzetne medicinskoetičke vrednosti, ne manje nego i prvi razgovor, odnosno prvi kontakt bolesnik - lekar hirurg. U tom završnom razgovoru bolesnik – hirurg, hirurg je suočen sa medicinskoetičkim problememima zbog činjenice da bolesnika ne zanima samo kakav će trajni efekat i ishod imati preduzeta hirurška intervencija već ga zanimaju i brojni detalji koji u suštini nisu vezani za taj osnovni cilj i bolesnika i hirurga. Bolesnika u detalje interesuje kako će se odvijati sam hirurški zahvat, što nije u toj meri bitno, jer je mnogo bitnije kako će ga prihvatiti on sam i kako će se ponašati u takozvanom postoperativnom periodu tretmana u intenzivnoj i poluintenzivnoj nezi i kasnije tokom rehabilitacije. Dužnost je lekara hirurga da pacijenta što detaljnije upozna sa postoperativnim tokom, sa svim onim što treba da podnese, od bolova, preko teškog opšteg stanja i dužine i trajanja oporavka posle hirurške intervencije. U protivnom, i najbolje i najkvalitetnije izvedena hirurška intervencija može zbog neadekvatnog postoperativnog ponašanja bolesnika, imati nepoželjan ishod, odnosno dati neželjene rezultate.

Posebne situacije medicinskoetičkih problema posledica su stanja hirurškog bolesnika:

1. **Komatozni bolesnik** je često u situaciji da nad njim bude izvedena teška i komplikovana hirurška intervencija zbog veoma frekventnog i teškog traumatizma ili zbog akutno nastalih hirurških bolesti. *Komatozni bolesnik nije u mogućnosti da odlučuje o hirurškom zahvatu, niti da se sa njim uspostavi odnos, pa se hirurški terapijski i hirurški dijagnostički postupci izvode neodložno i odmah prema doktrini hirurške struke i stavu hirurga.* Odluku o izvođenju, vrsti i obimu hirurške intervencije nad komatoznim hirurškim bolesnikom donosi konzilijum lekara. Medicinskoontološki veoma je delikatno pitanje dobijanja saglasnosti za recimo, uzimanje organa od komatoznog bolesnika gde je sigurno ishod po život nepovoljan, letalan. Najveći broj organa od donora za transplantacionu hirurgiju uzima se baš od bolesnika u komatoznom stanju, te je to poseban medicinskoetički i medicinskopravni problem.

Hirurška intervencija nad komatoznim bolesnikom započinje izuzetno hitno da bi se spasao život i izbegao ili umanjio invaliditet ukoliko je neminovan, te je ukupna procedura pripreme za hiruršku intervenciju zbog toga insuficijentna. U današnjoj visokoj tehničkoj opremljenosti dijagnostičke medicine moguće je i u kratkom vremenu ako postoji dobro uvežbana ekipa i protokol u urgentnoj hirurgiji i nad komatoznim bolesnikom izvesti kvalitetnu i efikasnu predoperativnu dijagnostiku.

2. **Pacijent sa smanjenom uračunljivošću** je često i bolesnik nad kojim se izvode hirurške intervencije, jer i on kao i drugi ljudi boluje od hirurških bolesti. Medicinskoetički problemi vezani za smanjeno uračunljivog pacijenta u hirurgiji su praktično svakodnevni. Radi se o nemogućnosti dobijanja pouzdanih anamnestičkih podataka, što je hendikep za kvalitetno izvođenje hirurške operacije, posebno u urgentnoj hirurgiji. Razgovoru lekar hirurg – bolesnik

sa smanjenom računljivošću treba da prisustvuje i treće lice, odnosno lice koje je zakonski zastupnik takvog pacijenta. Medicinskoetički aspekt problema odnosa hirurrg – bolesnik sa smanjenom računljivošću jeste mogućnost brojnih konfliktnih situacija u postoperativnom toku, te je neophodno biti posebno oprezan u odnosu sa takvim pacijentom. Medicinskoetički problem je i davanje saglasnosti za hiruršku intervenciju nad takvim bolesnikom, iako je ona na izgled zakonski rešena jer saglasnost daje staratelj bolesnika.

3. **Psihijatrijski bolesnik** kao i svi drugi ljudi može da oboli od hirurške bolesti ili da zbog traumatizma bude podvrgnut operaciji. Etički problemi rada u hirurgiji sa ovakvim bolesnicima sežu i u neke jednostavne sfere koji se odnose na održavanje lične higijene i načina života koji se kod psihijatrijskih bolesnika razlikuje od opšte populacije jer su takvi bolesnici zbog nedovoljnog ispunjenja higijenskih normi podložni naknadnim infekcijama ili su već sa infekcijama, na primer kože, baš u regiji u kojoj treba praviti hirurški rez.

4. **Maloletnici** su relativno frekventna suppopulaciona kategorija nad kojom se obavljaju hirurške operacije. *Postoji i supspecijalizovana hirurgija pedijatrijske oblasti, ali je značajno da se u našem zakonodavstvu kao dete smatraju sve maloletne osobe do 15 godina, a posle 15. godine prelaze na hirurgiju odraslih, znači ne pripadaju takozvanoj pedijatrijskoj supspecijalizovanoj hirurgiji.* Tu su i izvori dosta velikih medicinskoetičkih problema jer često maloletnik boravi na odeljenju sa odraslim pacijentima. Medicinskoontološki problemi hirurgije nad maloletnicima proističu iz činjenice da je u fizičkom smislu a i mentalnom, maloletnik nedozreo te mogu nastati brojne delikatne situacije. Hirurrg treba da uvažava ovu činjenicu i u razgovoru sa maloletnikom oprezno i na poseban način daje informacije o stanju njegove bolesti, jer neoprezno data informacija može biti izvor ozbiljnih oštećenja na mentalnom planu, kao i u definitivnoj strukturi ličnosti maloletnika. Preporučljivo je da se svaki razgovor sa maloletnikom na hirurškom odeljenju vodi u prisustvu, njegovih roditelja ili drugih odraslih lica iz bliskog porodičnog kruga. *Maloletnik prema zakonu ne može dati samostalnu saglasnost za hiruršku intervenciju koja će se nad njim izvesti, već je neophodno da je u njegovo ime da njegov roditelj ili staratelj.* Situacije koje nalažu potrebu urgentne hirurške intervencije nad maloletnikom su analogne sa postupanjem sa svakim drugim pacijentom sa urgentnom hirurškom bolešću. Indikacije i saglasnost prelaze u kompetenciju lekarskog konzilijuma.

IZVOĐENJE HIRURŠKE INTERVENCIJE medicinskoontološka načela i problemi

Izvođenje hirurške intervencije se preduzima nakon svih opisanih dijagnostičkih priprema i postavljanja indikacija za hiruršku intervenciju. Hiruršku intervenciju nad urgentnim hirurškim bolesnikom, kao i nad bolesnikom pripremljenim za izvođenje hirurške intervencije, izvodi hirurški tim u čiji sastav ulaze vodeći hirurrg (glavni hirurrg) i jedan ili više hirurga u ulozi asistenta. Oni se tokom samog izvođenja hirurške intervencije aktivno uključuju u rad. Znači moraju tokom cele hirurške operacije biti u pripravnim stanju.

Izvođenje hirurške intervencije ima svoje posebnosti i delikatnosti koje proističu iz navedenog indikovanja za hiruršku intervenciju, jer se često izvode nad urgentnim hirurškim bo-

lesnikom, nad komatoznim bolesnikom, nad psihijatrijskim bolesnikom, nad bolesnikom sa smanjenom računljivošću, nad maloletnikom, te nad bolesnicima različite hronološke i biološke starosti. *Uspešnost hirurške terapijske intervencije zavisi i od samog načina izvođenja hirurškog zahvata.* Naravno, izvođenje hirurškog zahvata podrazumeva pridržavanje protokola tokom cele operacije, i to na svakom organu posebno, ili svaku hiruršku bolest. Odstupanja od utvrđenog protokola tokom izvođenja hirurške intervencije su česta jer je svaki bolesnik poseban slučaj, dakle leči se pacijent a ne bolest.

Odstupanja tokom izvođenja same hirurške intervencije su česta. Na primer zbog povrede nekog okolnog organa instrumentom tokom same operacije. Bez obzira na dobro pripremljenu dijagnostiku nekada se tokom izvođenja same hirurške intervencije ispostavi *da je patološki nalaz obimniji nego što je verifikovan dijagnostičkim procedurama.*

UZGREDNI NALAZ U HIRURGIJI **medicinskoontološki stav i dileme**

Uzgredni nalaz u hirurgiji podrazumeva brojna patološka stanja na organima pacijenta koji se zapravo otkriju tokom dijagnostičkih procedura u pripremi za hirurško lečenje osnovne hirurške bolesti ili tokom samog izvođenja hirurške operacije. *Uzgredna stanja u hirurgiji po pravilu do otkrivanja imaju asimptomatski tok, a neretko su u pitanju ozbiljne bolesti, odnosno patološke promene tkiva i organa u razvoju.* Te promene mogu biti urođene, na primer aneurizme i druge malformacije na krvnim sudovima, mogu se utvrditi tokom dijagnostičkih procedura u hirurgiji ili otvaranjem prirodnih telesnih šupljina. Promene mogu biti i stečene, na primer, asimptomatske kalkuloze žuči, bubrega, mokraćne bešike, ovarijalne ciste, a bivaju otkrivene tokom protokolarne dijagnostike u pripremi bolesnika za hiruršku intervenciju.

Medicinskoetičko problemsko pitanje je šta preduzeti kada se utvrdi neko od nabrojanih patoloških stanja kao uzgredan nalaz u hirurgiji. Svakako, najpre treba o uzgredno dijagnostikovanom nalazu, bolesti, ili patološkom stanju informisati bolesnika i istovremeno sa postavljanjem indikacija za izvođenje hirurške intervencije zbog osnovne hirurške bolesti baviti se indikacijom za eventualno hirurško lečenje i uzgredno utvrđenog patološkog stanja. Ukoliko se pacijent složi i hirurg indikuje hirurško rešavanje uzgredno utvrđenog patološkog stanja to je medicinski uspeh, jer je to stanje po pravilu asimptomatsko, znači bolesnik nema tegoba, niti se žali na uzgredno utvrđenu bolest, odnosno patološko stanje svog organa. *Prihvaćen je stav u hirurgiji da se odluka o lečenju uzgrednog patološkog nalaza ne zasniva na osnovama medicinske nauke i klinike, već pre svega na etičkim medicinskim stavovima.* Bolesnik u ova-kvoj situaciji odlučuje da li će uzgredni patološki nalaz biti hirurški rešen.

Posebnost su i medicinskoontološki problemi u vezi sa uzgrednim mogućim nastankom patološke situacije tokom izvođenja hirurške intervencije ili tokom dijagnostikovanja hirurške bolesti u pripremi bolesnika za intervenciju u kliničkoj praksi. Primer: endoskopska snimanja mogu izazvati perforacije zidova organa, recimo rektuma i usloviti neplaniranu hiruršku intervenciju zbog takve artificijelne povrede.

NARUŽENOST NAKON HIRURŠKE INTERVENCIJE

Hirurgija kao bitna grana savremene naučne medicine i svi uslovi pod kojima se pristupa hirurškom intervenisanju, posebno u traumatološkim disciplinama, često za posledicu ima fizičku naruženost bolesnikovog tela. *Naruženost podrazumeva velike ožiljke i deformitete*. Fizičku naruženost pacijentu mogu naneti neki neminovni hirurški zahvati, kao što su, laparatomije ne samo posle neophodnog carskog reza, već i zbog naknadne mlitavosti trbušnog zida i nakupljanja enormnih količina masnog tkiva. Naruženost fizičkog izgleda pacijenta po pravilu utiče i na celokupni postoperativni kvalitet funkcionisanja takve osobe.

Pristanak bolesnika na operativni korektivni zahvat podrazumeva posebnu saglasnost jer bolesnik treba prethodno da bude informisan i o mogućim eventualnim rizicima po sebe i svoje telo od korektivne hirurške intervencije u situaciji naruženosti. Sve to specifikuje i posebnost medicinskoetičkog i sudskomedicinskog aspekta problema izvođenja korektivno estetskih hirurških intervencija, zbog naruženosti nakon prethodne hirurške intervencije.

Etičke smernice da se postigne uspeh korektivnom hirurgijom nalažu dosledno uspostavljanje i poštovanje protokola za takvu hiruršku intervenciju, kako preoperativno, tako i postoperativno, uz jasne protokolarne formulacije obaveza hirurga i pacijenta. Svedoci smo porasta ne samo broja već i značaja korektivno estetskih intervencija. Savremeni čovek ima potrebu da estetski reši problem gojaznosti, mlitave kože, opuštenih dojki itd. Danas se smatra da posebno mesto treba dati indikacijama za preduzimanje intervencija u estetskoj hirurgiji.

Naruženost u hirurgiji, posledica prethodne hirurške intervencije ogleda se i u funkcionalnim poremećajima organa, a ne sme se zanemariti ni psiho-socijalna dimenzija problema.

ESTETSKA HIRURGIJA posebnost medicinskoontoloških problema

Hirurške intervencije često ostavljaju trajne posledice, ali se opravdanost izvođenja hirurške operacije zasniva na proceni lekara hirurga da su korist i uspešnost hirurškog lečenja bolesti veći od neželjenih a neminovnih posledica po pacijenta nakon izvođenja zahvata.

Posebnost medicinskoetičkih aspekata i problema vezana je i za supspecijalističku oblast hirurgije koju zovemo **estetska hirurgija**. Izvođenje hirurških korektivno estetskih operacija vezano je za naruženost pacijenta, te je delikatnost položaja hirurga izuzetna, jer je obavezan da u svakom individualnom slučaju proceni indikaciju za pristupanje takvoj hirurškoj intervenciji. *Medicinskoetička delikatnost je u činjenici da postignuti izmenjeni fizički izgled pacijenta nakon korektivno estetske operacije može često imati i negativan odraz na dalji život tog pacijenta i narušiti kvalitet njegovog daljeg življenja*.

Delikatnost uloge hirurga u oblasti estetske hirurgije sa medicinskoetičkog, a i medicinskopravnog aspekta nalaže mu da pre preduzimanja i postavljanja krajnje indikacije, ali i preduzimanja same intervencije, do detalja pruži i stručne i naučne informacije pacijentu o korektivnoj estetskoj hirurškoj intervenciji, uključujući u to i svoje lično hirurško iskustvo predočavajući komparativno pacijentu uspešnosti i neuspešnost i zamke iz svog iskustva preduzimanog istog estetsko hirurškog zahvata.

LEKARSKI PREVID U HIRURGIJI

nehat, greška u veštini, neznanje

Brojnost hirurških intervencija u specijalizovanim hirurškim disciplinama nosi i rizik od previda i greške, što nije zanemarljivo. **Greška i previd** su češće očekivani u urgentnoj hirurgiji, zatim u hirurškom lečenju bolesnika sa kvantitativno alteriranom svešću do kome, te u hirurškoj intervenciji nad psihijatrijskim bolesnicima i bolesnicima sa smanjenom uračunljivosti, maloletnicima i svakako akcidentalno traumatizovanim licima.

1. *Previd u hirurgiji nastaje i zbog objektivnih situacija da veoma komplikovane urgentne hirurške intervencije, tokom dežurstava ili u nedostatku hirurških ekipa moraju da izvode recimo, lekari na specijalizaciji iz hirurgije ili hirurzi sa malim iskustvom.*

2. *Previd u hirurgiji može biti izazvan i ukoliko u određenoj zdravstvenoj ustanovi nema hirurga specijaliste koji bi obavio određenu hiruršku intervenciju.* Isto se dešava i ako se ispusti tokom operacije da je stanje komplikovanije nego što je dijagnostički utvrđeno. Moguće je i da se tokom hirurške intervencije indikovane po svemu za sposobnosti i opus opšteg hirusa, ispusti da je stanje patološkog nalaza hirurške bolesti mnogo komplikovanije i teže.

3. *Previd u hirurgiji se događa i zbog nehata, neznanja i greške u hirurškoj veštini lekara.*

Nehat može biti *nesvesni* i *svesni*.

1. *Nesvesni nehat* je kada hirurg nije svestan posledica indikovane i nameravane hirurške intervencije, a u skladu sa svojim stručnim znanjem i iskustvom bi morao to da predvidi i unapred da zna. Takav nehat je najčešći u hirurgiji i dešava se pri dijagnostičkim hirurškim procedurama, ne samo pri izvođenju hirurške intervencije, recimo aplikovanja kontrastnog sredstva kada se ne preduzmu potrebne mere za slučaj senzibilizacije.

2. *Svesni nehat* podrazumeva svestan propust hirurga u procedurama dijagnostike hirurške bolesti ili tokom same hirurške intervencije kada hirurg preduzima radnje svesno, ne protokolarno i neusklađeno sa načelima struke i nauke, smatrajući da neće nastati štetne posledice. Svesni nehat u hirurgiji nastaje i ukoliko hirurg smatra da će moći ad hoc da se izbori sa teškoćama u postoperativnom toku te ne preduzme sve potrebne prethodne postupke.

Nehat u oba oblika, i svesni i nesvesni, nedopustiv je medicinskoetički propust i ogrešenje, s tim što svesni nehat ukoliko izazove posledice uvek i obavezno predstavlja i krivično delo koje sankcionišu pozitivni zakonski propisi.

Neznanje hirurga izaziva greške, odnosno previde u proceduri dijagnostike ili tokom same hirurške intervencije i ima dvojako poreklo i posledice.

1. *Neznanje može izazvati previd ili grešku u hirurškoj dijagnostici i hirurškoj intervenciji* kada hirurg koji to radi nema potrebna znanja iz određenih supspecijalističkih hirurških oblasti, a upusti se u takav rad. Greške proistekle iz takvog neznanja u nekim situacijama se sa medicinskoetičkog i medicinskopravnog aspekta kvalifikuju blaže ukoliko je hirurg te radnje morao preduzeti sticajem okolnosti, a de facto nema potrebna supspecijalistička znanja. Ova situacija je često vezana za rad hirurga u malim gradovima u našoj zemlji, recimo. Minimalna je hirurgova odgovornost ukoliko opšti hirurg mora da preduzme intervencije, na pri-

mer, iz oblasti neurohirurgije zbog urgentnosti stanja, kada u gradu nema neurohirurga, a udaljenost do prve neurohirurške institucije je takva da transport bolesnika do nje znači, i letalni ishod po pacijenta, ili nastanak trajnih, teških, invalidnih posledica.

2. *Neznanje kao previd tokom hirurške dijagnostike ili hirurške operacije* može nastati u uobičajenim situacijama. Radi se uglavnom o neoprezu hirurga kada pristupi dijagnostički indikovanoj hirurškoj intervenciji i samo izvede nju, recimo odstrani gnojavi apendiks, a ne obrati pažnju na okolinu kada je već uradio laparatomiju i ne zapazi, na primer, da je Meckelov divertikulum upaljen i prei da rupturira, ili ne uoči, na primer, vrlo uznapredovao karcinom kolona koji mu je u operativnom polju pristupačan.

Na grešku u veštini treba računati kao na pojavu i u radu najboljih hirurga. Greška u hirurškoj veštini proističe iz brojnih razloga, pre svih iz postojanja raznih anatomske varijeteta organa koji su predmet hirurške operacije, zbog komplikovanih nalaza patološkog supstrata, ali i zbog opuštenosti hirurga jer po ko zna koji put radi za njega jednostavnu hiruršku intervenciju. Bitno je sa medicinsko-deontološkog aspekta da hirurg uoči grešku i da je tokom same intervencije ispravi. Obavezan je i da o tome upozna pacijenta, staraoca ili porodicu.

JATROGENA OŠTEĆENJA PRI HIRURŠKOJ INTERVENCIJI **medicinsko-deontološki aspekt**

Jatrogena oštećenja u hirurgiji nastaju tokom primene dijagnostičkih hirurških procedura i tokom izvođenja hirurške operacije. Jatrogene povrede u hirurgiji mogu biti posledice primenjenih lekova, instrumentalne intervencije u hirurškoj dijagnostici i pri hirurškoj operaciji, a mogu proisteći i iz neadekvatne organizacije hirurške institucije. Naravno, uvek su vezane za lekara i po njega imaju i etičke i pravne posledice.

Jatrogene greške su svakako češće u hirurgiji nego u većini drugih grana medicine. Hirurg u nastaloj jatrogenoj povredi obavezno snosi odgovornost, koja nekada podrazumeva i pravne sankcije.

Jatrogena povreda u oblasti hirurgije može nastati i uprkos svim preduzetim radnjama u smislu obezbeđenja od strane hirurga, po striktnom poštovanju pravila obavljanja hirurške struke. Ukoliko jatrogena povreda ipak nastane, bitno je da hirurg takvu povredu prepozna i preduzme potrebne dodatne radnje da je sanira, pa makar morao znatno proširiti obim hirurške intervencije koju izvodi. U ovakvoj situaciji hirurg ne snosi ni moralnu, niti pravnu sankciju. Sa etičkog i deontološkog aspekta mogu se dogoditi dve situacije:

a) *Prva situacija* je ako hirurg pre operacije upozori pacijenta na mogućnost jatrogene povrede i on se saglasi pismeno, a hirurg povredu ne uoči tokom obavljanja zahvata.

b) *Druga situacija* je delikatnija i teža ukoliko hirurg nije prethodno informisao bolesnika o mogućem nastanku povrede a povreda nastane, a on je još i ne prepozna.

Jatrogene povrede u hirurgiji mogu imati trajne posledice po pacijenta, ukoliko tokom kateterizacije koronarnih arterija nastupi arteficijelni infarkt miokarda ili brojne druge situacije.

Svakako je poseban medicinsko-deontološki problem ukoliko se jatrogeni previdi i povrede često događaju baš određenom hirurgu. Postavlja se pitanje njegove stručnosti i sposobnosti za samostalan rad, što treba rešavati na nivou komore lekara i etičkih komiteta.

RAD LEKARA U OFTALMOLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Medicinska etika i etičnost obavljanja lekarske struke su u načelu identični za sve lekare, razlike su male po obimu, a specifičnosti vezane za posebne specijalnosti još manje.

Oftalmologija je medicinska disciplina koja spada u grupu hirurških grana savremene medicine. *Medicinskoetički, kao i medicinskopravni problemi vezani za ovu medicinsku disciplinu su umnogome identični onima u drugim oblastima medicinske struke.* Oftalmologija se bavi:

1. *prevencijom,*
2. *dijagnostikom,*
3. *terapijom,*
4. *prognozom,*
5. *indikacijama za terapijska preduzimanja,*
6. *zdravstvenim prosvetivanjem,*
7. *procenom životne i radne sposobnosti bolesnika sa poremećajem vida.*

Iz svega ovog i proističu medicinskoetički i medicinskopravni problemi. Odnos oftalmolog – bolesnik bitan je u svim segmentima delatnosti lekara.

Oftalmologija je hirurška disciplina jer radikalnim hirurškim operacijama rešava, odnosno leči brojne bolesti oka i njegovih delova kao i traume oka. Sigurno rešava razrokost, ožiljke na rožnjači, kataraktu, ablaciju retine, tumore, spuštene kapke itd. Medicinskoetički problem u oftalmologiji je adekvatno saopštenje pacijentu da u stanju bolesti njegovog oka treba kao apsolutno medicinski indikovano, preduzeti hiruršku intervenciju. Bolesnik je taj koji neprikosnoveno odlučuje da li će da prihvati ili ne prihvati takav način lečenja. Lekar oftalmolog je dužan da bolesnika do detalja upozna sa bolešću, načinom i mogućnostima lečenja, sa očekivanim ishodom hirurške intervencije, ali i mogućnostima takozvanog konzervativnog tretmana, odnosno konzervativnog lečenja i neminovnim posledicama takvog pristupa. Oftalmolog mora da bude u informisanju bolesnika krajnje objektivan, ali za preduzimanje hirurškog lečenja mora dobiti pismenu saglasnost bolesnika. Ukoliko bolesnik nije u stanju da samostalno odlučuje (kvantitativno alterirana svest, maloumnost, duševna bolest, maloletnik i dr.), odluku donosi roditelj, staratelj ili blizak član porodice.

Edukativni rad oftalmologa izuzetno je bitan da bi se mogli preduzimati preventivni postupci u opštoj populaciji, jer se zna da po svetskim statistikama 2 – 4% ljudi ima urođenu ili stečenu slabovidost i razrokost, koja je na današnjem nivou razvoja ukupne medicine, kao i oftalmologije, efikasno korektivno rešiva, odnosno relativno lako popravljiva. Oftalmolog u postavljanju dijagnoze danas koristi najsavremenije domete tehnike i tehnologije iz oblasti sa-

vremene naučne medicine. Pravilno i egzaktno postavljanje dijagnoze i pravilnost vođenja dijagnostičkog postupka su sa medicinskoetičkog i deontološkog aspekta bitan uslov za uspešnost relacije lekar oftalmolog – bolesnik. Oftalmolog ima na raspolaganju lepezu egzaktnih dijagnostičkih postupaka, od tehnika ultrazvučnih, rendgenskih, kompjuterskih tomografija, magnetne nuklearne rezonance, pozitronske emisije tomografije, fluoresceinske angiografije, fotometrije itd. Medicinskoetički aspekt i moguća dilema primene nekih od navedenih dijagnostičkih postupaka u oftalmologiji nisu prihvatljivi, jer je egzaktna dijagnoza uslov za indikovanje terapijskih postupaka, kako konzervativnih, tako i hirurških. Skupoća ni u kom slučaju ne sme da bude razlog izbegavanja primene nekih od skupih procedura u radu oftalmologa, jer se gubitak vida smatra najvećim hendikepom u životu.

Oftalmolog se mora isključivo rukovoditi brigom za ishod bolesti oka svog pacijenta i zbog toga svog bolesnika mora i treba da shvati u potpunosti. Veza u odnosu oftalmolog - bolesnik je izuzetno značajna, ako se uspostavi kvalitetno. Potrebno je da lekar oftalmolog u potpunosti sagleda ličnost svog pacijenta, te da kada postavlja dijagnozu bolesti postupi prema bolesniku na najadekvatniji način. Drugi aspekt podrazumeva da oftalmolog pribegne dobronamernoj laži – *pia fraus*, kako bi zaštitio mentalni integritet svog pacijenta u situacijama kada on boluje od bolesti koja postepeno ali sigurno vodi u potpuni gubitak vida ili oka kao organa, recimo usled glaukoma, pigmentne retinopatije i dr.

Medicinsko-deontološki aspekt vezan za specifičnosti oftalmologije kao hirurške grane, postoji i u savremenom lečenju transplantacijom tkiva i delova oka. Transplantacija, recimo, rožnjače vrši se sa, po pravilu, mrtvog donora, i tu treba razrešiti medicinsko-deontološki problem, a koji se odnosi na pristanak pokojnika za života da se rožnjača kao transplantat uzme nakon njegove smrti, ili pak pristanak po smrtnom ishodu njegovih bliskih srodnika. Oftalmolog danas i hirurški zamenjuje delove oka veštačkim sočivom, ili veštačkom očnom vodicom itd. Medicinskoetički problem vezan je i za samog bolesnika, jer on može odbiti tkivo drugog, a posebno mrtvog čoveka.

Oftalmolog pored dobro uspostavljenog odnosa sa samim pacijentom, posebno mora negovati i dobar odnos sa njegovim bliskim srodnicima.

Medicinskoetička delikatnost u profesiji oftalmologa diktirana je i činjenicom da 4/5 ukupnih saznanja čovek stiče preko čula vida, što vidu i oku kao organu daje izuzetnu vrednost u ukupnom kvalitetu življenja svake individue, njenoj radnoj sposobnosti i opštoj životnoj sposobnosti. Neretko bezazlena oboljenja oka, kao što su recimo površne povrede rožnjače ili zapaljenja vežnjače, bar privremeno bolesniku u posebnim profesijama onemogućavaju obavljanje radnih ali i osnovnih životnih obaveza.

Trajno umanjenje radne sposobnosti obolelog u opusu oftalmologije je česta posledica bolesti ili traume oka. To implikuje odgovornost oftalmologa u preciznom postavljanju dijagnoze i utvrđivanju obima oštećenja vida, jer to za posledicu može imati invalidsko penzionisanje, nemogućnost bavljenja brojnim profesijama ili gubitak prava sticanja znanja za neka profesionalna osposobljavanja. *Pozitivno zakonodavstvo brojnih zemalja, pa i naše, potpuni gubitak vida kvalifikuje kao 100% invalidnost, životnu i radnu nesposobnost, a gubitak vida jednog oka kvalifikuje sa 25% umanjenja radne i životne sposobnosti.*

RAD LEKARA U OTORINOLARINGOLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Otorinolaringolog je lekar specijalista hirurške grane medicine. Kao i svi drugi lekari u svim medicinskim disciplinama, treba da poštuje medicinskoetička načela kroz odnos:

1. otorinolaringolog i bolesnik,
2. otorinolaringolog i porodica bolesnika,
3. otorinolaringolog i njegova okolina,
4. otorinolaringolog i druge kolege,
5. sebe prema sebi.

Odnos otorinolaringolog – bolesnik podrazumeva medicinskoontološke aspekte i sve komplikovanosti relacija tog odnosa. Značajni su prvi kontakt i nastojanje pridobijanja bolesnikovog poverenja u prvom razgovoru. Delikatnost uzimanja anamneze od strane otorinolaringologa nije veća, ali ni manja, nego u svim drugim granama savremene naučne medicine. Neophodno je ispoljiti visok stepen strpljivosti tokom prikupljanja podataka i pažljivo slušati žalbe pacijenta, jer nije beznačajno napraviti propust kada pacijent ističe da ima nesvestice, a misli na vrtoglavice koje sežu u specijalistički opus delatnosti otorinolaringologa. Obavljanje otorinolaringološkog pregleda vezano je za specifične instrumente i specifične neprijatne doživljaje pacijenta dok se izvodi pregled. Sam pregled u otorinolaringologiji nije neprijatan, ni bolan i nije posebno agresivan, ali od otorinolaringologa zavisi u kojoj meri će i te male neprijatnosti za bolesnika biti izbegnute. Dakle, neophodno je da uputi pacijenta kako da se ponaša tokom pregleda.

Otorinolaringolog je dužan da svog pacijenta informiše o dijagnostikovanom patološkom stanju i indikacijama za terapijske procedure, kao i o prognozi ishoda njegove bolesti po sprovedenoj terapiji, odnosno lečenju. Za preduzimanje hirurških intervencija otorinolaringolog je dužan da pribavi saglasnost svog pacijenta, pismenu ili, ukoliko je to lice maloletno, njegovog roditelja ili staraoca ako je lice lišeno pravne sposobnosti.

Otorinolaringolog sa medicinskoetičkog aspekta ima sve obaveze u odnosu na porodicu pacijenta, podrazumevajuće u lekarskoj praksi. Dijagnostikovana oboljenja u okviru otorinolaringologije mogu biti po prognozi teška kao recimo karcinom laringsa, te je informisanje porodice o bolesti medicinskoontološki identično kao kod svake situacije maligne bolesti.

Specijalista otorinolaringolog je u odnosu na svoju okolinu obavezan da se pridržava načela medicinske etike sa aspekta čuvanja dostojanstva lekarske profesije, kao što opšta načela medicinske etike i nalažu. Stalnim negovanjem posebnih moralnih kvaliteta kao što su altruizam, humanizam i ljubav prema ljudima itd.

Otorinolaringolog je sa medicinskoetičkog aspekta dužan da neguje odnos prema kolegi bilo kog specijalističkog profila, hipokratovskim načelima: "Drugi lekari su moja braća."

Otorinolaringolog kao i svi lekari ima obavezu da stalno dopunjava svoje znanje.

RAD LEKARA GINEKOLOGA I AKUŠERA medicinsko-deontološka načela i problemi

Medicinski zapisi i medicinskoetičke regulative u oblasti ginekologije i akušerstva potiču iz davno minulih civilizacija, a prvi dokument je Hamurabijev zakonik u Vavilonu oko 2000. godine pre nove ere. Takođe postoje pisani izvori iz civilizacije Mesopotamije iz doba vladavine Asurbanipala (VII vek pre n.e.), te iz civilizacija starog Egipta, hinduske civilizacije, civilizacije antičkih Grka, Rimljana i drugih naroda. I u ta vremena, pre oko 4.000 godina, u oblasti ginekologije i akušerstva utvrđivane su etičke dužnosti lekara prepletene sa društvenim i pravnim normama onog vremena, po suštini analognim sa današnjim. Svakako se menjaju pravne, medicinske i medicinskoetičke norme u ovoj medicinskoj disciplini, jer odnos lekara ginekologa i pacijentkinje je jedan od najsuptilnijih u lekarskoj profesiji.

Medicinskoetička načela, vezana za ginekologiju i akušerstvo su specifična. Neophodno je znati izvore i razloge mogućih medicinskoetičkih grešaka lekara, kao i mogućih posledičnih sudskomedicinskih problema u praktičnom radu lekara ginekologa i akušera. *Jasno je da posebnost i specifičnost medicinskoetičkih načela razlikuju rad lekara, kao i drugih zdravstvenih radnika u oblasti ginekologije posebno, a posebno u oblasti akušerstva.*

RAD LEKARA U GINEKOLOGIJI medicinsko-deontološka načela i problemi

Razlog posebnosti medicinsko-deontološkog aspekta rada ginekologa jeste pre svega što su mu pacijenti uvek ženskog pola. Pregled i tretman po pravilu zadire u najintimnije sfere, privatnosti i ličnog života pacijentkinje.

1. *Lekar ginekolog je u deontološkoj obavezi* da kao nijedan drugi specijalista u savremenoj primeni medicinske nauke iskaže prema svom pacijentu uvek blagonaklonost i simpatiju, kao i strpljenje prema svakoj pacijentkinji identično bez obzira na to šta u datom trenutku lično oseća. *Sam fizikalni ginekološki pregled je posebnost jer se po pravilu bolesnica nelagodno oseća pri pregledu (ginekološki pregled umnogome podseća na bludnu radnju).*

Bolesti ženskih genitalija su brojne, a neretko i izuzetno teške, kao što su karcinomi.

Neophodno je da lekar ginekolog za preduzimanje hirurškog lečenja u oblasti ženskih genitalija prethodno dobije pismenu saglasnost pacijentkinje, a ukoliko stanje svesti ili druge okolnosti to ne dopuštaju, saglasnost se traži od bližih članova njene porodice, dakle od rodbine. Isto je i u situacijama maloletne pacijentkinje ili ženske dece.

2. *Medicinsko-deontološka delikatnost za lekara ginekologa je svakako i rad sa decom i maloletnim adolescentnim ženskim osobama.* Danas je sve veća potreba za tzv. juvenilnom ginekologijom, a poželjno je da se za nju opredeljuju žene ginekolozi. Bolesti ženskih genitalija se javljaju i u najranijem dečjem dobu, kao i u adolescenciji, odnosno pre punoletstva, te neka stanja podrazumevaju hiruršku intervenciju pri kojoj je neophodno odstraniti unutrašnje genitalije (ovarijum, ovarijalne tube, uterus). U našoj supkulturi nije retkost da roditelji odbi-

jaju da se takva intervencija izvrši nad njihovom ćerkom, jer to podrazumeva njen sterilitet. Ukoliko je bolest takve prirode da životno ugrožava mladu pacijentkinju ili devojčicu, pribegava se zakonskom preduzimanju hirurške intervencije, a na osnovu odluke konzilijuma lekara i traženja saglasnosti od državnih organa, jer je život preči po savremenoj medicinskoj etici. Delikatnost i mogući medicinskoetički problemi u ginekologiji vezani su i za čuvanje lekarske tajne. Često roditelji, a i same pacijentkinje (devojke i mlađe žene koje nisu rađale) zahtevaju od lekara da čuva tajnu o njihovoj sterilnosti.

3. *Lekar ginekolog često ima obavezu da u pisanoj formi izda svoj nalaz i mišljenje koji je zapravo, po suštini dokumenta (lekarsko uverenje) i ima uvek sudskomedicinski značaj.*

4. *Lekar ginekolog tokom obavljanja svoje profesije može da primeni nova terapijska sredstva, bilo u vidu novih nedovoljno proverenih farmaceutskih supstanci, ili barem nedovoljno proverenih u iskustvenom sopstvenom radu, nove hirurške metode, čak i eksperimentalan rad u okviru naučnoistraživačkog rada. Sve nabrojane situacije su delikatne sa medicinskoetičkog aspekta, ali i sa aspekta medicinskopravnog mogućeg sankcionisanja.*

5. Svi ljudi imaju pravo da se u životu, pa i u većini profesija, rukovode intuicijom ili impresijom. *To pravo ne može koristiti lekar nijedne medicinske grane ili discipline u savremenoj naučnoj medicini, a posebno ne lekar ginekolog. Sve zaključke, odluke i indikacije, kao i prognozu, lekar uopšte, a lekar ginekolog pre svih drugih specijalnosti u medicini, mora zasnovati na znanju naučne medicine i ličnom znanju.*

TEHNIKA GINEKOLOŠKOG PREGLEDA **medicinskoontološka načela i problemi**

Ginekološki pregled se izvodi radi utvrđivanja stanja regije spoljašnjih i unutrašnjih ženskih polnih organa, ali i zbog terapijskog rada pri oboljenjima ženske genitalne regije. *Lekar ginekolog ne sme u svojoj profesionalnoj delatnosti ni jednog momenta zaboraviti da genitalna regija žene predstavlja izuzetnu i veliku intimnost.* Treba poštovati i supkulturne stavove sredine iz koje žena potiče. Lekar sa razumevanjem mora prihvatiti nelagodnost, stid, sneblivanje bolesnice prilikom ginekološkog pregleda, te je nedopustiv arogantan, netaktičan i grub stav lekara. Sam čin ginekološkog pregleda žene je delikatna i često podseća na bludne neprihvatljive i nepristojne radnje. Stoga lekar ginekolog, kao i drugi zdravstveni radnici u ginekologiji, može da bude optužen da je povredio genitalnu regiju žene pri pregledu, recimo izvršio defloraciju (povreda himena), da je manipulacijama pri pregledu namerno podsticao seksualno uzbuđenje bolesnice itd. Da ne bi nastale ovakve optužbe koje mogu imati epilog pred sudom, treba poštovati pravilo **da se ginekološki pregled uvek obavlja u prisustvu trećeg lica** (babice, lekara na specijalizaciji, mlađeg lekara ili kolege specijaliste).

Lekar u ginekologiji, kao i u svakoj drugoj medicinskoj oblasti treba da uzme iscrpnu anamnezu. Delikatnost uzimanja anamnestičkih podataka u ginekologiji je posebna, te zahteva i posebnu osposobljenost lekara ginekologa za postavljanje pitanja da bi dobio neophodne anamnestičke podatke, a da ne dovede bolesnicu u situaciju da pomisli kako su upućena pitanja diskreditujuća za nju kao osobu, ili da se radi o intrigantnom raspitivanju lekara o njenoj najvećoj intimnosti, kao što su seksualnost ili način vođenja seksualnog odnosa. Lekar gine-

kolog ima obavezu da stalno poštuje činjenice da je genitalna regija žene u njenoj svesti i svesti njenih bližnjih i ljudi uopšte, vrlo bitno i tesno vezana sa reproduktivnom sposobnošću, odnosno sa najsvetijom ulogom žene – materinstvom, tj. začecem, trudnoćom i rađanjem novog života. Stoga su sva patološka događanja u genitalnoj regiji izuzetno psihološki važna za ženu. Nose strepnju i strahove od steriliteta.

RAD LEKARA U AKUŠERSTVU medicinsko-ontološka načela i problemi

Medicinsko-ontološka načela i mogući problemi u akušerstvu odnose se na sveobuhvatno sagledavanje fenomena trudnoće, porođaja, psihološkog fenomena materinstva, rađanja vanbračnog deteta i psihološke dramatičnosti rađanja mrtvog deteta.

1. **Trudnoća** se naziva u našem narodu i u žargonu "*drugim stanjem*", sa aspekta sveukupne današnje naučne medicine može se reći veoma opravdano. Posebnost psihološke ukupnosti trudnice je izuzetno specifična, prolazna i delikatna. Žena u trudnoći se često ponaša veoma neobično. Lekar akušer mora poznavati mentalno specifično stanje trudnice. *Lekar akušer treba da kod bolesnice stvori osećanje da joj je on izuzetno naklonjen i da podržava njenu mentalnu sreću i zadovoljstvo što će postati majka.*

2. **Porođaj i materinstvo** su posebni doživljaji i emocionalni kvaliteti poznati samo ženi. Trenutak dolaska novorođenčeta na svet jedan je od najlepših i najjashćenijih mogućih čovekovih doživljaja. *Stoga porođaj mora biti vođen na način dostojan vrednosti samog čina bez grubosti, uz izražavanje najsuptilnije i najkvalitetnije emocionalnosti u odnosu na taj poseban događaj prvog plaća novorođenog čoveka.* Manipulisanje i rad oko novorođenčeta treba da budu puni nežnosti, jer majka to prati sa izuzetnom pažnjom i posebnim emocionalnim doživljajem.

3. **Rađanje vanbračnog deteta** je u našoj supkulturi posebnost zbog socio-supkulturnog odnosa prema ženi koja je vanbračno zatrudnela da je to nemoralan čin. Sa aspekta medicinske etike, odnos prema rađanju vanbračnog deteta ne sme biti zasnovan na arhetipskim stavovima našeg kulturnog miljea, već na istim medicinskoetičkim principima rađanja deteta začeto u braku. Neprihvatljivo je zbog toga da se tokom vanbračne trudnoće upućuju saveti ili kritike takvoj trudnici. Nikada druga osoba, pa makar bio to i lekar, ne može do kraja razumeti psihološki stav žene koja se odlučila da održi tokom devet meseci vanbračno začetu trudnoću, rodi i oplemeni se materinstvom. Dakle, poštovati samo odluku žene o vanbračnoj trudnoći i rađanju vanbračnog deteta.

4. **Rađanje mrtvog deteta** je posebno delikatna situacija u akušerstvu. To se pre svega odnosi na ženu porodilju koja je tokom devet meseci trudnoće iščekivala rađanje novog života i ostvarenje sebe kao majke. Razumljiv je, dakle, neizbežan šok na mentalnom planu porodilje sa mrtvorodenim detetom pa je i obaveza lekara akušera i drugih zdravstvenih radnika u akušerstvu da pomognu porodilju da podnese tu situaciju. *Lekar akušer, kao i zdravstveni radnici u ekipi, obavezni su sa medicinskoetičkog aspekta da prema porodilji koja je rodila mrtvo dete iskažu više topline i više ličnog i iskrenog angažovanja, nego prema porodilji koja je rodila živo novorođenče.* Prihvaćeno je pravilo u akušerstvu da se takva porodilja izoluje od onih koje su postale majke, da ne bi dodatno patila gledajući njihovo zadovoljstvo i sreću.

RAD LEKARA U ANESTEZIOLOGIJI I REANIMACIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Anestezijologija i reanimacija je jedna od najmlađih specijalističkih disciplina u savremenoj medicini a izuzetno je bitna. Katedra i specijalističke studije anestezijologije i reanimacije u našoj zemlji ustanovljene su u Beogradu tek nekoliko decenija. Istorijski moderna anestezijologija počinje sa vođenjem porođaja Engleske kraljice Viktorije. Britanski anestezijolog dr Džon Snou (1813–1858) dao je hloroform prilikom njena dva porođaja.

Lekar anestezijolog danas raspolaže savremenim tehničko-tehnološkim mogućnostima da davanjem supstance ukine svesnost bolesnika, uvede telo, odnosno tkiva, posebno mišićno, u stanje potpune opuštenosti – relaksacije. Sve to je potrebno da bi se pristupilo hirurškoj intervenciji u bilo kojoj hirurškoj oblasti. Odgovornost lekara anestezijologa i reanimatora počiva na obimnom znanju medicine i ovladanoj veštini podržavanja ili održavanja osnovnih vitalnih funkcija, nekada satima, tokom trajanja hirurške intervencije. Nekada anestezijoloz, odnosno reanimatori, isključuju srce pacijenta iz cirkulacije satima dok se na njemu interveniše, ili kod transplantacije srca, a za to vreme veštačka pumpa korektno sprovodi cirkulaciju krvi.

Brojne su medicinskoetičke dileme i medicinskoetičke odgovornosti lekara reanimatora a svakako i medicinskopravna načela kojima se reanimator mora rukovoditi te su moguće brojne medicinskopravne odgovornosti posledične. Reanimacija se preduzima u stanjima koja zadese pacijenta najčešće iznenadno i znače prestanak života, tj. prestanak spontane akcije srca i spontane funkcije disanja. Spontani prestanak akcije srca i funkcije disanja ishodište je svakog teškog bolesnog stanja i takvo se može i predviđati kao epilog bolesti, odnosno krajnji epilog života. Nagli prestanak akcije srca i funkcije disanja vezan je za posebna iznenadna stanja bolesti ili traumatizma. Reanimacija se sprovodi u zdravstvenim ustanovama ne samo hirurškog tipa već i u svim zdravstvenim institucijama gde se bolesna stanja završavaju smrću. Reanimacija se sprovodi i u svim institucijama pružanja hitne medicinske pomoći bolesnim i povređenim i konačno van zdravstvenih institucija, u stanu pacijenta, na ulici i tokom transporta u kolima hitne pomoći.

Oživljavanje podrazumeva ponovno uspostavljanje života (akcije srca i funkcije disanja) nakon što je on na prirodan ili nasilan način prestao. Uvažavajući ovu definiciju, jasno je da treba poštovati, izgrađivati i nastojati da se ujednače medicinskoontološka načela vezana za oživljavanje pacijenta. Lekar anestezijolog – reanimator i lekar uopšte, kao i zdravstveni radnici, neophodno je da znaju medicinskoontološka načela i moguće probleme vezane za oživljavanje pacijenta. Preduzetim oživljavanjem se nastoji ponovo uspostaviti život i teži da on u daljem toku bude kvalitetan.

Svetsko medicinsko udruženje ali i Američko udruženje lekara, te Lekarsko udruženje pri Evropskoj uniji, kao i Lekarsko udruženje i komore u svim zemljama sveta nastoje medicinskoontološki (medicinskoetički i medicinskopravno) urediti načela preduzimanja oživljavanja zakonima, deklaracijama i izjavama da bi se smanjile greške i odgovornosti lekara i zdravstvenih radnika u ovoj delikatnoj medicinskoj intervenciji. Suština problema medicinskog oživljavanja je u poštovanju principa za donošenje odluke:

- treba li započeti oživljavanje i pod kojim uslovima;
- kada prestati sa oživljavanjem i pod kojim uslovima.

Da bi se što kvalitetnije ostvario pristup oživljavanju, neophodno je uvažiti četiri principa: korist, nekorist, pravda i autonomija. Ova četiri principa treba da uvažuje lekar, pacijent i zajednica kao polazište za jedinstveni stav u odluci da li oživljavati i kada prestati sa oživljavanjem. Zakonom je skoro nemoguće urediti pravila oživljavanja i prestanka oživljavanja. Neophodno je pored pravnih normi i stavova uvažavati kulturne norme, običajne norme, individualne stavove pacijenta, religiozne stavove itd.

Lekar reanimator medicinskodeontološki mora poštovati sledeće.

1. Ranije direktive, ponekad poznate kao želja za životom - Medicinskoetički i medicinskopravno bilo bi bez posledičnih ogrešenja izvođenje oživljavanja uvek ispravno ako bi pacijent u punoj svesnosti i zdravlju pismenom izjavom (poštujući autonomiju pacijenta) opredelio svoj stav o oživljavanju kada do takve situacije na kraju njegovog života dođe. Istu vrednost imaju i slobodnom voljom date usmene izjave pacijenta prijateljima i bliskim rođacima. Na primer izjava: "U slučaju da mi prestane život zbog bolesti, starosti ili iznenadnog zastoja srca ili povređivanja tela ne želim da budem oživljavao." Za ovakve izjave pacijenta koristi se termin "*direktiva unapred*" i ovde je uglavnom sve jasno. Međutim i u ovim situacijama u zemljama gde je to uređeno kvalitetnije nego u našoj zemlji, mogu nastati problemi da u situaciji prestanka akcije srca i funkcije disanja tog pacijenta koji je dao "direktivu unapred" bliski rođaci ili prijatelji insistiraju da se postupi suprotno od "direktive unapred". Tako da i "direktiva unapred" može imati medicinskodeontološke probleme i posledice po lekara i zdravstvene radnike.

2. Kada ne započinjati oživljavanje. Nezapočinjavanje oživljavanja u prestanku života pacijenta bilo u bolnici, drugoj zdravstvenoj instituciji, ili na terenu, sa strogo medicinskog aspekta izgleda jasno i jednostavno. Ukoliko postoje dokazi o asistoliji (prestanku akcije srca) dvadeset minuta, medicinski je neopravdano započinjati oživljavanje jer bi u slučaju njegove uspešnosti to telo samo vegetiralo, odnosno mozak je definitivno mrtav. Medicinskodeontološki problem u praksi je izuzetno kompleksan i vezan za lekarsku odluku nezapočinjanja oživljavanja u utvrđenom zastoju srca zbog nekada nepotpune pouzdanosti podataka kada je nastala asistolija. Kulturološki stavovi su takođe od značaja. Na primer, u našem narodu se veruje da se osoba koju je udario grom ili je stradala od napona električne struje može oživeti zakopavanjem u zemlju i nekoliko sati nakon elektrokucije. Smrt izazavana elektrokucijom događa se uglavnom podalje od zdravstvenih institucija i lekara te je potrebno potražiti, pozvati hitnu pomoć i uvek prođe duže od 20 minuta dok lekar dođe na lice mesta. Rodbina i prijatelji nesrećnog pre toga uglavnom preduzimaju ukopavanje tela nastradalog i po dolasku lekara očekuju da on oživi već umrlog. I u jednoj i u drugoj situaciji mogu nastati medicinskopravni problemi.

3. Kada prekinuti pokušaje oživljavanja. Započeto a neuspešno oživljavanje je medicinskodeontološki problemski u smislu kada prekinuti. Svakako sa medicinskog aspekta oživljavanje treba prekinuti ukoliko je ono neuspešno bar 20 minuta ili tokom oživljavanja ukoliko se sazna da je asistolija trajala više od 20 minuta pre nego što je oživljavanje započeto. Brojne su medicinskodeontološke dileme ali i mogući izvor problema prekidanje započetog oživljavanja. Odluku o tome treba da donese najstariji lekar u timu za oživljavanje. Neke

zemlje su to zakonom rešile i to da odluku donese komisija, da sa njom obavezno sarađuje rodbina itd. Činjenica je da ovaj prostor ostaje sa medicinsko-ontološkog aspekta u daljoj dogradnji i daljem stručnom, naučnom i zakonskom dopunjavanju.

4. Kada povući tretman onih u vegetativnom stanju. Medicinsko-ontološki problem je posebno kompleksan u situacijama uspešnog oživljavanja a da se i danima, nedeljama ili mesecima ne uspostavi svest u takvog pacijenta. Pacijent sa uspostavljenom akcijom srca i funkcijom disanja živi u tzv. vegetativnom stanju bez svesti, zavistan od tehnike i parenteralne ishrane i parenteralnog unosa vode. Kada prekinuti održavanje takvog života, složeno je pitanje i zavisi ne samo od stava lekara već i od stava rodbine a u delu i društvene zajednice. Postoje primeri kao izuzeci da posle višemesečnog vegetativnog stanja kod nekih pacijenata dolazi do uspostavljanja svesti i nastavljanja života. Ovakva stanja sigurno izazivaju različite dileme vezane za prestanak održavanja vegetativnog stanja ako je pacijent dete. Bitni su i emocionalni stavovi i lekara i rodbine i zajednice, a razlikuju se ako je pacijent odrasla, posebno stara osoba.

5. Odluke da članovi porodice ako žele prisustvuju oživljavanju. Medicinsko-ontološki u savremenoj civilizaciji i ovo je problem. Brojne zemlje su ozakonile pravo porodice da prisustvuje oživljavanju i obavezale lekare da to omoguće. Razlozi su prihvatljivi. U naglim nastancima prestanka života prisustvo bliskih osoba oživljavanju takvog pacijenta umanjuje stresogenost saznanja o smrtnom ishodu. Umanjuje se i samooptuživanje bliskih rođaka da se moglo nešto učiniti da njima draga osoba živi itd. Naš Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne razmatra ovaj problem.

6. Odluke o istraživanju i vežbanju na nedavno umrlim. Civilizacija, posebno na početku 21. veka, sve više štiti autonomnost i prava pacijenta te su medicinska istraživanja i studentska vežbanja lekarske veštine na živom čoveku – pacijentu limitirana. Donedavno to nije bio problem. Danas u razvijenim zemljama, posebno u Americi, problem je da studenti medicine uvežbavaju veštinu fizikalnog pregleda na bolesniku u bolničkoj postelji. Uprkos tome, očekuje se od lekara ne samo da se služe znanjem naučne medicine već da vladaju i veštinom njene primene, na primer plasiranje kanila u jugularnu venu, uvođenje katetera itd. Proistekla je potreba da se uz saglasnost najbolje pacijenta u punoj svesnosti i vladanjem sopstvenom voljom recimo na samom prijemu u bolnicu, da pristanak da se mogu u slučaju smrtnog završetka njegove bolesti nad njegovim telom neposredno nakon smrti vršiti istraživanje ili vežbanja, na primer uvođenje tubusa u larinks ili ovu saglasnost mogu dati bliski rođaci i prijatelji umrlog. Medicinsko-ontološki problem blizak ovom vezan je i za saglasnost o izvođenju kliničke obdukcije nad telom umrlog u bolnici.

RAD LEKARA U OBLASTI HUMANE SEKSUALNOSTI

obavezujuća medicinskoontološka načela

Humana seksualnost je nagona sfera i potreba čoveka, ali ne samo nagona. *Seksualnost je nagonski kvalitet koji utiče na ukupno čovekovo ponašanje, na njegove svakodnevne aktivnosti, ali i na njegovo mentalno funkcionisanje, posebno u sferi razmišljanja.* Seksualnost spada u osnovne biološke nagone kao i nagon za samoodržanjem. Socijalni nagoni su nagon čopora, nagon konkurencije, razonode, nagoni afilijacije, altruizma i drugi.

Seksualnosti homo sapiens recensa može se razmatrati sa dva aspekta:

a) sa *biološkog* i

b) sa *moralnoetičkog* ili *medicinskoetičkog*.

a) **Biologija ljudske seksualnosti** podrazumeva seksualnost homo sapiensa sa svrhom održanja vrste, odnosno njenog produženja i biološkog usavršavanja kroz generacije. ***Razmnožavanje je sveopšta odlika života na našoj planeti od pojave prvog živog oblika.*** Ukoliko se život pojavio kao jednoćelijsko biće, onda je reprodukcija tih oblika bila aseksualna, kao i danas, gde se jednostavnim deljenjem događa razmnožavanje i umnožavanje na identične nove zrele jedinke. Sa pojavom viših oblika života pojavilo se i razmnožavanje seksualnošću, dakle nastavljanje vrste mešanjem genetskog materijala dve jedinke, što je omogućilo da potomci imaju posebne i samo njima svojstvene karakteristike, to znači da u svakoj generaciji trpe i modifikacije, te je to uslov za nastanak novih i novih životinjskih vrsta. *Seksualnost složenih životinjskih vrsta direktno zavisi od nivoa razvoja njihovog centralnog nervnog sistema (CNS),* te zbog potrebe dugovremenog sazrevanja CNS-a, mladunčad sisara imaju vremenski dugo detinjstvo. Postoji biološka zakonitost seksualnosti kroz sazrevanje mladunčadi jer je ono recipročno, zavisno od dužine trajanja gestacije. ***Gestacija je u funkciji dužine prosečnog trajanja života jedinke svake vrste sisara.*** Što je CNS jednostavniji, sazrevanje i odrastanje potomaka je brže.

Razvoj humane seksualnosti vezana je za nastanak čoveka na planeti Zemlji. Smatra se da se čovek kao vrsta pojavio negde u južnoj Africi, najverovatnije u dolini reke Omo u Etiopiji, nedaleko od Rudolfovog jezera pre oko dva miliona godina, kao australopitek - primat koji se prvi uspravio i time stekao odlike koje su se zadržale sve do danas, odnosno do homo sapiens recensa. Australopitek je bio nesavršen u odnosu na druge primat i životinjske vrste, jer je imao loše zube, nije imao snažne kandže, bio je slabih mišića i zakržljalog njuha. Zakržljalost čula mirisa uslovlila je i uspravljanje čoveka, odnosno odvajanje glave od zemlje, jer se mirisi i tragovi prate na zemlji. CNS mu se izuzetno razvijao, a u prostoru za čulo mirisa – topoanatomske regije rinencefalona, posebno amigdala, (u drugih životinja regija ofaktilne funkcije) postao je centar za nagonu sferu čovekove aktivnosti. Ta regija čovekovog CNS postala je i regija ljudske, odnosno humane seksualnosti. **Jednostavno biološki gledano seksualnost podrazumeva samo reprodukciju vrste.**

b) **Medicinska etika i etika humane seksualnosti.** Seksualnost, iako nagona sfera, u čoveka je zbog razvijenosti CNS-a na kvalitativno savršenijem nivou nego kod svih drugih

životinjskih vrsta. Seksualnost homo sapiens recensa je primarno u službi bioloških zakonitosti produženja vrste polnim razmnožavanjem. Tokom evolucije je u toj meri izmenjena da je danas u potpunoj kontroli i elaboraciji mentalne ukupnosti čoveka, odnosno u domenu moralnosti kao psihičke funkcije. Etički razmatrano, seksualnost homo sapiens recensa ima kulturom, odnosno moralnošću nadgrađene, posebne odlike. Humana seksualnost seže i u domen medicine, time i u domen medicinske etike pa i u profesionalan stav lekara.

Etičke, odnosno medicinskoetičke aspekte i probleme vezane za ljudsku seksualnost treba shvatiti na sledeći način i kroz sledeće nivoe objašnjenja:

1. **Medicinskoetički aspekti i problemi humane seksualnosti** u vezi su sa uticajem kulture kao društvenog činioca, analogno drugim uticajima zajednice (običaja, pravnih normi, religije) Uticaj kulture na čovekovu seksualnost proističe iz transkulturelnosti i kroskulturelnosti.

a) *Transkulturelno* podrazumeva različite pristupe jednoj istoj pojavi, promenljivoj iz kulture u kulturu ljudskog društva. Šta to znači u domenu seksualnosti? Podrazumeva različitost pristupa seksualnosti u raznim, supkulturama danas zasnovanim na religijskim učenjima. Poznato je da je položaj, na primer žene, različit u islamističkoj kulturi, gde je muškarcu dopušteno da bude u braku sa četiri žene, dok u evropskoj – hrišćanskoj, zapadnoj, pa i našoj supkulturi bigamiju sankcionišu pozitivni zakoni kao neprihvatljivu pojavu.

b) *Kroskulturelno* podrazumeva istu pojavu u istoj kulturi, odnosno zajednici, samo u funkciji vremena. U našem supkulturnom miljeu kroz vreme se menjaju stavovi u odnosu na brak recimo. Svedoci smo da je stav u odnosu na razvod braka poslednjih decenija izuzetno liberalan u našoj supkulturi, bitno liberalniji nego što je to bio nekoliko decenija ranije, čak i Pravoslavna crkva liberalno prihvata razvod braka. Česta je pojava u nekim zemljama Evrope i Zapada da žene rađaju decu van braka i to je prihvaćena društvena pojava. Dakle emancipovana žena ne želi zajednički život sa mužem, tj. muškarcem (ocem svog deteta). Ovo će, lako je anticipirati, doneti novu dimenziju medicinskoetičkog problema vezanog za ljudsku seksualnost, a to je moguća vantelesna oplodnja i rađanje dece bez poznatog oca. Ukoliko ovo postane realnost doći će svakako i do modifikacije medicinskoetičkih stavova, ali i problema, a to će izučavati neke buduće generacije studenata medicine.

2. **Fiziologija ljudske seksualnosti** generiše prvo etičko, dakle i medicinskoetičko pravilo u oblasti seksualnosti i podrazumeva pravo svake jedinke na karakteristično zadovoljenje sopstvene seksualnosti. *Medicinskoetički aspekt fiziologije i fiziološkog u okviru ljudske seksualnosti temelje se na medicinskoj nauci.* Ovde je važno pravilo prosečnosti, u vezi sa izgledom, veličinom polnih organa, fiziološkom učestalošću polnih odnosa, dužinom njihovog prosečnog trajanja i uobičajenim tehnikama vođenja ljubavi u ljudskoj vrsti. Etički aspekt i medicinskoetički problemi u domenu prosečnosti, odnosno fiziologije humane seksualnosti, izuzetno su osetljivi jer je seksualnost ljudske individue njena i najveća intimnost. Lekar ne sme projektovati svoje stavove u vezi sa seksualnošću dajući ih kao savete pacijentu. Lekar treba da samo na medicinsko naučnoj osnovi razjasni pacijentu postojanje ili nepostojanje problema u datom slučaju i informiše ga o fiziologiji prosečnosti. *Sve ostalo je pacijentova intimna individualnost.*

Seksologija se razvija u oblasti medicine i lekari koji se bave seksologijom su zapravo posebno supspecijalizovani stručnjaci. Informacije radi student medicine, a i svi lekari, kao i

zdravstveni radnici trebalo bi da imaju znanje o stavovima aktuelne seksologije u pogledu ljudskih seksualnih aktivnosti. Recimo, do nedavno je i u psihijatriji i u medicini uopšte, homoseksualnost kvalifikovana kao bolest, a danas se smatra varijetatom ljudske prirode pri zadovoljenju seksualnosti i izboru seksualnog objekta. Savremena seksologija postavlja u okviru naučne medicine i modifikovan problem inverzije i perverzije kao patologije u okviru ljudske seksualnosti. Perverzije kao što su oralni seks (*kunilingtus i felacio*) ne smatraju se danas u naučnoj medicini patologijom, već prihvatljivim oblikom seksualne igre, a patološkim se smatra samo ukoliko je sam sebi svrha i predstavlja zadovoljenje seksualne potrebe.

3. **Reciprocitet u seksualnoj aktivnosti** dve individue podrazumeva seksualne aktivnosti para sa pravom da čine jedan drugom ono što obostrano donosi zadovoljstvo i smatra se normalnim ponašanjem, a ne patološkim. Ovo se u oblasti humane seksualnosti odnosi i na ljubavnu, seksualnu prevaru. Po ovoj logici, prevara je prihvatljiva ukoliko to recipročno čini i drugi partner. Ovakav stav je ispravan, jer je čovek sposoban da shvati da sve ono što dozvoljava sam sebi, mora da dozvoli i drugoj osobi, pogotovo u ljubavnoj vezi.

4. **Svesna kontrola humane seksualnosti** je odlika čoveka. Čovek svoju seksualnost može i mora na svesnom planu kontrolisati pri usmerenju i ostvarenju kroz seksualnu aktivnost. Medicinsko-deontološki problem lekar razrešava u delikatnoj situaciji, recimo u situaciji veštačenja počinjene pedofilije, na sledeći način: *Pedofil jeste bolestan, međutim, seksualni akt nad nemoćnim detetom se smatra krivičnim delom i lekar ga tako veštači, jer podrazumeva da je taj "bolesnik" mogao svesno kontrolisati svoju patološku seksualnu potrebu.*

5. **Seksualna zloupotreba bolesnika** je mogući medicinskoetički, ali i medicinskopravni problem u obavljanju lekarske prakse. Nije dopušteno da lekar svoje seksualne potrebe zadovolji zloupotrebom nemoći svog pacijenta u bilo kojoj situaciji odnosa lekar – pacijent, ne samo u situaciji kada je pacijent duševni bolesnik, recimo. *Lekar je uvek krivično odgovoran kao i svaki drugi zdravstveni radnik ukoliko seksualno zloupotrebi pacijenta.*

6. **Brak je socijalna pojava** u okviru zadovoljenja humane seksualnosti. *Brak nije medicinski, već socijalni entitet i regulisan je kao pravni institut pravnim normama.* Naša supkultura u okviru evropske supkulturne vrednosti smatra brak normalnom sledstvenom institucijom u seksualno zrelih osoba. Danas smo svedoci, sklapanja brakova zbog začeca pre braka, ali takvi brakovi po pravilu nemaju perspektivu. Medicinskoetički aspekt je ovde jednostavan, lekar u bračnom i predbračnom savetovalištu nastupa u multidisciplinarnom timu, u kome su stručnjaci raznih profila društvenih nauka i oblasti, te treba da u svakom pogledu svoje stavove ograniči na znanju naučne medicine u svim situacijama vezanim za brak. Lekar samo kompetentno predlaže ili razrešava situaciju trudnoće i eventualno patologije u okviru seksualne aktivnosti, a vezano za brak. Svi drugi problemi vezani za brak su u domenu socio - problema i u nadležnosti su drugih stručnjaka.

7. **Čuvanje medicinske tajne vezane za seksualnu aktivnost čoveka.** Danas je na ovom polju najveća medicinskoetička dilema da li sačuvati tajno saznanje da jedan bračni partner ima HIV infekciju ili neku drugu polnu zarazu. Medicinskoetički stav je da se bračnom partneru saopšti istina o HIV pozitivnosti supružnika, ali krv na analizu ne sme nikada biti uzeta tajno da bi se testirala na HIV infekciju.

HUMANA REPRODUKCIJA

medicinskoetička načela i problemi

Medicinska nauka uprkos dostignutom razvoju i sveukupnoj moći u rešavanju brojnih problema vezanih za razboleivanje i lečenje, pre svega, a i razumevanje ukupnog života i dalje nije razrešila dilemu kada počinje zapravo ljudski život. *Iz ove činjenice proističe i medicinskoetički problem vezan za humanu reprodukciju.*

Pitanje kada počinje ljudski život je pradávnno, seže u prošlost od više milenijuma, ali je i tema aktuelnih naučnih skupova na kojima učestvuju, ne samo lekari već i filozofi, pravnici, teolozi, pokušavajući da iznađu odgovor na pitanje kada počinje ljudski život.

Milenijumima se smatralo da život čoveka počinje sa prvim pokretima ploda u uterusu majke. Kasnija saznanja da trudnoća nastaje aktom spajanja dva gameta, jajne ćelije i spermatozoida, implicirala su stav da život počinje samim aktom začeća. Naučna saznanja koja su sledila ukazala su da su spermatozoidi i jajna ćelija živi kao jednoćelijski organizmi. Za spermatozoide je to sasvim jasno, jer su pokretni. Medicinski gledano, život, odnosno personalizacija čoveka nastaje u momentu susretanja ženskog i muškog gameta, tj. u momentu oplodnje. Ipak nije tako, jer je danas poznato da brojni ovociti nakon oplodnje nikada ne nastave ćelijsku deobu, a isto tako brojni od onih što započnu ćelijsku deobu propadnu i ne razvijaju se dalje u fetus. Naučnici ovog momenta ne mogu jasno definisati šta je početak ljudskog života, posebno ne za potrebe pozitivnog zakonodavstva, jer se nijedan proces u složenom lancu humane reprodukcije ne može proglasiti kao početak personalizacije, odnosno života. Možda je najbliže pravom odgovoru Američko društvo za fertilitet svojim stavom: "Ljudski je život neprekidan proces, pa prema tome tačan trenutak u kome je osoba u potpunosti formirana ne može se definisati u čisto naučnim okvirima. Definicija osobe nezaobilazno uključuje metafizičke (verske i filozofske) procene."

Složenost medicinskoetičkog problema humane reprodukcije odslikava se i u kulturnim stavovima određenih civilizacija, naroda i njihovih tradicionalnih kultura. Kinezi, recimo i danas poštuju svoj tradicionalan stav da se životna starost računa od momenta začeća, dakle smatraju se starijim za devet meseci od drugih naroda. Taj tradicionalni stav kineskog naroda je usklađen sa današnjim naučnim shvatanjem, jer intrauterini život čoveka čini jedinstvenu celinu sa periodom postnatalnog življenja.

RAD LEKARA U PERINATOLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Perinatologija je nova medicinska disciplina i *podrazumeva izučavanje perioda od začeca do porođaja, dakle ceo period trudnoće žene.*

Medicinskoontološki problemi u perinatologiji, vezani su za fetalnu terapiju, i proističu iz zdravstvene zaštite trudnice i njenog ploda. Oduvek je medicinski cilj bio povoljan ishod trudnoće i za trudnicu i za plod. Medicinskoetički problemi u sprovođenju fetalne terapije proističu iz situacije da trudnica na početku trudnoće mora imati saznanje o mogućim neprijatnostima po sebe ili nepovoljnostima po sopstveno zdravlje tokom trudnoće.

Naučna dostignuća u medicini su dovela danas do jasnog stava da u perinatologiji postoje dva pacijenta: trudnica i njen fetus. Danas je zahvaljujući savremenim dijagnostičkim tehnikama fetus sve manje obavijen velom tajne i sve češće je predmetom dijagnostike i terapijskih procedura i tretmana u samom uterusu, što implikuje brojna nova medicinskoetička načela, ali i probleme. Naučna medicina današnjeg vremena se opredeljeno bavi plodom i njegovim oštećenjima, prateći intrauterini razvoj i novim metodama savremene medicinske struke nastoji da mu omogući život, često stavljajući u drugi plan saznanje kakav će taj život novog čoveka biti po rođenju. Zato se danas razvila *fetalna hirurgija*.

Fetalna medicina i fetalna hirurgija

Fetalna medicina i fetalna hirurgija su nove oblasti u okviru naučne medicine i njene discipline perinatologije, a razvijaju se izuzetnom brzinom, prevazilazeći vrednosti samo eksperimentalnih pokušaja u perinatologiji. Fetalna terapija kao nova oblast u naučnoj medicini vezuje se za 1963. godinu, kada je Lileyem intrauterinom transfuzijom RH senzibilisanog ploda otvorio stranicu nove medicinske oblasti. Istorijske istine radi, treba znati da je prvi pokušaj fetalne terapije izveo 1928. godine Schwarz, jer je on tada predlagao i preduzimao transabdominalnu aplikaciju lekova u stanjima fetalne asfiksije, nažalost neuspešno, ali pokušaj ima istorijsku vrednost i sa aspekta lekarske hrabrosti. Danas su već rutinska praksa transuterina fetalna transfuzija ili carski rez zbog distresa fetusa na nivou standardnih postupaka osvedočenih u praktičnoj efikasnosti.

Medicinskopravni problemi u fetalnoj terapiji i primeni dijagnostičkih procedura perinatalno na fetusu, koje su agresivne ili rizične, proističu iz osnovnih medicinskoetičkih načela poštovanja dobijanja pismene saglasnosti, što svakako fetus nije u stanju da učini. Prema pozitivnim zakonskim propisima, identično kao i u slučajevima novorođenčeta, maloletne dece ili pravno nesposobnih lica, ovde odluku donosi trudnica, a zahtevi su pred njom veliki i ozbiljni. Dakle trudnica bira šta je najbolje za njenog budućeg potomka.

Posebnost medicinskoetičkih i dilema u ovoj oblasti proističe iz toga što trudnica ne donosi samo odluku o preduzimanju tretmana nad fetusom već je i njeno somatsko i mentalno

zdravlje istovremeno u pitanju, te donosi odluku i u svom interesu. *Posledice fetalne terapije ili fetalne hirurgije mogu biti ne samo po fetus u smislu izlječenja, lošeg ili letalnog ishoda, ili nepotpunog poboljšanja, već posledice mogu biti višeznačne i po samu trudnicu, od narušavanja njenog telesnog zdravlja do mentalnih posledica.* Odluka trudnice da prihvati terapijsku intervenciju na fetusu uvek prati intrapsihički konflikt zbog brige za sopstveno zdravlje, suprotstavljene interesima i željama, usmerenim ka svom plodu.

Medicinskoetički problemi i dileme u oblasti fetalne terapije i fetalne hirurgije opterećuju novom posebnosti lekara, jer on predlažući takvu terapiju trudnici, često stoji pred dilemom da li da se opredeli primarno za zaštitu interesa trudnice, ili interesa fetusa. Posao lekara u ovakvoj dilemskoj situaciji je olakšan konsultovanjem drugih kolega, a posebno multidisciplinarnim konsultacijama sa pedijatrima i hirurzima.

Medicinskoontološki problemi su mogući i proističu iz situacije kada je medicinski argumentovano neophodno izvesti fetalnu terapijsku proceduru ili na fetusu hirurški zahvat u interesu ploda, a da majka to apriori odbija, bez obzira na veštinu i taktičnost lekara u podrobnom informisanju trudnice. Razrešenje se predlaže prenošenjem odluke na *etički komitet* ili *konzilijum lekara*. Ukoliko se i tako ne postigne saglasnost trudnice u nekim, istina retkim situacijama, treba tražiti pomoć pravnih institucija – suda.

Situacije kada lekar ima jasan argumentovan stav o potrebi intervencije na fetusu, a trudnica to odbija, te je medicinskoetički obavezan da traži pomoć etičkog komiteta, pa čak i suda, su sledeći:

1. ona stanja oštećenja fetusa gde će posledice po novorođenog čoveka biti teške, a intervencijom na plodu se mogu bez velikog rizika otkloniti;
2. situacija kada bi intervencija na fetusu bila apsolutno efikasna;
3. kada intervencija na fetusu ne donosi nikakav rizik po trudnicu.

Medicinskoontološki problemi vezani za fetalnu hirurgiju, imaju posebnost i u činjenici da su hirurške intervencije na fetusu, danas često eksperimentalnog nivoa i u tim situacijama neophodno je trudnicu podrobno obavestiti o vrednosti takvog eksperimentalnog poduhvata na njenom plodu i očekivanim povoljnim rezultatima. Svakako, trudnicu treba i upozoriti na moguće nepovoljne, neželjene posledice po plod, te se odluka prepušta njoj. Nije prihvatljivo da lekar vrši pritisak na trudnicu u takvom nameravanom hirurškom intervenisanju na njenom plodu ni nakon egzaktnog i pouzdanog dijagnostikovanja oštećenja ploda, posebno ukoliko postoji i rizik po trudnicu.

Perinatalna medicina, kroz fetalnu hirurgiju i njen razvoj donosi nove, još uvek nepoznate etičke i pravne dileme lekarima koji rade na području fetalne hirurgije i fetalne terapije.

INTENZIVNA NEGA UGROŽENOG NOVOROĐENČETA medicinskoontološka načela i problemi

Naučna medicina svojim napretkom ostvarenim do danas u oblasti intenzivne nege novorođenog deteta dostigla je neslućene razmere zahvaljujući ne samo naučno medicinskim otkrićima već i visokoj tehnologiji koja se koristi u medicini, a posebno u ovoj medicinskoj oblasti. *Činjenica je da je medicinskoetički problem u segmentu intenzivne nege ugroženog novorođenčeta kompleksniji od bilo kog drugog.*

Neonatologija kao disciplina naučne medicine nosi delikatnost medicinskoetičkih problema za lekara, a koji uglavnom proističu iz same konstante biološkog bitisanja čoveka. *Život je smešten u dve antipodne relacije – rođenje i smrt. Nigde nisu kao u neonatologiji i u intenzivnoj nezi i terapiji novorođenčeta ovi antipodi tako blizu jedan drugom.* Medicinskoontološki problemi proističu iz nerazrešene dileme zastupanja interesa novorođenčeta sa pravnog, moralnog i sveobuhvatno socijalnog aspekta.

Današnja naučna medicina pruža mogućnosti da prežive i oni neonatusi čija je telesna masa izuzetno mala, a u termostatskim uslovima preživljavanja što je do juče bila naučna fantastika, a danas već mogućnost. Konačno, tu su i sociološki fenomeni koji utiču na medicinskoetičke dileme, jer nije retko osećanje krivice porodilje zbog rađanja nesavršenog deteta itd. Medicinskopravne dileme stoga proističu iz brojnih situacija vezanih za ugroženost neonatusa, kao što je recimo, dokle lekar mora opredeliti dužinu trajanja reanimacije ugroženog novorođenčeta, te opredeljenje intenzivne nege i terapije u nedonoščeta izuzetno male porođajne mase. Lekar mora odlučiti o primeni intenzivne nege i terapije neonatusa i kada sumnja na hromozomske anomalije, ili u situaciji dokazanog postojanja hromozomskih anomalija, odnosno naslednih, teških bolesti. Da li se odlučiti za primenu intenzivne nege i terapije neonatusa rođenog sa anomalijama koje su sigurno inkompatibilne sa životom uprkos medicinskom tretmanu. Posebna je medicinskoetička dilema za lekara kada obustaviti intenzivnu negu i terapiju neonatusa u situaciji nastale cerebralne smrti, uvažavajući prava i ulogu roditelja, pravo neonatusa na život i pravo na smrt itd.

Statistički podaci iz savremene neonatologije pokazuju da 60% novorođenčadi danas po dolasku na svet iz opravdanih medicinskih razloga podleže nekim od mera intenzivne reanimacije. Stoga je oblast intenzivne nege neonatusa potrebno sagledati i sa medicinskoetičkog aspekta i dilema kao i medicinskopravnih problema, a oni se najčešće odnose na sledeće.

1. **Dužina trajanja reanimacije životno ugroženog neonatusa** je danas u savremenoj medicini i savremnom akušerstvu određeno preduzimanjem reanimacionih aktivnosti do oživljavanja novorođene ili definitivnog letalnog ishoda, odnosno donošenja odluke o neuspehu oživljavanja. Razmatranje dužine reanimacije novorođenčeta zasniva se na podacima, da li je beba rođena bez evidentnih vitalnih znakova, odnosno uočljive srčane aktivnosti i bez reakcije na oksigenaciju i ventilaciju i koja se ne uspostavlja uprkos masaži srca i medikamentoznom pokušaju aktiviranja akcije srca i funkcije disanja.

2. **Mrtvorodenče** je novorođenče bez evidentne srčane aktivnosti, bez reakcije na ventilaciju i oksigenaciju u dovoljno dugom vremenu. Sa medicinskoetičkog aspekta neophodno je znati podatak koji se dobija anamnezom od majke, odnosno porodilje, a to je kada je poslednji put ona osetila pokretanje ploda, njegovu srčanu akciju i svakako podatak iz istorije bolesti pri kliničkom pregledu trudnice kada je lekar poslednji put auskultacijom ili ultrazvukom utvrdio akciju srca ploda. *Mrtvorodenim se oglašava neonatus kada svi članovi tima u porodilištu procene da je preduzeta reanimacija bez uspeha.* Stav je u razvijenim zemljama, kod nas nažalost još ne, da se u slučaju mrtvorodenja reanimacija preduzima u prisustvu majke, a najbolje oba roditelja, dakle i oca. Roditelji moraju biti informisani o mogućnosti mrtvorodenja, te ukoliko se ono dogodi, i o mogućim reanimacionim aktivnostima i njihovoj eventualnoj uspešnosti ili definitivnoj neuspešnosti.

Medicinskoetički problem u mrtvorodenju je poseban sa aspekta emotivnog doživljaja i emocionalnog intenziteta doživljaja roditelja, a pre svega majke, jer mesecima se čeka najlepša beba na svetu, a doživi mrtvorodenje. Sama ova činjenica je dovoljna da ukaže na delikatnost medicinskoetičkih problema u neonatologiji.

3. **Reanimacija novorođenčeta ostaje neuspešna uprkos aktivaciji akcije srca i funkcije disanja.** Novorođenče je po samom rođenju imalo uspostavljenu funkciju disanja i aktivnost srca, a zbog niza razloga one su prestale. Ti razlozi su brojna oboljenja, ali i ozlede pri rođenju. Reanimacija se preduzima hitno u takvoj situaciji ali neretko bez rezultata, a treba je nastaviti dovoljno dugo dok se vitalne funkcije ne uspostave. Dužina preduzimanja reanimacije ne može biti beskonačna i limitirana je ukoliko se ne uspostavi aktivnost srca i funkcija disanja, verifikacijom protoka vremena za koje ćelije centralnog nervnog sistema sigurno propadaju u celini. Za opredeljenje tog momenta, odnosno tog vremena odgovoran je stav celog tima angažovanog u reanimaciji takvog neonatusa.

4. **Primena mera intenzivne nege kod neonatusa sa masivnom intraventrikularnom hemoragijom i teškom hipoksičko-ishemičkom encefalopatijom** je posebno delikatan medicinskoetički problem. Medicinskoetička dilema lekara u ovoj situaciji je veoma velika ukoliko u opremljenoj intenzivnoj nezi istovremeno ima više kandidata za pomognuto disanje nego što je respiratora. Brojne medicinskoetičke dileme u ovoj situaciji rešavaju se za svaki slučaj posebno, uz poštovanje egzaktno dijagnostikovanih medicinskih nalaza.

5. **Mere intenzivne nege i terapije kod neonatusa izuzetno male telesne mase na rođenju** reguliše i Svetska zdravstvena organizacija, smatrajući donju granicu od 500 gr. pa naviše za ovu kategoriju neonatusa. Dakle, granica varijabiliteta je utemeljena na brojnim studijama o mortalitetu i morbiditetu novorođenčadi telesne težine od 500 gr. Visok mortalitet novorođenčadi telesne mase manje od 1.000 gr. je svugde u svetu, pa i u našoj zemlji, još uvek najčešći ishod, te su "palčiči" ili "biberče" iako preživljavaju, danas još uvek izuzeci.

6. **Primena mera intenzivne nege i terapije novorođenčadi sa sumnjom u hromozomske anomalije**, ili pak rođene sa dijagnostikovanim hromozomskim anomalijama - nasledne bolesti. Neonatusi ne umiru neposredno po rođenju, uprkos infausnom naslednom oboljenju zbog hromozomskih anomalija. Neka od ovih novorođenčadi preživljavaju duže zahvajući samo intenzivnoj postnatalnoj terapiji i lečenju. Medicinskoetički problem vezan za decu ro-

đenu sa hromozomskim anomalijama je pre svega u realnosti nesrećnog događaja za njihove roditelje, kao nesrećna greška prirode, a s druge strane je svakako i socijalni problem. Medicinskoetički ovde je kao retko gde u medicini moguć diskriminatorski stav, počevši od roditeljskog stava, stava sredine i stava samog lekara, jer ova novorođenčad spada u pacijente gde je uspeh u izlečenje osnovne bolesti nikakav (hromozomopatija). Problem treba rešavati tokom same trudnoće, odnosno razvoja ploda. Genetskom dijagnostikom pouzdano utvrditi hromozomske anomalije, te uz saglasnost trudnice veštački prekinuti trudnoću. Činjenica je da sa medicinskoetičkog aspekta problem anencefalije nije ni etički, a ni medicinskoetički, ali ni medicinskopravno, jasno definisan. U dilemu se dovodi u slučaju anencefalije stav da ljudski plod predstavlja po suštini i ljudsku jedinku.

7. **Kada obustaviti intenzivnu negu i terapiju** medicinskoetička je dilema i problem u neonatologiji posebne delikatnosti. Naučna medicina na današnjem nivou razvoja smatra da smrt nastaje onog momenta kada prestane moždana aktivnost. Definicija smrti i u neonatologiji u pogledu intenzivne nege novorođenčeta je ista, uprkos današnjim tehničko - tehnološkim mogućnostima intenzivne nege da se ostvari dugovremena aktivnost srčane akcije i funkcije disanja. Utvrđivanjem cerebralne smrti smatra se da je nastao letalni ishod u neonatusa. Identičan je u neonatologiji i stav prema ubistvu iz milosrđa, eutanaziji, kao i za odrasle.

8. **Pravo novorođenog deteta na život i pravo na smrt** je osnovno pravo čoveka i sa medicinskoetičkog aspekta ne treba se upuštati u raspravu o kvalitetu života ni u kom pogledu. Stav savremene medicinske etike je da pravo na život nije limitirano nikakvim kriterijumima o kojima se neretko u socio-medicinskim, pravnim i filozofskim krugovima govori i piše. Definicija života sa aspekta naučne medicine je danas prihvatljivo **isključivo fiziološka**, jer podrazumeva sklop organa u organizmu, uključujući i mozak, čime se ne ulazi u kvalitet života, jer je nesporno da svako novorođenče ima pravo na život. *Medicinskoetička dilema ovde proističe iz činjenice da se raspravlja o već rođenom detetu*, odnosno neonatusu, posebnoj individui nakon presecanja pupčane vrpce, te su sva medicinsko-etička razmatranja vezana odnosom majke i fetusa i prava prečeg, odnosno prvenstva, oblast drugih rasprava. Niko nema pravo na život neonatusa i makar on bio vitalno ugrožen teškim anomalijama i urođenim nedostacima. Nedopustivo je ugrožavanje života neonatusa zbog lekarske neadekvatne pružene pomoći, kao posebni medicinskoetički problem.

Medicinskoetički problem u neonatologiji ima i drugu dimenziju, a to je **pravo neonatusa na smrt**, pre svega **dostojanstvenu smrt**. Lekar je obavezan da poštuje ovo pravo za svakog neonatusa. Da ne bi došao u medicinskoetička ogrešenja, neophodno je da lekar, pre svega neonatolog, ima veoma veliki kvantum stručnog i naučnog znanja, ali i iskustva u lekarskoj specijalističkoj praksi. Sve ovo je uslov da takav lekar može pravilno i nikada na štetu novorođenčeta proceniti kada su sve primenjene aktivnosti u okviru preduzimanja intenzivne nege iscrpljene i kada ih treba obustaviti.

RAD LEKARA U PEDIJATRIJI

medicinskoetoška načela i problemi

Pedijatrija kao grana medicine i *lekar pedijatar imaju specifičnije medicinskoetičke obaveze nego lekari drugih medicinskih grana, a time i veće medicinskoetološke probleme u brojnim situacijama*. Medicinskoetička odgovornost pedijatra u odlukama vezanim za život i zdravlje dece do 7 godina je posebno delikatna, jer se dete do 7 godina ne može odnositi prema svojoj bolesti ni približno odgovorno. Medicinskoetički problemi rada lekara u pedijatriji su danas dodatno kompleksni zbog izuzetnog naučnog razvoja medicine uopšte.

Medicinska etika u pedijatrijskoj lekarskoj praksi obavezuje lekara pedijatra da svaku svoju odluku, u delu dijagnostike, postavljanja indikacija, u prognozi ili terapiji, podvrgne i etičkoj dilemi, jer je lekarsko pedijatrijska delatnost jednostavno nedeljiva od etičke.

Zajednica je izuzetno zainteresovana za dečju suppopulacionu kategoriju – kategoriju ljudskog podmlatka i nastavljanja. Interes svih jeste da dete odraste i formira se u somatski i mentalno zdravu zrelu ljudsku jedinku, te je problem u kliničkoj pedijatriji tim veći. Često stav pedijatra u odnosu na bolesno dete može biti oprečan stavu detetovih roditelja. Razlozi su:

1. *Posebnost medicinskoetičkih problema u pedijatriji* proističe iz specifičnosti pacijenata, jer su pacijenti deca, a ne odrasle osobe. Poznato je da su i zdrava deca, često nestašna, nepredvidivih reakcija i nepredvidivog a često i nepoželjnog ponašanja, a sve je to tek u stanju bolesti složenije i izraženije. Deca su u bolesti sklona dugotrajnom plaču, povećanju strahova i napetosti zbog vezanosti za roditelje, posebno za majku, a do 7. godine ta vezanost je intenzivna. *Problem je odvajanje deteta od majke u stanjima bolesti koje se moraju lečiti u stacionarnim zdravstvenim ustanovama*.

2. *Posebni medicinskoetički problemi vezani za ličnost malog pacijenta* proističu iz obaveze pedijatra da sagleda ličnost deteta i da veštinom okupira njegovu pažnju. Ovo uspešno može da ostvari posebno obučen pre svega srednji medicinski kadar koji svoju profesiju obavlja sa puno topline prema malom pacijentu i koristi brojna pomoćna sredstva, igračke, knjige, slikovnice i sve ono što inače okupira pažnju dece. Dalji medicinskoetički problem za pedijatra proističe iz osnovnog principa vršenja lekarske prakse, a to je odnos lekar – pacijent i potreba ostvarenja dobrog pozitivnog transfera i kontratransfera. Saglasnost, slobodnu volju i potpunu informisanost pacijenta za preduzimanje dijagnostičkih, kao i terapijskih procedura u pedijatriji je problem veliki i teško razrešiv. Danas se smatra da detetu već posle 7. godine treba na prikladan, adekvatan način objasniti njegovu bolest i sve postupke koji će biti preduzimani da bi se zdravlje poboljšalo ili bolest izlečila.

3. *Lekar pedijatar ima danas izuzetno delikatnu situaciju u radu sa adolescentima*, jer oni veoma rano znaju dosta o seksualnim aktivnostima, roditeljstvu, alkoholizmu, zloupotrebi supstanci i drugim aspektima ljudskog života, a ta saznanja se svakako, veoma razlikuju u odnosu na ista saznanja u suppopulaciji odraslih. *Medicinskoetički problem sa kojim je suočen pedijatar odnosi se i na stav o čuvanju tajne, o svim informacijama dobijenim od adolescenta, dakle i pred njegovim roditeljima*. Lekar pedijatar mora u svakoj situaciji uz krajnju etičku

odgovornost odlučiti da li je korisnije o podacima dobijenim od adolescenta informisati roditelje, ili je u nekoj situaciji to štetno po zdravlje i konačan ishod bolesti lečenog adolescenta. U takvoj medicinskoetičkoj dilemi lekar mora poštovati pravo adolescenta pa i deteta na sopstveni stav o svom životu i kvalitetu ličnog življenja, uprkos pravnim normama koje dete i adolescenta stavljaju u oblast nedovoljno odgovornih lica.

4. *Današnje medicinskoetičke dileme su i u oblasti rasprava do kog stepena roditelji mogu u ime deteta dati saglasnost za preduzimanje dijagnostičkih i terapijskih procedura u kliničkoj pedijatrijskoj praksi. Naročito je delikatan medicinskoetički problem primene nedovoljno ispitanih lekova u pedijatriji uz saglasnost samo roditelja. Nejasna je u pravnom smislu i starosna granica života deteta koja bi obavezivala lekara pedijatra da i dete, odnosno adolescent mora obavezno dati i svoj pristanak na preduzimanje dijagnostičkih i terapijskih procedura.* Predlog je da danas razrešenje ovakvih medicinskoetičkih dilema treba potražiti u konzilijarnom radu lekara i donošenju stavova.

5. *Stav lekara pedijatra prema roditeljima je delikatan sa medicinskoetičkog aspekta u pedijatriji. Lekar pedijatar se suočava sa situacijom da često roditelji povećanim emocionalnim intenzitetom "vole" svoje bolesno dete. Takva situacija tera pedijatra da u konkretnom slučaju svede na što manju meru posetu roditelja bolesnom detetu, jer i uobičajena poseta može zbog izliva emocija na rastanku nekada pogoršati zdravlje malog pacijenta.*

6. *Medicinskoetički problemi i dileme u pedijatriji su izuzetno veliki, ali i posebni po specifičnosti, jer i pedijatar u kliničkom radu može izazvati jatrogena oštećenja.*

SPECIFIČNOST DIJAGNOSTIKE NAD BOLESNIM DETETOM

Lekar pedijatar danas može u svom praktičnom radu da koristi sva dostignuta tehnološka i naučna ostvarenja u savremenoj medicini i biološkoj nauci, kao i tehničkim naukama uopšte. Medicinskodeontološka posebnost rada u pedijatriji u okviru dijagnostike bolesti proističe iz današnje mogućnosti primene brojnih dijagnostičkih postupaka koji nose rizik po zdravlje ili život pacijenta, ili su po tehnici agresivne dijagnostičke metode, kao što su angiografija, lumbalne punkcije itd. Medicinskoetički problemi u pedijatriji vezani za dijagnostiku i postavljanje indikacija, identični su kao u svakoj drugoj medicinskoj specijalizovanoj disciplini, a specifičniji i složeniji su zbog nemogućnosti dobijanja saglasnosti od pacijenta, odnosno deteta u pravnom smislu.

Roditelj je stalno uključen u odnos lekar pedijatar – bolesnik (dete ili adolescent). Često roditelj može imati negativni stav prema nekoj dijagnostičkoj proceduri a presudnoj u egzaktom i kauzalnom postavljanju dijagnoze. Pedijatar je u takvoj situaciji obavezan da postupi po osnovnim načelima medicinske etike u informisanju roditelja o neophodnosti primene takve dijagnostičke metode u interesu bolesnog deteta. Lekar pedijatar mora biti izuzetno uviđavan i kritičan u odnosu na svoj stav i zauzimati ga samo na saznanjima nauke i svom ličnom poznavanju naučne medicine, te ukoliko ne ostvari pristanak roditelja, pomoć mora tražiti od tima stručnjaka, ili od etičkog komiteta.

MEDICINSKODEONTOLOŠKA NAČELA TERAPIJE U PEDIJATRIJI

Medicinskoetičke dileme i medicinskopravni problemi u pedijatrijskoj terapiji proističu iz složenosti odnosa mali pacijent – roditelj – pedijatar i zajednica na polju ostvarenja istog cilja, da bolesno dete, kao i svako dete bez obzira na bolest i organsko oštećenje, odraste u zdravog pojedinca. *Terapijski postupci u pedijatriji moraju biti takvi da se ostvari poboljšanje zdravlja, očuvanje psihičkog i fizičkog integriteta, stimulacija daljeg psiho-fizičkog razvoja deteta i konačno, očuvanje života deteta, ali nadasve i kvalitet življenja.*

Medicinskoetička načela u pedijatriji obavezuju lekara pedijatra da uvek upozna roditelja sa nameravanom ili preduzetom terapijom, sa prirodom leka, njegovom delotvornošću, njegovim hemijskim sastavom, ali i mogućim nuspojavama ili komplikacijama. Imperativ u pedijatrijskoj praksi je podrobno upoznavanje roditelja o svojstvima leka i posledicama njegove primene kada se dete leči od maligne bolesti, te o koristi hemoterapijskih citostatičkih procedura, radioaktivnih lekova, hormona itd. Pedijatar je dužan da roditeljima veoma iscrpno objasni ne samo očekivani uspeh kroz rezultate primene takve terapije, već i moguće vremenski udaljene posledice po dete zbog primenjivanja navedenih lekova.

Stav je da pedijatar i pacijenta adolescenta, mora obavestiti o terapijskoj proceduri ili svojstvu leka i mogućim posledicama, kao i njegovog roditelja. Roditelj može da odbije aplikaciju lekova. Jasno je da će u ove dve situacije pedijatar zauzeti i različite stavove. Ako su u pitanju citostatici, a roditelj odbija njihovu primenu, lekar traži pomoć konzilijuma lekara ili etičkog komiteta svoje ustanove. Odbijanje uzimanja recimo, vitaminskih koktela lekar pedijatar može razrešiti sam odustajanjem.

Razvoj farmakoterapije u pedijatrijskoj kliničkoj praksi doneo je izuzetan napredak. Poznato je da su deca veoma *zahvalni pacijenti* jer na primenu lekova brže savladavaju bolesti, što je posebno emocionalno zadovoljstvo pedijatra u radu sa decom. Međutim, *stalno otkrivanje novih farmakoloških supstanci i njihova primena u pedijatriji nosi medicinskotičke probleme jer Helsinška deklaracija i njena Tokijska revizija ne predviđaju eksperimentalnu primenu lekova nad decom*. Poznato je iz farmakoterapije da ista supstanca u istoj bolesti nema iste efekte u lečenju odraslih i dece. Medicinskoetički stavovi u pedijatriji i medicini uopšte, do pre 30 godina bili su jasni, lekovi se ne primenjuju eksperimentalno u okviru kliničkih ispitivanja. *Poslednjih 30 godina dominira stav da u eksperimentalnu primenu leka treba uključivati i decu da ne bi bila takozvana terapijska siročad*, jer ako nema eksperimenta, ne zna se pre uvođenja određenog leka u praksu kakav je njegov učinak. Tokijska revizija o vršenju eksperimenta u medicini je pojasnila ulogu, etičkih komisija u donošenju adekvatnog plana eksperimenta i razlikuje *terapijsko ispitivanje*, gde se očekuje samo korist za ispitanika, od *ne terapijskog istraživanja*, gde bolesnik kao individua nema neposrednu korist od primene leka, već je korist u utvrđivanju učinka tog leka značajno za njegovu buduću primenu.

Medicinskoetički problem u pedijatrijskoj kliničkoj praksi je poseban u delu određivanja granice **etički prihvatljivih i etički neprihvatljivih istraživanja**, jer podrazumeva razmatranje svake situacije posebno, dakle od slučaja do slučaja, uključivanjem etičkog komiteta, odnosno etičke komisije za lekove iz zdravstvene ustanove u kojoj se eksperiment sprovodi. Naša zemlja nema bogatu tradiciju u ovoj oblasti.

RAD LEKARA U GRANAMA INTERNE MEDICINE

medicinskoontološka načela i problemi

Interna medicina, nazvana *kraljicom medicine*, obuhvatala je donedavno brojne takozvane internističke grane medicine, tj. skoro sve one koje ne pripadaju hirurgiji. Danas su se internističke medicinske grane izdvojile u nove discipline kao što su neurologija, dermatovenerologija, infektivne bolesti, plućne bolesti itd. Bitnije u svemu je da se u okviru interne medicine i dalje izdvajaju brojne supspecijalističke grane (endokrinologija, kardiologija, nefrologija, hematologija, gastroenterologija).

Medicinskoetički problem tretmana bolesnika od internističkih bolesti je izuzetno složen i zbog supspecijalističkog razdvajanja. *Interna medicina je donedavno u istoriji razvoja medicine posmatrala bolesnog čoveka u totalitarnom smislu, odnosno kao jedinstvo svih njegovih organa i sistema organa, sa njegovom mentalnom ukupnošću i odrazom socio - faktora zajednice.* Svedoci smo ekspanzivnog razvoja naučne medicine, a time i internističkih supspecijalističkih disciplina, čime su znanja lekara supspecijalista s jedne strane sužena, a upotrebom visoko tehničko-tehnološki usavršenih aparata zanemaren je čovek kao integralna celina. Nestao je *medicus universum*. Takav lekar je u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zaslužen nosio naziv porodični lekar. Pacijent i njegova porodica su imali u tom lekaru ničim i nikakvom naumom nadoknadivu sigurnost, a odnos lekar - bolesnik funkcionisao je u najhumanizovanijem smislu shvatanja i poimanja tog odnosa.

Medicinskoetički problemi u suženim specijalizovanim i supspecijalizovanim granama interne medicine proističu pre svega iz suženog naučno medicinskog znanja lekara protagonista tih supspecijalističkih oblasti. Endokrinolog, recimo, kao da više ne poseduje znanje ukupne naučne medicine, te svog pacijenta ne čuje, ne razume i u klinici ne prepoznaje njegove tegobe, koje potiču od, recimo, bolesti respiratornog ili kardiovaskularnog sistema. Takav lekar supspecijalista žalbe pacijenta razrešava tako što ga upućuje odmah kolegama koji se bave drugim organom ili drugim sistemima organa, i to je sa medicinskoetičkog aspekta ispravno.

Medicinskoetički problem jeste relacija lekar - bolesnik, gde bolesnik sve manje ima dodir sa lekarom, odnosno sve više gubi toplinu, humanizam, ljudsku dobrotu i strpljenje svog lekara. Lekar svog pacijenta često ne vidi, već lista i čita rezultate, donosi odluku o terapiji i ispisuje predloge, ispisuje recepte, a da bolesnika ne sagledava u njegovoj kompleksnosti, a još manje kompleksnost njegove ličnosti opterećene bolešću, poremećenom porodičnom situacijom izazvanom njegovim bolesnim stanjem itd.

Medicinskoetički problem u odnosu lekar – pacijent u oblasti interne medicine, odnosno njenih supspecijalističkih grana, poseban je u oblasti *dijagnostike* i dijagnostičkih procedura. Pravilo je da se danas u vreme uznapredovale naučne medicine do egzaktne i sigurne dijagnoze u internističkoj medicinskoj oblasti dolazi relativno sporo, jer su prihvaćeni protokoli dijagnostike kompleksni, obimni i složeni. Lekar kardiolog, recimo, upućuje svog bolesnika na niz laboratorijskih analiza i dijagnostičkih procedura koje se izvode veoma složenim aparatima, te je potrebno i vreme, ali i znatna materijalna sredstva dok pacijent sve dijagnostičke

procedure prođe, rezultate prikupi i ponovo se vrati svom kardiologu. Medicinskoetički problem vezan za postavljanje ispravne i egzaktno dijagnoze u oblasti interne medicine ima još jedan aspekt, a to je subjektivnost lekara. Uprkos protokolu o dijagnostici, recimo u pomenu toj kardiologiji, neretko se događa da kardiolog supspecijalista već u prvom kontaktu sa svojim pacijentom ima određenost prema njegovoj bolesti, odnosno "*već je postavio dijagnozu*", te onda komplikuje ponavljajući rezultate, tražeći ih ponovo da bi zapravo uporno dokazujući svoju dijagnozu koju je postavio subjektivno bez objektivizacije prema nalazima dobijenim promenom složenih i brojnih dijagnostičkih postupaka.

Medicinskoetički problem je i nekritično, često nesvrishodno i bezrazložno upućivanje pacijenta na dopunska dijagnostička ispitivanja i laboratorijske analize. Lekari specijalisti, a posebno supspecijalisti u oblasti interne medicine, neretko imaju manu, medicinskoetičke prirode. Pacijenta upućuju na dopunsku dijagnostiku van protokolarnog dijagnostičkog plana, ili što je još teže medicinskoetičko ogrešenje, to čine po želji pacijenta. Svedoci smo da nova saznanja iz medicine u oblasti dijagnostike, terapije ili rehabilitacije, pa i iz oblasti etiologije bolesti, bivaju oglašavana senzacionalistički u sredstvima javnog informisanja. Laička populacija, znači ljudi bez osnovnih medicinskih i bioloških znanja, tako preko sredstava javnog informisanja saznaje i "*usvajaju znanje*" o svim novim dometima naučne medicine. Brojni su bolesnici sa hipohondričnim i psihogenim tegobama, koji insistiraju na laboratorijskim i drugim dijagnostičkim pregledima po svom laičkom "*protokolu i viđenju*."

Medicinskoetički problemi u tretmanu bolesnika u okviru grana interne medicine su posebni. Vezani su za **terapijske procedure** nakon postavljene dijagnoze, jer brojni lekovi u okviru farmaceutske industrije često nisu prošli dovoljno vremenski dugu proveru, a proskribuju se bolesnicima. Smatra se da je jedan lek sa naučnog aspekta u farmakoterapiji pouzdano proveren ako je minimalno 5 godina u terapijskoj primeni, a za to vreme je i u istraživačkoj proveru svog povoljnog efekta i mogućih nepoželjnih nusefekata. Konačno, medicinskoetički problemi terapije u granama interne medicine imaju dva nivoa:

- defekt u znanju lekara i
- defekt u etičkom stavu lekara.

1. **Defekt u znanju lekara** nosi medicinskoetičke probleme i greške jer podrazumeva da je taj lekar u zabludi zbog svog nedovoljnog znanja. Takav lekar ima pogrešno uverenje u terapijsku vrednost neke nenaučne terapijske procedure koju poznaje, a da o njoj nije učio niti na fakultetu, niti čitao u adekvatnoj stručnoj, naučnoj ili udžbeničkoj medicinskoj literaturi. Primena neke nenaučne terapijske procedure nosi rizik po bolesnika i rizik neostvarenja osnovnog cilja, a to je efikasna pomoć u bolesti. Ukoliko lekar iz neznanja koristi takve nenaučne procedure medicinskoetički je odgovoran.

2. **Defekt lekarske etike** je drugi nivo medicinskoetičkog ogrešenja specijaliste ili supspecijaliste u granama interne medicine. Odnosi se na one situacije kada lekar nad svojim pacijentom primenjuje recimo, terapijsku proceduru za koju pouzdano zna da je nenaučna, i to čini iz samoreklamerskih ili ekonomskih razloga. Takav lekar je medicinskopravno odgovoran. Ovakve etičke lekarske zloupotrebe su lako prepoznatljive u životu i praksi. *Takvi lekari izbegavaju da javno na stručnim skupovima raspravljaju o metodu i proceduri koju primenjuju, jer znaju da ona nema naučnu medicinsku zasnovanost.*

RAD LEKARA U NEUROLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Medicinskoetička posebnost rada lekara u neurologiji određena je činjenicom da je neurologija posebna disciplina savremene naučne medicine koja se određeno bavi dijagnostikom i lečenjem oboljenja mozga i živaca. *Mozak kao organ pored nadređenosti nad takozvanim neurološkim funkcijama je i organ čija funkcionalnost odražava mentalnu ukupnost svake ljudske individue.* Delikatnost medicinskoetičkog aspekta, dilema i problema vezanih za rad lekara u neurologiji ima razloga.

1. **Medicinskoetički problemi pristupa neurološkom bolesniku** proizlaze iz činjenice da neurološki bolesnik u kontakt sa lekarom neurologom dolazi u najrazličitijim stanjima kliničke slike. Neurolog ostvaruje odnos sa bolesnikom u rasponu od tegoba krajnje psihogene benivolentne prirode, do komatoznog stanja kao posledice neurološkog oboljenja. Svakako da se između ova dva antipoda nalaze brojna klinička stanja i opusa neurologije.

2. **Medicinskoetički problem za neurologa u uspostavljenoj relaciji lekar – pacijent** zbog posebnosti neurologije kao medicinske oblasti obavezuje lekara neurologa na korektan, blag pristup, sa puno strpljenja da sasluša bolesnika, ali i njegove pratioce. Neurolog je često u situaciji da pregleda komatoznog bolesnika i da ličnom veštinom kliničkog pregleda opredeli sudbinu takvog bolesnika. Neurolog tada polaže ispit etike i znanja pred sobom.

3. **Medicinskoetički problemi vezani za pregled neurološkog bolesnika** odnose se i na subjektivno momentalno stanje lekara neurologa u momentu pregleda neurološkog bolesnika. Lekar neurolog ne sme dopustiti da formira negativan emocionalni stav prema bolesniku koga pregleda, ako je ovaj, recimo higijenski veoma zapušten, ili alkoholisan. Neurolog, kao uostalom i svi lekari, u obavljanju svoje profesije mora biti svestan činjenice da *samo dobar čovek može biti i dobar lekar.*

4. **Medicinskoetičke dileme i problemi primene dijagnostičkih procedura u neurologiji** su veliki kao i u većini oblasti današnje naučne medicine. Dijagnostičke procedure treba da budu u funkciji brzog dijagnostikovanja bolesti, efikasnijeg i potpunijeg ozdravljenja, izbegavanja trajnog invaliditeta i spašavanja ljudskog života. U neurologiji, kao i u drugim medicinskim oblastima, treba znati da pre svega nekritična i pomodarska primena dijagnostičkih procedura, posebno novouvedenih dijagnostičkih tehnika, šteti pacijentu, neopravdana je sa medicinskoetičkog, a i sa društvenog aspekta, jer je uvek skopčana sa trošenjem materijalnih dobara. Zahtevi pacijenta da se podvrgne novim dijagnostičkim tehnikama, ne sme da budu zapovest neurologu da ih primeni.

5. **Medicinskoetički problemi terapijskih procedura u neurologiji** su slični kao i u primeni dijagnostičkih procedura. Savremenu medicinu odlikuje ekspanzivnost novih terapijskih sredstava u svim oblastima, pa i u neurologiji. Terapija u neurologiji se uglavnom oslanja na primenu farmakoterapijskih sredstava. Međutim, svedoci smo i primene brojnih nenaučnih i

alternativnih sredstava u lečenju neuroloških bolesnika. Posebnost medicinskoetičkog problema je i činjenica da određena terapijska sredstva budu puštena u promet i primenjivana na čoveku, a da se kasnije utvrde štetni efekti ili udaljene nuspojave pa se takve supstance povuku iz upotrebe. Poznat je slučaj sa talidomidom i konterganom.

Medicinskoetički problem primene terapije u neurologiji za neurologa može nastati u opredeljenju za primenu paramedicinskih procedura, i to sa dva aspekta.

Prvi aspekt takvog medicinskoetičkog problema u toj situaciji je ako neurolog zbog zablude neosnovano veruje u terapijski efekat neke nenaučne metode. Da bi neurolog izbegao ovakvo medicinskoetičko ogrešenje, neophodno je da o svakoj terapijskoj proceduri raspravlja javno, iznosi svoje stavove pred kolegama i na stručnim i naučnim skupovima, čime se stvaraju uslovi da uz pomoć drugih kompetentnih lekara izbegne moguću ličnu zabludu.

Druga situacija koja vreba neurologa u smislu medicinske greške u oblasti primene paramedicinskih terapijskih metoda je neetična i treba je sankcionisati, a odnosi se na saznanje neurologa da je ta metoda lečenja nenaučna i neefikasna. Ukoliko je neurolog ipak primenjuje, onda su u pozadini moguća dva motiva: materijalna dobit ili samoreklamerstvo.

6. Medicinskoetički problemi saopštavanja lekarskog nalaza u neurologiji su česti u radu neurologa zbog posebnosti stanja svesti neurološkog bolesnika. Neurološki bolesnik često ima alteriranu svest i kvantitativno i kvalitativno, jer je mozak organ čiji je funkcionalni produkt ljudski ukupni mentalni život. Nalaz, indikacije, prognoza ili predlog terapije ne mogu se uvek saopštiti samom bolesniku, posebno ukoliko je on u komi ili u alteriranoj svesti pa neadekvatno poima sebe i okolinu. Neurolog je tada obavezan da o nameri informiše pratioca neurološkog bolesnika, a posebno bliže članove bolesnikove porodice. Posebni medicinskoetički problem i dilema u neurologiji je kako saopštiti i da li uopšte saopštiti bolesniku istinu o dijagnostikovanoj bolesti i njenu prognozu ukoliko će ona uzrokovati trajni i težak motorni invaliditet recimo ili se brzo završiti letalno. Savremena medicinska etika u oblasti neurologije podržava dve mogućnosti u opredeljenju neurologa u takvoj situaciji.

Prva mogućnost je da se bolesniku u potpunosti saopšti istina o njegovoj bolesti, ali je neophodno prethodno sagledati ukupnu ličnost takvog bolesnika.

Drugi mogući izbor neurologa je da obolelom ne saopšti potpunu istinu o njegovoj bolesti.

7. Posebni medicinskoetički problemi u neurologiji vezani su za trudnoću bolesnice od teške neurološke bolesti, procenu testatorske sposobnosti neurološkog bolesnika i za smeštaj teškog neurološkog bolesnika u ustanove za negu i smeštaj.

a) Medicinskoetički problem prekida trudnoće u neurologiji je jasan u slučaju, nekih teških hereditarnih bolesti, kao što je mišićna distrofija tipa ERB, gde se bolest prenosi X (iks) hromozomom majke na muške potomke. Neurolog je dužan da trudnicu, ali i njenog supruga, detaljno upozna sa rizikom od takvog rađanja i sa bolešću, kao što je mišićna distrofija, te tako pribavi pismenu saglasnost za utvrđivanje pola začetog ploda i ukoliko se radi o muškom fetusu, opredeli se za prekid trudnoće. Čini se da je ovde medicinskoontološki pristup jasan. Međutim, ima neuroloških oboljenja, kao što je sclerosis multiplex (multipla skleroza), ili mijastenija gravis, gde su trudnoća i prekid trudnoće delikatna dilema za neurologa. Neurolog ne

može pouzdano znati da li će trudnoća u žene sa sklerozom multipleks uzrokovati pogoršanje bolesti. Bolesnica često ima želju da rodi i uprkos saznanju prihvata rizik od pogoršanja svoje bolesti zarad rađanja. Ovakvu delikatnu situaciju neurolog treba da razmotri nepristrasno sa svih aspekata, a vrlo je prihvatljivo da u odluci i opredeljenju zatraži pomoć, etičkog komiteta u instituciji ili konzilijuma multidisciplinarnih stručnjaka. Posebnost medicinskoetičkog problema vezanog za trudnoću i odluku o njenom prekidu, neurolog ima u situacijama hroničnih neuroloških bolesti ili stanja, gde se permanentno uzimaju lekovi čiji efekti na plod mogu biti štetni. Neetično je dilemu razrešiti ukidanjem, recimo, antiepileptičke terapije tokom trudnoće, jer je onda zanemarena briga o hroničnom epileptičkom bolesniku, bez obzira na to što trudnica na tome insistira.

b) *Testatorska sposobnost neurološkog bolesnika* je specifična medicinskoetička dilema i problem u radu neurologa. Dve su varijante izjašnjenja o testatorskoj sposobnosti neurološkog bolesnika.

Prva varijanta se odnosi na one neurološke bolesnike koji su zbog neurološke bolesti svesno opredeljeni da čine pravnu radnju kao što je testatorstvo, na primer u slučaju infarkta mozga, što je sa aspekta neurološke nauke validno i za podržavanje. Međutim, neretko infarkt mozga je praćen i otežanim govorom, tako da je verbalna komunikacija sa bolesnikom otežana. Ta delikatnost medicinskoetičke dileme prepuštena je neurologu, njegovom znanju medicinske nauke, a posebno neurologije i njegovim ličnim ljudskim kvalitetima. Takvog bolesnika mogu podsticati za testatorstvo i zainteresovani članovi njegove porodice.

Druga varijanta velike medicinskoetičke dileme i problema za lekara neurologa su neurološke bolesti njegovog pacijenta sa teškom invalidnošću i zavisnošću od drugog lica u pogledu elementarnih životnih ostvarenja, kao što su higijenske norme, obavljanje fizioloških potreba, uzimanje hrane itd., a da je pri tome neoštećena kognicija. Postavlja se pitanje da li kod takvog bolesnika uprkos neoštećenim psihičkim funkcijama postoji slobodna volja, ako postoji u kojoj meri, i da li se uopšte može govoriti o nezavisnoj slobodnoj volji takvog bolesnika. Neurolog svoj stav u ovoj varijanti mora zasnivati na znanju i ličnoj etičnosti.

c) *Smeštaj neuroloških bolesnika u specijalne institucije za brigu i čuvanje* je u današnje vreme posebna medicinskoetička dilema i problem neurologa. Medicinskoetički problem za neurologa je situacija teškog hroničnog i invalidnog neurološkog oboljenja člana porodice iz starije generacije koji živi u zajedničkom domaćinstvu sa još dve generacije svojih potomaka. Medicinskoetička dilema pred neurologom ima sledeće aspekte:

Život takvog bolesnika u porodici, odnosno u okruženju svojih bližnjih je najpoželjniji i najpogodniji sa etičkih načela u medicini. Međutim, takav bolesnik premnogo angažuje druge članove porodice, a oni su po pravilu zaposleni i u nedostatku stambenog prostora i slobodnog vremena primarno obavezni da podižu i vaspitavaju sopstvenu decu. Da li takvog bolesnika smestiti ili ne u posebne institucije ili zavodske ustanove za brigu i negu o nemoćnim osobama? **Neurolog ovu odluku ne treba da donese sam, već da odluči timski, dakle zajedno sa psihologom, socijalnim radnikom, psihijatrom itd.**

LEČENJE OBOLELIH OD ZARAZNIH BOLESTI

medicinskoontološka načela i problemi

Medicinskoontološki problemi tretmana obolelih od zaraznih bolesti imaju svoje posebnosti u odnosu na druge bolesnike zbog specifičnosti zaraznih bolesti. Odlika im je kontagioznost, mogućnost epidemijskog širenja, ogroman biološki potencijal, što nalaže poseban medicinski, ali i medicinskoetički pristup ovakvim bolesnicima. Zarazne bolesti u humanoј populaciji postojale su u svim civilizacijama, a danas postoje praktično u svim zemljama, bez obzira na društveni standard. Zarazne bolesti su bile veliki problem minulih civilizacija. U ondašnjoj medicini govorilo se o *četiri jahača Apokalipse*. Mislilo se na **kugu, koleru, pega-vac i velike boginje**. Epidemije i pandemije ove četiri bolesti izgubile su svoj značaj u poslednjim decenijama u svetu. Njihovu poziciju zauzele su nove ili ranije nepoznate zarazne bolesti, sa svojim epidemijskim karakteristikama, kao što su influenza (**grip**) sa varijetetima poznati nam u epidemijskim i panepidemijskim naletima u XX veku.

Zarazne bolesti u epidemijskim razmerama prate ljudska stradanja većih razmera, kao što su ratovi, pre svega svetski ratovi, ekonomske krize, a i obimne elementarne katastrofe. U navedenim događanjima i najbanalnije zarazne bolesti mogu da dobiju epidemijski karakter i poremete normalan život na širim područjima. Medicinskoontološki pristup zaraznim bolestima na nivou današnjeg razvoja naučne medicine ima posebnosti u odnosu na druge bolesti. Lekar mora sprovesti epidemiološka ispitivanja, jer još uvek postoji stav da su neke zarazne bolesti samom pojavom sramota po obolelog, ali i njegovu porodicu i prijatelje ili širu okolinu, te se prikrivaju. Laička populacija i danas smatra da zarazne bolesti privileguju siromašne, ljude niskih higijenskih ponašanja ili ljude moralno neprihvatljivih ponašanja. Stoga bolesnik može biti izložen preziru, osudi, neprijatnostima itd. Lekar mora biti strpljiv sa bolesnikom od zarazne bolesti, dajući mu detaljnu informaciju o samoj bolesti, o neophodnosti preduzimanja brojnih mera u smislu ne samo tretmana i lečenja već i zaštićivanja drugih, zdravih osoba od prenošenja i širenja zaraze.

Zarazna bolest koja je vekovima harala u našim prostorima, ali i svugde po svetu, bila je *sušica* ili tuberkuloza. Laička populacija u našoj zemlji tuberkulozu smatra sramotnom. *Oboleli od tuberkuloze pluća smatraju da ih okolina intenzivno izbegava u strahu da ne dođe do prenošenja zaraze.* Bolest dugo traje, te su tuberkulozni bolesnici po pravilu *osetljivi, sekantni, ćudljivi, razdražljivi i izraženo egoistični.*

Od lekara i zdravstvenih radnika se u slučaju pojave zaraznih bolesti očekuje u skladu sa njihovim humanističkim pozivom, posebno požrtvovanje. Primer je pojava epidemije *Variola vera* (velikih boginja) u našoj zemlji 1972. godine. Ostalo je upamćeno iz te epidemije, koja je trajala 52 dana, danonoćno angažovanje lekara, kao i drugih zdravstvenih radnika, na preventivnom i terapijskom delovanju. Preko stotinu lekara i zdravstvenih radnika, dobrovoljno ili po suštini svoje specijalnosti, bilo je radno angažovano u karantinima. Obolelo je 9 zdravstvenih radnika, a dvoje je umrlo.

Interes naučne medicine danas je da se zarazne bolesti eradikiraju ili njihove epidemije preveniraju. Međutim, to je i opšti društveni cilj savremene civilizacije. Zbog toga se u svim zemljama sveta zakonski propisi ugrađeni u pozitivno zakonodavstvo, a doneti su i propisi na nivou Ujedinjenih nacija.

AKUTNE ZARAZNE BOLESTI

Medicinskoetički aspekti, kao i medicinskoetički problemi vezani za akutne zarazne bolesti, njihovo širenje i tretman obolelih su svakako posebni i specifični iz brojnih razloga. Medicinskoetički aspekt kao posebnost vezana za akutne zarazne bolesti odnosi se na:

1. **Masovna imunizacija kao zaštita stanovništva od zaraznih bolesti** sa medicinskoetičkog aspekta sprovodi se u cilju prevencije pojave epidemija od zaraznih bolesti, ali i u cilju sprečavanja sporadičnog pojavljivanja akutnih zaraznih bolesti i konačno u cilju potpune eradikacije – iskorenjenja akutnih zaraznih bolesti među ljudima. Masovna imunizacija stanovništva je posledica razvoja naučne medicine i sprovodi se vakcinacijama i masovnom primenom lekova. *Masovne vakcinacije i masovna primena lekova su obaveze svih zemalja sveta.* Masovnom imunizacijom stanovništva, postignuta je eradikacija prve akutne zarazne bolesti variole vere, pre skoro dvadeset godina, a masovna primena lekova skoro je svela na endemske pojave brojne akutne zarazne bolesti kao što su *sifilis*, *malarija* i druge. Imunizacija vakcinama sprovodi se praktično od rođenja deteta u porodilištu, danas u celom svetu, na svim kontinentima, u svim zemljama (kod nas besežiranje), te je ova preventivna mera najefikasnija, najjeftinija i najorganizovanije se sprovodi. Stalno se otkrivaju nove vakcine protiv zaraznih bolesti i ustanovljava njihova primena.

Medicinskoetički problemi ipak postoje u domenu masovne imunizacije od brojnih zaraznih bolesti na ukupnoj populaciji, bez obzira na vrlo argumentovana postignuća primenom vakcinacije, smanjeno oboljevanje od akutnih zaraznih bolesti. *Medicinskoetička dilema je najveća u obavezi svih da bezuslovno prihvate vakcinaciju, bez obzira na lični stav prema vakcinaciji od određene zarazne bolesti.* Zakonska obaveza vakcinacije u pozitivnom zakonodavstvu naše ili bilo koje zemlje ne sme zanemariti načelo medicine i medicinske etike – *primum non nocere*. Lekar mora biti potpuno upoznat sa mogućim nuspojavama i toksičnim reakcijama na vakcinu, kao i sa posledicama postvakcinalne reakcije i mora imati dovoljno znanja da predvidi kontraindikacije za aplikaciju određene vakcine. Etička obaveza je lekara da usvoji poseban kvantum znanja da bi mogao predviđati štetne posledice vakcinisanja, s jedne strane, i korist za čoveka davanjem vakcine, s druge. Vakcinacija iako zakonski obavezna, ne sme biti nametnuta pojedincu. Poseban medicinskoetički problem lekara je danas da uveri i obaveže majku novorođenčeta da se bebi aplikuje vakcina kao zaštita od neke zarazne bolesti koja je već godinama eradikirana, a postvakcinalne reakcije sa posledicama su recimo moguće. Dilema je ovde opravdana, iako je eradikacija te zarazne bolesti u suštini ostvarena sprovođenjem masovne i bezuslovne vakcinacije stanovništva naše planete.

2. Obaveznost prijavljivanja akutnih bolesti je problem već 25 vekova zbog čuvanja lekarske tajne još po Hipokratovoj zakletvi: "Što u ovom poslu budem saznao i video, ukoliko se ne bude smelo javno znati, prećuću i zadržati kao tajnu." Medicinskoetička obaveza lekara je da čuva tajnost podatka koje je saznao od bolesnika ili da u tajnosti čuva dijagnozu koju je postavio.

Lekar je obavezan da čuva lekarsku tajnu, da ne otkrije identitet bolesnika sa utvrđenom akutnom zaraznom bolešću, ali ima i obavezu da spreči širenje te bolesti na druge, zdrave ljude. Danas je poznata 61 akutna zarazna bolest koja može primiti epidemijski karakter. Po zakonu, lekar je dužan da po dijagnostičkom utvrđivanju bilo koje od njih, to prijavi nadležnoj epidemiološkoj službi. Lekara pozitivno zakonodavstvo obavezuje da prijavi oboljenje, kao i smrt od akutne zarazne bolesti, ali i kliconoštvo, da pruži lične podatke o toj individui, s tim što se ti podaci mogu koristiti isključivo za preduzimanja i medicinska ispitivanja u cilju lečenja i zaštite samog obolelog i zaštite zdravih iz njegove okoline. Posebno je regulisano oboljevanje od AIDS-a, odnosno HIV pozitivnost, gde lekar ima obavezu očuvanja tajnosti identiteta pacijenta jer se u prijavu o zarazi ne unose adresa i mesto stanovanja, kao ni ime i prezime bolesnika, već se umesto imena i prezimena unose samo inicijali.

Medicinskoetička je obaveza lekara da podatke o bolesnicima obolelim od zaraznih bolesti ne koriste van medicinskih krugova, a posebno ako to nije u direktnoj funkciji smanjenja rizika od infekcije. Dostavljanje podataka o obolelima od akutnih zaraznih bolesti na razmatranje organima vlasti, obavezuje lekara da ne dostavlja identifikacione podatke: o samim bolesnicima, već da se govori samo o populacionoj kategoriji, na primer: školski dečji uzrast, vojnici itd.

3. Informisanje javnosti o zaraznim bolestima posebno u aktuelnoj epidemiji ili u situaciji neposredne opasnosti od pojave epidemijskog širenja akutne zarazne bolesti je od interesa ne samo za lekare i zdravstvene radnike već i za zajednicu, odnosno organe vlasti, a skopčano je sa posebnim medicinskoetičkim problemima. Danas je moć sredstava javnog informisanja izuzetno velika i pogodna za korišćenje u suzbijanju epidemijskih razmera akutnih zaraznih bolesti. Lekar i zdravstveni radnici moraju sa medicinskoetičkog aspekta biti oprezni kada daju podatke sredstvima javnog informisanja, jer je načelo u novinarstvu da se senzacionalistički obaveštava opšta populacija, te je neophodno da lekar pokuša da izbegne "bombasto" informisanje javnosti po principu "zaraza preti" ili "zaraza još uvek hara" ili "zaraza se širi." Dužnost je lekara i zdravstvenih radnika da informacije preko sredstava javnog informisanja daju kroz umerenije tonove. Neophodno je da te informacije ne unose strah među ljude, već da budu korisne u smislu obaveštavanja da bolest i njeno trajanje nema tragične posledice, ne ostavlja trajne sekvele, da se efikasno i relativno lako leči ukoliko se na vreme utvrde znaci bolesti, da se bolest neće pojaviti ukoliko se zdravi pridržavaju određenih higijenskih normi ili izbegnu kontagiozni kontakt sa obolelim. *Medicinskoetička obavaza lekara je i da javnost informiše da bolesnik koji oboli od akutne zarazne bolesti nije opasan po svoje bližnje i širu okolinu ukoliko se sam pridržava određenih pravila.* Svakako da dijagnostikovanje neke posebno teške zarazne bolesti koja bi dobila epidemijske razmere obavezuje lekare da organizuju karantinski tretman svakog obolelog ili onog koji je bio u kontaktu sa obolelim, a u vremenu je inkubacije.

HIV INFEKCIJA SA MEDICINSKOETIČKOG ASPEKTA

AIDS ili SIDA je postala poznata čoveku od 1981. godine, kada je identifikovan prvi slučaj bolesti u SAD u jednog homoseksualca. Danas se ova bolest registruje u svim zemljama sveta, najviše na afričkom kontinentu. AIDS je nova ili ranije neprepoznavana, neidentifikovana zarazna bolest. *Nijedna bolest u istoriji medicine nije izazvala toliko medicinskoetičkih dilema i problema, s jedne strane, a s druge, i pravnih dilema i problema i nijedna druga bolest nije doživela tako oprečne interpretacije, ali i diskriminacije obolelih od zajednice, pa i protagonista medicinske struke i nauke kao AIDS. Ovog momenta AIDS se javlja u opštoj populaciji sve populacione kategorije, one seksualno aktivne, smatraju se rizičnim grupama. Dakle, više se ne govori o posebnim rizičnim grupama* kao što su narkomanska suppopulacija, suppopulacija homoseksualaca i dr.

Danas su poznati uzročnik, klinička slika, trajanje, fenomenologija koja prati klinički razvijeno stanje AIDS-a. Međutim u teoriji postoje brojne dileme. Ovo proističe iz saznanja da ogroman broj HIV pozitivnih, dakle zaraženih AIDS-om, dugo godina pa i decenija ne ispoljava kliničke znake bolesti, a sve vreme su aktivni prenosioči. Putevi prenošenja su poznati, to su biološke tečnosti, krv i sperma. AIDS je po pravilu teška i smrtonosna zarazna bolest, bez efikasnog leka i efikasne prevencije u smislu vakcine ili masovnog davanja lekovitih supstanci. *AIDS kao zarazna bolest obavezuje na posebnost medicinskoetičkog gledanja da bi se izbegli medicinskoetički problemi pored ostalog, u tretmanu obolelih ili HIV zaraženih.* Donedavno se mislilo, da je pojava AIDS-a u vezi sa homoseksualcima, te je označena kao **moralno oboljenje**, a zaraženi HIV virusom smatrani su poročnim, neprihvatljivim, te i lično krivim za zarazu. Ovakvo shvatanje sa medicinskoetičkog aspekta nije prihvatljivo, jer implicuje izolaciju i progon zaraženih, te i njihovo moralno žigosanje i prezir. Neophodni su poznavanje AIDS-a, načina prenošenja zaraze i eliminacija predrasuda u suppopulaciji lekara, studenata medicine i zdravstvenih radnika uopšte, pa tek onda u opštoj populaciji. Činjenica je da se danas stav lekara, zdravstvenih radnika i zajednice prema obolelim od AIDS-a kreće između dva antipoda, od potpuno liberalnog do vrlo restriktivnog.

Testiranje na HIV infekciju je poseban medicinskoetički problem, jer se danas kao zakonska obaveza sprovodi na određenim subpopulacijama u brojnim zemljama, pa i u našoj. Brojne zemlje ispitivanje na HIV infekciju limitiraju na medicinske indikacije, a u nekim zemljama su obavezna za, recimo, regrute, sve inostrane građane, zatvorenike, povratnike u zemlju posle dužeg boravka u inostranstvu, sportiste, posebno u borilačkim veštinama, kao i pripadnike nekih profesija koje dolaze u kontakt sa rizičnim osobama itd. Obavezno testiranje na HIV infekciju u našoj zemlji se odnosi na dobrovoljne davaoce krvi, davaoce organa za transplantaciju, davaoce sperme, sve pacijente na hemodijalizi, a po indikacijama i trudnice i druge obolele ako su u okvirima medicinskih indikacija.

Tekst Rezolucije Svetskog medicinskog udruženja o AIDS-u iz 1997. godine.

"Testovi na virus AIDS-a moraju biti omogućeni svima koji im se žele podvrgnuti. Obavezno testiranje na virus AIDS-a može se uvesti za davaoca krvi ili krvnih derivata, davaoca organa i drugih tkiva namenjenih transplantaciji ili za davaoce sperme i jajašca koja se pri-

kupljaju za veštačko oplodjenje ili oplodjenje in vitro. Šta više, obavezno testiranje može da se sprovede i za neke druge delove populacije kao što su vojna lica, štićenici kaznenih institucija i imigranti."

Medicinskoontološka načela ispitivanja na HIV infekciju se odnosi na dužnosti lekara da omogući ispitivanje na HIV, ali nikada prisilno, niti tajno "na prevaru". Lekar pacijentu gde je indikovano testiranje na HIV infekciju mora objasniti o kakvoj vrsti testiranja se radi i zbog čega je to potrebno učiniti. Lekar, poštujući medicinskoetičke principe, ne sme u takvoj situaciji povrediti ličnost pacijenta svojim stavom, ponašanjem ili rečima.

Otkrivanje rezultata testiranja na HIV infekciju je poseban medicinsko-etički aspekt vezan za AIDS. Činjenica je da današnja saznanja o AIDS-u nedvosmisleno govore o teškoj zaraznoj bolesti, neizlečivoj i prognostički infaustnoj, odnosno letalnoj. Medicinskoetički problem je u dobroj informisanosti populacije, a posebno onih sa HIV infekcijom, jer otkrivanje podatka da su HIV zaraženi, znači i preventivno epidemiološko delovanje. S pravom se očekuje da takav bolesnik znajući da je HIV pozitivan čini sve, svesno i savesno da zarazu dalje ne širi. *Danas neke zemlje u svojim pozitivnim zakonodavstvima imaju stav prema onome ko širi HIV infekciju, da treba po zakonu da bude sankcionisan isto kao da nad drugim licem vrši ubistvo.* Imajući ovo u vidu, lekar je pred ozbiljnim medicinskoetičkim problemom da li i kada saopštiti utvrđenu HIV pozitivnost.

"...Prilikom otkrivanja pacijenata sa AIDS-om i prenosnika ne smeju se odavati činjenice osim u slučajevima kada potrebe zdravlja zajednice zahtevaju drugačije. Valja razviti metodu pomoću koje bi se polni partner, koji ništa ne sumnja, upozorio na zaraženog partnera, istovremeno štiteći poverljivost informacija o pacijentu u najvećoj mogućoj meri." *Dakle, lekar mora biti apsolutno siguran u pozitivan nalaz testa, te zato po pravilu dobijen pozitivan HIV nalaz mora da ponovi.*

Saopštavanje pacijentu sa medicinskoetičkog aspekta, nije preporučljivo jer takvog pacijenta može dovesti u poziciju potencijalnog ubice, odnosno čoveka koji će zakonom biti sankcionisan za eventualno širenje infekcije. Lekar stoga mora i proceniti ukupnu ličnost i strukturu HIV inficiranog pre nego što mu saopšti rezultate testa. Obaveza i dužnost lekara je da pruži socijalnu i pre svega psihološku podršku HIV zaraženom. Medicinskoetički aspekt stava lekara i zdravstvenih radnika prema AIDS-u treba da proistekne iz sentence: *"Lekar samo neke bolesti može izlečiti, mnoge leči, ali može svima bolesnima pomoći."*

Trudnoća HIV pozitivne žene ima specifičnosti sa medicinskoetičkog aspekta jer više nije retkost, sobzirom na to da HIV inficirane žene pripadaju mlađoj životnoj dobi, odnosno u fertilnom su periodu. Saznanja naučne medicine danas govore da 50% HIV pozitivnih majki rađa zaraženu decu, što otvara poseban medicinskoontološki problem. Lekar ukoliko zna ili utvrdi HIV infekciju u trudnice, dužan je da je detaljno upozna sa rizikom od rađanja deteta i prenošenja HIV-a na njega. Svakako, *lekar će trudnici predložiti da će sama trudnoća kao posebno stanje moguće oslabiti njene imunološke snage i doprineti kliničkoj pojavi AIDS-a.* Lekar ne sme u radu sa HIV pozitivnom trudnicom dovesti u pitanje njenu slobodnu volju pri odlučivanju da postane majka ili ne.

RAD LEKARA U DERMATOVENEROLOGIJI

Dermatovenerologija se izučava kao posebna medicinska disciplina, a izdvojena je iz interne medicine još pre 160 godina. To je uradio *Ferdinand Herba* 1849. godine u Beču. Posebnost dermatovenerologije kao discipline naučne medicine je i u opusu izučavanja, dijagnostike i terapije bolesti dva organa, odnosno sistema organa, koža i genitalije. Područje koje obuhvata dermatovenerologija je dvostruko.

1. Dermatovenerologija se bavi izučavanjem, dijagnostikom i lečenjem brojnih i raznih promena na koži i sluzokožama, adneksima, dlaci i noktima (*trihologija* i *onihologija*).

2. Dermatovenerologija izučava i leči polne bolesti, odnosno bolesti polnih organa, odnosno bolesti koje se prenose seksualnim aktom, dakle venerične bolesti.

Medicinskoetički aspekti u dermatologiji kao delu dermatovenerologije su specifični i posebni jer su promene na koži (koža i njeni adneksi, nokti i dlaka i sluzokože) stalno izloženi pogledima drugih, i uočljive, po pravilu više nego patološka stanja bilo kog drugog ljudskog organa. Dermatologija je u opusu humane medicine stara onoliko koliko i sama medicina. Medicinskopravni aspekti, kao i medicinskoetički problemi proističu iz činjenice da se dermatologija kao deo dermatovenerologije, bavi ne samo dijagnostikom i tretmanom patoloških promena na koži već i fiziološkim procesima u koži, kosi i noktima.

Medicinskoontološki problemi u oblasti venerologije kao drugog dela dermatovenerologije su posebno specifični, može se reći i složeni, jer dijagnostika i lečenje polnih bolesti su uvek skopčani sa stidom, više nego patološki procesi u dermatologiji. Tradicionalno u kulturnom miljeu ne samo našeg naroda bolesnik od veneričnih bolesti trpi segregaciju okoline, čak i najbližih članova porodice.

Dermatovenerologija je zajednička medicinska disciplina dermatologije i venerologije, naročito zbog lečenja sifilisa, jer je ova teška venerična bolest praćena veoma raznovrsnim eflorescencama na koži. Opservacija je bila najznačajniji dijagnostički postupak, a i danas je izuzetno značajna u razboljevanju od sifilisa.

DERMATOLOGIJA medicinskoontološke posebnosti

Medicinskoetički problemi u dermatologiji - koja izučava i leči bolesti kože, kao i onihologiji i trihologiji (poddiscipline dermatologije koje izučavaju fiziologiju i oboljenja adneksa kože, noktiju i dlake) česti su i specifični.

1. ***Medicinskoetički aspekti i problemi dijagnostike u dermatologiji po mnogo čemu su specifični.*** Eflorescence na koži uočava ne samo bolesnik, već i lekar i njegova okolina, a te

promene su izuzetno raznovrsne i posebno kompleksne za kauzalnu dijagnostiku. Dijagnostičke greške u dermatovenerologiji mogu biti, česte, možda češće nego u bilo kojoj medicinskoj disciplini. Dijagnostičke greške u dermatologiji vezane su za lekara, ne samo zbog njegovog nedovoljnog znanja i stručnog neiskustva već su i objektivno realno česte zbog ogromne raznovrsnosti atipičnih eflorescenci na koži i uopšte atipične kliničke ispoljenosti dermatoma i moguće pojave retkih oblika dermatoza. Poznata je greška sa prvim bolesnikom od *variole vere* upućenim iz Đakovice u Beograd 1972. godine na Dermatovenerološku kliniku sa kožnim eflorescencama. Zadržan je na Klinici, pogrešno dijagnostikovao i lečen. Shvaćen je kao sekundarni stadijum sifilisa i prikazan studentima u toj interpretaciji.¹ Posledice su bile velike i za pamćenje, a ovekovečene su i filmom.

Medicinskoetički problem vezan za dijagnostiku u dermatologiji proističe iz činjenice da u dermatologiji lekar mora da uzima anamnestičke podatke izuzetno strpljivo i izuzetno obimno i detaljno. Nenamerne medicinskoetičke greške su samim tim moguće, jer lekar u svakom momentu može "opravdano biti indisponiran" za uzimanje tako detaljne anamneze. Recimo banalne promene na koži, kao što su akne vulgaris ili opadanje kose po medicinskoj nauci mogu biti u fiziološkim granicama, ali ako ih lekar podceni može pacijentu naneti veoma veliku štetu na mentalnom planu. Svaka bolest ili stanje su za datog pacijenta najteži.

Medicinskoetički problemi dijagnostikovanja u dermatologiji su veliki. Kožne eflorescence često nastaju kao posledica alergijskih stanja u pacijenta izazvanih kontaktom sa raznim hemijskim supstancama ili hranom, ali i medikamentima, dermatolog ne sme olako komentarisati alergizaciju i eflorescence na koži i naruženost kože nastalu zbog uzimanja lekova kao neznanje lekara koji je lekove propisao. Dermatolozi sa velikim stručnim iskustvom posebno obraćaju pažnju na činjenicu da bolesti u dermatologiji mogu imati nasledni, urođeni i familijarni kauzalitet. Kožne bolesti su često uzrokovane posebnim životnim situacijama, recimo boravak u drugim klimatskim uslovima, tropskim ili polarnim, i slično.

Medicinskoontološki problemi u dermatologiji, a moguće i u sudskoj medicini, vezani su za dijagnostičke procedure uzimanja isečka promene na koži radi histološkog dijagnostikovanja. Na primer, uzimanje isečka sa malignog melanoma može uzrokovati njegovu fudroajantnu diseminaciju i veoma brz letalni završetak ove maligne bolesti. Dermatolog mora biti izuzetno oprezan u navedenoj situaciji i postavljanju sumnje na maligni melanom. Bolesnika treba uputiti hirurгу da pigmentnu promenu sa kože skine opsežnim odstranjivanjem zdravih delova kože, a patohistološku dijagnozu postavi naknadno, a ne biopsijski.

Medicinskoontološki aspekt dijagnostičkog rada u dermatologiji obavezuje lekara na poštovanje zakonom regulisanih procedura, čime se umanjuje ili izbegava greška. Obavezno je prijavljivanje zaraznih oboljenja kože, kao i gljivičnih. Propisima je regulisana ocena radne sposobnosti u dermatologiji nakon postavljene dijagnoze koja je izuzetno važna u stanjima profesionalnih kožnih bolesti.

2. Medicinskoontološki problemi vezani za terapiju u dermatologiji su takođe velikim delom specifični jer se u ovoj medicinskoj disciplini koriste brojni medikamenti i terapij-

¹ Autor udžbenika je tada bio student medicine. Na kliničkim vežbama iz dermatovenerologije je prisustvovao prikazu tog bolesnika od strane svog profesora. Bolesnik je prikazan kao raritetan sa dominacijom kožnih promena u okviru sekundarne faze kliničke slike luesa.

ski postupci. Terapija u dermatologiji podrazumeva primenu opštih medikamenata (unošenje lekova, per os), lokalnu medikamentoznu terapiju, hiruršku terapiju i fizikalnu. *Medicinskoetički problemi vezani za terapiju u dermatologiji proističu iz prognostičkih teškoća, kao što je slučaj sa penfigusom, sklerodermijom progresivom, teškim oblicima epidermolize, hereditare glioze i drugo.* Često se u dermatologiji koriste veoma velike doze kortikosteroida, koje dovode do neželjenih komplikacija.

Dermatolog stoga mora neophodno imati veliko medicinsko znanje, iako se naizgled ne bavi urgentnom i stresogenom specijalističkom medicinskom disciplinom.

MEDICINSKODEONTOLOŠKE POSEBNOSTI VEZANE ZA POLNE BOLESTI

Polne zarazne bolesti ili venerične bolesti dobile su naziv po uočenom iskustvu da se prenose seksualnim kontaktom a najznačajnije među njima su *sifilis, gonoreja, limfopatija venera, ulkus mole, a u poslednjih 26 godina i AIDS ili SIDA (sindrom stečene imunodeficijencije).* **Venerologija** – nauka o polnim bolestima, obuhvata i balanitis, uretritis kao nevenerične bolesti.

Venerične bolesti i posebnost medicinskodeontološka u ovoj medicinskoj oblasti su davno poznate lekarima i njihovo prenošenje se od pradavnih vremena vezuje za humanu seksualnost, odnosno za polni akt. *Venerične bolesti se izučavaju u medicinskoj disciplini dermatovenerologija često zbog pratećih promena na koži u razvijenoj kliničkoj slici zaraznih polnih bolesti.* Još u XVI veku Paracelzijus je shvatio da se ni sifilis kao glavna venerična bolest ne prenosi samo polnim putem, već i *porođajem i kontaktom.* On je uveo trostrukost načina prenošenja sifilisa: **koitus, partus, kontaktus.** Sifilis je svrstan u grupu veneričnih bolesti, a i dermatoveneričnih, zbog ispoljavanja efolescenci na koži. AIDS je sistemska bolest, te tretman, lečenje a i dijagnostika pripada drugim medicinskim oblastima, tj. specijalnostima, pre svih infektologiji. Sifilis je i danas glavna venerična bolest, jer se ipak najčešće prenosi polnim kontaktom, a izuzetno je teška zbog afekcije unutrašnjih organa.

Medicinskopravni problemi vezani za venerologiju su specifični jer proističu iz obaveze prijavljivanja dijagnostikovane venerične bolesti i sprečavanja širenja bolesti na zdrave i svakako, delikatnosti čuvanja tajne. Poseban medicinskoetički problem predstavlja i stav opšte populacije u našem supkulturnom miljeu prema veneričnim bolestima kao sramnim i stav prema obolelom, koji neminovno trpi prokazanost i izbegavanje od svoje okoline, čak i najbližih članova porodice.

Medicinskoetička ogrešenja u venerologiji najčešće su posledica nedovoljne stručnosti lekara ili njegovog nehatnog obavljanja profesije. Zakon precizno propisuje šta je lekar dermatovenerolog dužan da uradi ukoliko ima pacijenta, muškarca ili ženu, obolele od neke venerične bolesti. Svaka venerična bolest podpada pod drugačiji propis.

RAD LEKARA U PSIHIJATRIJI

medicinsko-deontološka načela i problemi

Medicinsko-deontološki problemi vezani za psihijatriju kao posebnu disciplinu savremene naučne medicine su izuzetno veliki, ali i veoma specifični, poređeno sa drugim granama naučne medicine. Psihijatrija kao posebna naučna medicinska disciplina, jedna je od najmlađih u savremenoj medicinskoj nauci. Ovakva konstatacija izgleda paradoksalno ako se zna da je ljudsko mentalno, zapravo definisalo ljudsku vrstu pre bar 400.000 godina, a da su isto toliko sigurno stari i poremećaji mentalnog skladnog čovekovog funkcionisanja. *Uprkos tome, psihijatrija zasnovana na medicinskoj nauci postoji nešto više od 100 godina.*

Pisani medicinski dokumenti i istorijski arheološki dokazi govore o davnom bavljenju čoveka odnosom tela i duha, što je početak razvoja psihosomatske medicine, još oko 10.000 godina pre nove ere. Tada je u ljudskoj zajednici vladalo uverenje da bolest izazivaju nevidljive sile, odnosno zli duhovi i protiv njih se čovek borio svojom duhovnom snagom, ali je i primenjivao "terapijske metode", kao što su trepanacije lobanje do egzorcizma i drugih po svemu drastičnih terapijskih procedura. **Sejerist** tvrdi: "*Mesopotamijska medicina je bila u celosti psihosomatska,*" a to se odnosi na period od XXI veka udaljen 4.500 godina. Pre skoro 2500 godina **Sokrat** propoveda: "*Kao što nije ispravno lečiti oči bez glave, ni glavu bez tela, isto tako je pogrešno lečiti telo bez duše,*" a **Hipokrat** u skoro istom vremenu ističe: "*Da bi se lečilo čovekovo telo, neophodno je imati u vidu njegovu celinu.*"

Tek na kraju XIX veka Frojd uvodi "projekat naučne psihologije", odnosno zasniva dijagnostiku i tretman mentalne poremećenosti i mentalnog nesklada na organskoj osnovi. **Frojd je poslednji sastavljač duše i tela.** Iskoristio je čovekovu memoriju kao laboratoriju psihičkog. Franz Alexander sa Danberovom 1935. godine stvara psihosomatski pravac u psihijatriji i psihijatrija time postaje i polimorfna u svojoj multidisciplinarnosti. Psihosomatska medicina je nesporno nastala kao kritika dualističkog shvatanja čoveka, razdvojenog na mentalnu ukupnost i telo izvan duševnog. Taj dualizam deo je najstarije ljudske ideologije i seže sigurno u magijsko animistički istorijski prostor medicine.

Medicinsko-deontološki problemi i njihova posebnost, ali i izuzetna složenost, proističu iz suštine da je *razvoj psihijatrije tekao kroz mistiku, filozofiranje, religiju, a tek u XX veku psihijatrija je prigrljena od humane naučne medicine.* Ljudsko mentalno i njegova poremećenost dolaze iz funkcije njegovog mozga, a ne iz kosmosa i nevidljivih kosmičkih uticaja.

Psihijatrijska etika je sigurno specifična i posebna u odnosu na druge kliničke medicinske discipline, a psihijatar kao lekara specijalista ima poseban deontološki status. Posledično su specifične i sankcije u slučaju medicinskoetičkog ogrešenja, kao i pravnog prekršenja u psihijatrijskoj profesiji.

SAVREMENA PSIHIJARIJA I MEDICINSKA ETIKA

Savremena medicinska etika dostigla je danas zavidan nivo razvoja, kao i psihijatrija u poslednjim decenijama. *Psihijatrija se definitivno i u potpunosti svrstala u porodicu neurona-uka*. Psihijatrija je naravno zadržala i na početku XXI veka značajnu sponu sa filozofijom i socio-naukama iako je nesporno klinička medicinska disciplina.

Istina je da i ovog momenta psihijatrija kao disciplina naučne medicine, nema posebne i specifične medicinskoetičke principe, odnosno posebna načela psihijatrijske etike. Da li to sama psihijatrija kao nauka izbegava, teško je odgovoriti i nije za raspravu u ovom udžbeniku, a još manje za studente medicine. Brojna pravila u psihijatrijskoj praksi trebalo bi da se pretvore u etičke psihijatrijske norme obavezujuće poput zakona. Psihijatrija i danas ovaj zahtev nije ispunila, a reklo bi se da za to ima i potrebu. Činjenica je da psihijatrija, iako najhumanija disciplina savremene naučne medicine, kasni u izradi svog etičkog kodeksa. Možda je najpribližniji doprinos razrešenju etičkog psihijatrijskog kodeksa dat 1977. godine na Havajskom skupu psihijatara sveta usvajanjem Deklaracije i doktrine usmerene ka zaštiti ljudskog dostojanstva i ljudskih prava u psihijatriji.

Deklaracija je u stvari kondenzovani etički kodeks u oblasti psihijatrijskog rada na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja, jer sadrži sve fundamentalne etičke principe vezane za njih. Upućuje i na potrebu regulisanja zakonskim propisima psihijatrijske zaštite mentalnog zdravlja u svakoj zemlji. Deklaracija ističe i značaj terapijskog preduzimanja u psihijatriji, koje treba da se zasniva na saglasnosti bolesnika. Insistira se i na poverenju, saradnji, poverljivosti i uzajamnoj odgovornosti na prostoru psihijatrijskog terapijskog delovanja.

Etika u psihijatriji je u pokušaju utemeljenja, bar poslednjih 35 godina. Precizno, od 1973. godine, kada je Američka psihijatrijska asocijacija donela pravila za uvođenje i sankcionisanje nekih etičkih principa vezanih za rad psihijatra, a oslonjenih na principe medicinske etike koje razvija i podržava Američko lekarsko udruženje. Tada date smernice su u najmanju ruku iznenađujuće sa aspekta medicinske etike, jer recimo kratkom rečenicom regulišu odnos seksualnog ponašanja terapeuta u okviru psihijatrije: "*Seksualne aktivnosti sa pacijentom su neetičke*." Takvu kratkoću i neposrednost etiketiranja neetičnosti, ne poznaje nijedan drugi etički princip, a posebno onaj vezan za lekarski rad.

Konačno, nijedan savremeni udžbenik psihijatrije bilo kog jezičkog područja ne konstatuje reč etika. Postoji izuzetak u devetnaestotomnom izdanju **Enciklopedije britanike**: "*Etika je sistematsko proučavanje krajnjih problema ljudskog ponašanja*." Činjenica je da se psihijatrija suočava sa vrlo jasnim i velikim etičkim dilemama u samoj suštini odnosa psihijatar – psihijatrijski bolesnik, *jer je svemoć psihijatra i ranjivost psihijatrijskog pacijenta izvesna*.

Delikatnost odnosa psihijatar – pacijent kroz lekarsku tajnu, anonimnost i zaštitu interesa zajednice je izuzetno velika i specifična u odnosu na druge medicinske discipline.

ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA medicinskoontološka načela i problemi

Mentalno zdravlje kao pojam je suštinski prostor kliničkog bavljenja psihijatrije. U posljednjim decenijama u proklamovanim dužnostima lekara je i zaštita mentalnog zdravlja, ne samo kao dužnost lekara psihijatra već svih lekara i zdravstvenih radnika. Tako bi se danas teorijski, ali i praktično mogao shvatiti pojam mentalnog zdravlja i njegova zaštita.

Medicinskoontološki aspekti vezani za pojam mentalnog zdravlja i posebno zaštite mentalnog zdravlja stanovništva veoma su složeni. Psihijatrija je na današnjem nivou razvoja domaćila saznanje da je čovek *bio-psiho-socijalno jedinstvo* uvek, znači i u stanju bolesti. Zato psihijatrija treba da podučiti studente medicine, ali i sve lekare (lekare svih specijalnosti i supspecijalnosti) da *ljudska patnja isto toliko znači bolest, koliko i bolest donosi ljudsku patnju*. Topla ljudska reč je često istog, a nekada i većeg značaja za bolesnog nego najsavršeniji medikament.

Medicinskoetički aspekt zaštite mentalnog zdravlja nameće ideju za restauracijom porodičnog lekara, lekara koji svog pacijenta poznaje sa svim njegovim somatskim, psihičkim, fizičkim i socijalnim problemima. Ovo je tendencija zdravstvene politike i naše zemlje. Danas se čini da je više nego potrebna institucija porodični lekar, jer pouzdano u procentima 20 – 50% svih onih koji se obraćaju za pomoć lekaru imaju tegobe zbog narušenog mentalnog sklada, a ne zbog somatskih oštećenja i bolesti.

Zaštita mentalnog zdravlja zasnovana je na proklamaciji Svetske zdravstvene organizacije iz 1977. godine donete u Alma Ati. Dakle, na samom početku XXI veka treba shvatiti definiciju mentalnog zdravlja u ostvarenim sledećim ciljevima.

1. **Borbi protiv mentalnih bolesti i unapređenju mentalnog zdravlja** što podrazumeva otklanjanje niza nociceptivnih uzroka mentalnog razbolevanja, kao što su genetski, u nastanku endogenih psihoza ili otklanjanjem egzogenih faktora nastanka oštećenja mentalnog skladnog funkcionisanja u smislu psihotraumatizma, infektivne i toksične nokse itd.

2. **Produženju trajanja ljudskog života** što je svojevrsan ambiciozan cilj, a teorijski limitiran na prosečnu granicu od 120 godina čovekovog trajanja. Neke države su već ostvarile prosečan ljudski život iznad granice od 70 godina.

Medicinskoontološki problemi biće izuzetno brojni kada se ostvari dužina prosečnog života od 120 godina. *Produženje ljudskog života će doneti nove medicinskoetičke probleme, posebno u oblasti mentalnog zdravlja.* Produženi ljudski vek već danas otvara problem gerontologije za medicinu i za zajednicu. Starost i senijum nosi obilje životnih problema. *Gerontologija, kao nauka o starosti, direktno je u vezi sa medicinom starih, odnosno gerijatrijom, a obe zajedno su u vezi sa zaštitom mentalnog zdravlja, ali i sa novim i velikim medicinskoontološkim problemima.* Gerijatrijska psihopatologija biće najskuplja stavka u materijalnim obavezama zajednice u okviru zdravstvene zaštite.

3. Treći cilj Svetske zdravstvene organizacije *na početku XXI veka je obaveza podizanja kvaliteta življenja.* Otklanjanje uzroka mentalnog poremećaja ne znači i podizanje kvaliteta

mentalnog zdravlja, niti kvaliteta ukupnog življenja individue. Cilj ostvarenja kvaliteta ljudskog življenja podrazumeva u suštini najveći ljudski ideal kojem čovek teži od svog postojanja na ovoj planeti, a to je: "**Sloboda, nezavisnost, suverenost i samoodgovornost svake individue, a sve to u zajednici istinske decentralizovane demokratije.**" Bliže raspravljati ovu definiciju bilo bi pretenciozno za nivo ovog udžbenika.

4. **Ostvarenje poboljšanja kvaliteta življenja** svih ljudi obaveza je psihijatrije kroz zaštitu mentalnog zdravlja i podrazumeva:

- a) uspostavljanje mentalno zdravih interpersonalnih odnosa,
- b) uspostavljanje harmoničnih odnosa u braku,
- c) uspostavljanje skladnih odnosa u porodici,
- d) prevenciju zavisnosti od alkohola i supstanci (droga) i
- e) rešavanje problema i preveniranje mentalnih implikacija na mentalni nesklad u okviru akulturacije kao aktuelne pojave danas i u našoj državi.

DIJAGNOZA U PSIHIJATRIJI

medicinskoontološki aspekti i problemi

Postavljena dijagnoza teške duševne bolesti, recimo shizofrenije, i danas implicuje po bolesnika ozbiljne društvene posledice. Tendencija je zajednice da se distancira od takvog bolesnika čime se eliminiše podrška socio-sredine u njegovom daljem životnom funkcionisanju. **Psihijatrijska dijagnoza etiketira bolesnika.**

Medicinskoetička dilema u psihijatriji u pogledu postavljanja dijagnoze teškog duševnog oboljenja ima još jedan medicinskoetički aspekt problema, a to je korišćenje u medicinskoj dokumentaciji uslužne dijagnoze, odnosno dijagnoza blažeg duševnog poremećaja od onog stvarnog. Uslužna dijagnoza u psihijatriji nosi ili implicuje ozbiljne etičke probleme na nivou porodičnih odnosa, društvenih odnosa, sklapanja braka ili njegovog trajanja, rađanja dece, a posebnost su i forenzički problemi. Iako je *uslužna dijagnoza* u psihijatriji inspirisana humanim razlozima za posledicu može imati etička i pravna ogrešenja.

Dijagnostikovanje u psihijatriji nije ujednačeno jer aktuelno stanje u psihijatriji podrazumeva različitost gledišta na kauzalitet i ispoljavanje duševnih poremećaja. Procedura dijagnostičkih opredeljenja nije jedinstvena od psihijatra do psihijatra, ali i nažalost od države do države.

PSIHIJATRIJSKA BOLEST

medicinskoontološki začaj privatnosti i poverljivosti

Očuvanje poverljivosti i privatnosti informacija (očuvanje lekarske tajne) vezane za uspostavljeni odnos psihijatar – pacijent jedna je od najčešćih etičkopsihijatrijskih problema.

Specifičnost odnosa psihijatar – pacijent je posebno značajna. Po pravilu, sam psihijatrijski bolesnik se uzdržava da istinito iznosi svoje tegobe psihijatra, jer ima stav da one mogu

izazvati podsmeh, a nekada i zgražavanje. Psihijatrijski bolesnik to često ima u iskustvu i pre traženja pomoći od lekara.

Medicinskoetička obaveza psihijatra je da beskompromisno štiti privatnost svog pacijenta.

1. *Nedozvoljena su prepričavanja tegoba koje pacijent iznosi, čak i ukoliko psihijatar pri tome ne pominje ime pacijenta.*

2. *Razgovor o konkretnom pacijentu etički je prihvatljiv samo u situaciji supervizije.*

3. *Činjenica je da psihijatar često etički gledano krši navedeno pravilo, ali to je na sreću, ili nažalost, teško dokazivo i svakako zbog toga ostaje nesankcionisano.*

Medicinskoontološko ogrešenje psihijatar je u situaciji da učini otkrivanjem poverljivih informacija dobijenih od svog pacijenta i prilikom prikaza na stručnim sastancima ili u okviru predavanja, ili pak na naučnim skupovima. Obaveza je psihijatra da za ovakve situacije očuva kao tajnu sve ono što bi moglo biti identifikujuća informacija o pacijentu, a za sve što iznese van toga da prethodno dobije saglasnost svog pacijenta.

ISTRAŽIVANJA U PSIHIJATRIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Psihijatrija kao disciplina naučne medicine zahteva i potrebe svog razvoja ostvaruje naučnim istraživačkim metodama u oblasti duševnih poremećaja.

Naučno-medicinski gledano, to su legitimni i etički opravdani istraživački postupci. Oni podrazumevaju nakon analize i raščlanjenja mentalne ukupnosti na pojedine psihičke funkcije utvrđivanje poremećaja. Zatim se sve utvrđeno psihopatološko predstavi kao jedinstvena klinička slika ukupnog poremećaja neizostavljanjem ni jednog ustanovljenog pojedinačnog poremećaja. *Medicinskoetička kontroverznost proističe iz povezanosti psihijatrije sa biološkom naukom u okviru naučne medicine jer je čovek psihičko biće koje je nemoguće svesti na naučne elemente.* Ukoliko se to u protokolu istraživanja učini, svakako je precenjena vrednost takvog naučnog istraživanja duševnog poremećaja, jer zapostavlja suštinu globalnog psihijatrijskog pristupa duševnoj poremećenosti.

Psihijatrijska deontologija nalaže utvrđivanje istraživačkog protokola utemeljenog na naučnom pristupu u psihijatriji i neodstupanje tokom istraživanja. Nažalost, ovo je prepušteno savesti samog psihijatra istraživača, jer neki izveštaji iz takvih istraživanja bacili su sumnju na dvojnost ponašanja psihijatara istraživača, a na štetu pacijenata i psihijatrije kao nauke.

ZDRAVSTVENA POLITIKA I SOCIJALNA PRAVDA U PSIHIJATRIJI

Principi zaštite osoba sa mentalnim oboljenjima i unapređenje zaštite mentalnog zdravlja dati su kao dokument usvojen na Plenarnoj sednici Ujedinjenih nacija 17. decembra 1971. godine: "*Psihijatar mora primeniti svoje znanje nad pacijentom bez diskriminacije po bilo kom osnovu, kao što su nesposobnost, rasa, boja kože, pol, jezik, religija, političko ili drugo mišljenje, nacionalno, etničko ili socijalno poreklo, legitimni ili socijalni status, uzrast, imovinsko stanje ili status rođenjem.*" Činjenica je da ovakav princip obavezujući za psihijatrije nažalost deluje idealistički u kontekstu grube realnosti današnjeg sveta. Svakodnevno smo svedoci da se mnoga prava pacijentu uskraćena iz bilo kojeg od citiranih razloga.

Medicinskoetički aspekti navedenog citata iz dokumenta Ujedinjenih nacija su insistiranje na dostupnosti psihijatrijske zaštite i dostupnosti sredstava za ostvarenje psihijatrijske zaštite ugroženim članovima zajednice sa oštećenim mentalnim skladom. Posebno ugrožene suppopulacione kategorije su stari i siromašni, zatvorenici, deca i drugi. Princip pravednosti je suština psihijatrijskoetičkih načela, ali je očigledno ugrožen u svakodnevnom radu psihijatra zbog: ekonomskog siromašenja naroda, zaoštavanje ekonomskih problema društva, instituisanja tržišnih odnosa i posledičnog socijalnog raslojavanja itd.

Medicinskodeontološki problemi u okviru psihijatrijske zaštite proističe iz prihvaćenih aktuelnih doktrina u samoj psihijatriji. Primer je psihoterapija, zato Žan Bernard kaže: "*Flagrantno za sada dolazi pod udar etike najoštroomniji pronalazak lekara psihoanalitičara koji tvrdi da besplatni pregledi nisu korist i da je besplatno lečenje uzaludno, te držeći se besprekorne logike, prisiljavaju i same buduće psihoanalitičare da se podvrgavaju plaćenju analizi da bi mogli postati članovi esnafskog udruženja.*"

Nije zanemarljiva zamerka savremenoj psihijatriji poslednjih godina na tendenciji psihijatrizacije društva. Medicinskoetički gledano psihijatrija mora jasno ograničiti područje u kontekstu sociodelovanja u zajednici, jer je nesporno da psihijatrija kao struka pripada medicini, a ne socio naukama, bez obzira na socijalno orijentisane psihijatre.

Savremena psihijatrija u razvijenim zemljama, ali i kod nas, ima obavezu da psihijatra orijentiše samo na prostor naučne medicine i tako izbegne brojna etička ogrešenja o bolesnika. *Posebno ovo važi za kliničke psihologe koji poslednjih godina, bez psihijataru u timu okupljaju privatno pacijente u terapijskim postupcima kroz terapijske timove, što nije ništa drugo nego nadržilekarski rad i delovanje, jer psihologija je filozofska disciplina i studira se na filozofskom fakultetu. Tokom studija psiholog nema dodira sa fundamentalnom biološkom naukom, a posebno biološkim naukama u okviru humane medicine (anatomija, fiziologija, patologija, patofiziologija) te terapijsko činjenje nad duševnim bolesnikom je u najmanju ruku nestručno, time i moguće opasno po njega. Medicinskoetički i medicinsko-pravno ovu pojavu treba sankcionisati, a ne podržavati.*

LIEZON PSIHIJARIJA

konsultativna psihijatrija

Pojam **liezon psihijatrija** (*Liaison* – povezanost, veza, udruživanje) novijeg je datuma i odnosi se na somatopsihičke probleme bolesnika, odnosno na povezanost psihijatrije sa disciplinama takozvane somatske medicine.

Liezon psihijatrija je novi tek profilisani segment psihijatrije i razvojna je praksa savremene zdravstvene zaštite. Liezon psihijatrija podrazumeva potrebu uključivanja psihijatra u lečenje bolesnika skoro u svim medicinskim granama, te je psihijatar neophodni konsultant i zato se diferencira oblast u psihijatriji pod nazivom konsultativna psihijatrija. *Svaku somatsku bolest praktično prati i poremećaj mentalne skladnosti bolesnika.* Ovo konsultativnu psihijatriju perspektivno ustanovljava kao novu disciplinu u okviru psihijatrije i dokazuje značaj psihijatrije za humanu medicinu.

Konsultativna psihijatrija se morala pojaviti nakon savremenog definisanja pojmova:

1. **Somatopsihički poremećaj** pojmovno označava psihopatološki fenomen kao prateći poremećaj uz brojne somatske bolesti. I laicima je, a ne samo lekarima, poznato da teške akutne bolesti, kao što je recimo infarkt miokarda, po pravilu prati doživljaj straha, panike, te intenzivnog straha od smrti. Depresivnost i tentameni, a nekada i realizovani suicidi na primer, prate naglo nastalu invalidnost ili dijagnostikovani karcinom itd.

2. **Psihosomatski poremećaj** bi kao pojam označavao nastanak somatskih ispoljavanja zbog prethodno narušene skladne mentalne ukupnosti. Poznato je da dugotrajna anksioznost (napetost), strepnja i distonija kauzalno uzrokuju glavobolje, bol u želudcu, a faktor su za nastanak čira želuca, uleroznog kolitisa, bronhijalne astme. itd.

KONSULTATIVNA PSIHIJARIJA U DRUGIM GRANAMA MEDICINE

Liezon psihijatrija u okviru psihijatrije podrazumeva dodatna znanja psihijatra da bi u situacijama somatopsihičkog poremećaja bio adekvatno terapijski koristan kao konsultant na odeljenjima drugih grana medicine (kardiologije, otorinolaringologije, dermatologije, ginekologije itd.). Psihijatar treba da razume kako neka somatska bolest utiče na skladnu mentalnu ukupnost bolesnika remeteći je do psihopatološkog. *Vitovski je 1975. godine postavio sledećih osam načela za razumevanje somatopsihičkih poremećaja.*

1. *Svaka somatska bolest očekivano vodi u remećenje metaboličke homeostaze neurona, što se odražava određenom psihopatološkom fenomenologijom. Drastična psihopatologija zbog medijatorske i metaboličke neuronske poremećenosti u psihijatriji je poznata kao moždani organski psihosindrom - MOPS.*

2. *Bolesnik o somatskoj bolesti premorbidno ima subjektivan stav, te najčešće bolest svesno ili podsvesno doživljava kao kaznu.*

3. Svaka somatska bolest umanjuje sposobnosti bolesnika da zadovolji svoje lične potrebe i ostvari postavljene ambicije. Činjenica je da samo lečenje u bolnici predstavlja iznenađujuću, neplaniranu i neželjenu izolaciju, time i prekid svih aktivnosti, ali i odlaganje planiranih.

4. Somatska bolest po nastajanju je često akutna, ali i u hroničnom nastanku zatiče bolesnika sa nerazrešenim intrapsihičkim konfliktima i pogoršava ih.

5. Somatska bolest, po pravilu, umanjuje radnu sposobnost ili je eliminiše, čime bolesnika dovodi u situaciju materijalnog i ekonomskog neostvarenja, a neretko i siromašenja, jer je lečenje skopčano sa materijalnim izdacima.

6. Somatska bolest po pravilu menja u bolesnika spoljašnje i unutrašnje, čulne podsticaje i nagonске pulzije, kao i volju. Najčešće opada apetit, seksualno nagonска aktivnost je umanjena, što može izazvati razna psihopatološka ispoljavanja.

7. Somatska bolest nekada menja i šemu tela, odnosno telesnu šemu, posebno u cerebrovaskularnim insultima, u oštećenjima kičmenog stuba i medule spinalis, kao i kod bolesti ili oštećenja lokomotornog aparata.

8. Somatska bolest veoma često remeti i biološke cirkadijalne ritmove, recimo relaciju spavanje – budnost, što može biti uzrok razvoja teže ili lakše psihopatološke kliničke slike mentalnog poremećaja.

Najčešće psihopatološka ispoljavanja, ili čak somatopsihička oboljenja, javljaju se u sledećim granama somatske medicine.

1. KARDIOLOGIJA se bavi bolestima srca i poznato je da ljudi u situaciji srčane bolesti zapadaju u anksioznost, strah, a nekada i u paniku zbog osećanja bliske smrti. Zbog toga kardiolozi u infarktu miokarda uvek u terapiju bez konsultacije sa psihijatrom uključuju sedative i anksiolitike. Liezon psihijatrija u kardiologiji ima posebnu ulogu jer kardiološke bolesti uzrokuju pad kvaliteta života u brojnim sferama, pa i u sferi humane seksualnosti.

2. GINEKOLOGIJA I AKUŠERSTVO. Česti su somatopsihički poremećaji u bolesnica sa ginekološkim bolestima i trudnica. Samo uzimanje anamnestičkih podataka u slučaju ginekološke bolesti je mogući uzrok narušavanja mentalnog skladnog funkcionisanja žene. Posebno ako u lečenju treba odstraniti unutrašnje polne organe, što podrazumeva osujećivanje materinstva ukoliko se radi o mladoj ženi koja nije radala.

3. OFTALMOLOGIJA je medicinska grana gde bolesnici zbog izuzetne važnosti oka i čula vida često ispoljavaju somatopsihičke kliničke slike poremećaja. Na oftalmološkim odeljenjima nisu klinički retke panične reakcije, te ih treba anticipirati i farmakološki prevenirati. Posebnost u oftalmologiji su premorbidni stavovi vezani za, recimo, slabovidost i nošenje optičkih pomagala, a često je i narušavanje mentalne skladnosti oftalmoloških bolesnika zbog izraženije premorbidne narcisoidne strukture ličnosti.

4. OTORINOLARINGOLOGIJA kao grana medicine često ima potrebu za liezon konsultativnom psihijatrijom. Bolesnik koji slabije čuje može imati paranoidni poremećaj. Govorni poremećaji su često razlog osećanja inferiornosti naročito ako se radi o mlađim pacijentima ili adolescentima. Takvi bolesnici se često povlače, izbegavaju interpersonalne verbalne komunikacije, te sebe uvode u izolaciju i usamljivanje, a nekada se događa i natkompenzacija u posebno argumentovanoj ambicioznosti.

5. ZARAZNE BOLESTI su uzrok čestog somatopsihičkog poremećaja zbog tradicionalnog stava prema zaraznim bolestima, recimo tuberkulozi ili polnim zaraznim bolestima. Najčešća su animozna ponašanja i stavovi prema drugim osobama u socio - okruženju, posebno u tuberkuloznih bolesnika, ili pak HIV pozitivnih. Takvi bolesnici mogu biti opasni zbog nekada svesne namere da zarazu prenesu i drugim osobama.

6. DERMATOVENEROLOGIJA ima potrebu za liezon psihijatrijom zbog poznatog stava čoveka u odnosu na svoju kožu kao posebno važan organ, jer je odraz lepote ili naruženosti. Objektivna je potreba čoveka da u interpersonalnoj komunikaciju u socio zajednici ne trpi zbog patoloških promena na koži. Ukoliko ih ima jasno je da će posledično doći do težeg ili lakšeg narušavanja mentalne funkcionalnosti takvog bolesnika. Liezon psihijatrija u dermatovenerologiji ima svoje važno mesto i ulogu.

7. HIRURGIJA je oblast naučne medicine čije terapijske metode ostavljaju vidljive ožiljke ili trajnu invalidnost što opravdano implicuje mentalne poremećaje. Ožiljci često u pre-morbidno narcističkih struktura dovode do intrapsihičke konfliktnosti i težih neurotičnih ispoljavanja. Stoga je Liezon u hirurgiji i hirurškim granama značajna.

8. ONKOLOGIJA je danas područje medicine koje najteže pogađa skladnu mentalnu ukupnost obolelog jer maligni procesi po pravilu imaju najnepovoljniji tj. prete letalnim ishodom. Delikatna je situacija svakog bolesnika od malignoma, te pored lekara specijalista somatske medicine, psihijatar ima značajnu ulogu u njegovom tretmanu.

9. PEDIJARIJA je medicinska oblast koja se bavi lečenjem najosetljivije subpopulacije a to su deca. Sve pojave somatske bolesti u dece treba anticipirati i pokušati prevenirati mentalne poremećaje kao moguću posledicu. Zbog nezrelosti i nerazvijenosti strukture ličnosti deca u stanju somatske bolesti mogu imati trajne posledice neretko invalidnog karaktera i posledice trajnog umanjenja kvaliteta življenja. Liezon psihijatrija u pedijatriji kao medicinskoj oblasti zbog toga ima izuzetan značaj i mesto.

SOMATSKA BOLEST I MENTALNI SKLAD BOLESNIKA

Bolesnik, po pravilu, na somatsku bolest reaguje narušavanjem sopstvenog skladnog mentalnog funkcionisanja. Najčešće ispoljeni simptomi u toj situaciji su *anksioznost*, *agresivnost*, *regresija* i *depresivnost*. Liezon psihijatrija zapravo i izučava te reakcije bolesnika na saznanje o somatskoj bolesti, odnosno poremećaje funkcije njegovih organa.

1. **Anksioznost** nastaje kao posledica saznanja o patološkom procesu na nekom svom organu. Recimo, kada bolesnik sazna da ima *ulkus ventrikuli*, on anticipira iznenadno krvarenje i plaši se da ga na vreme neće prepoznati ili neće dobiti adekvatnu medicinsku pomoć, pre svega hiruršku i da će tako iznenadno umreti zbog unutrašnjeg krvarenja. Bolesnik po pravilu teško podnosi predviđanja teškog kliničkog toka svog oboljenja.

2. **Agresivnost** je takođe čest simptom kao posledica saznanja o somatskoj bolesti. Zapravo, bolesnik projektuje osećanje nezadovoljstva svojim zdravljem i strepnju za ishod svoje bolesti na druge osobe iz okruženja. Agresivnost kao mentalni poremećaj u stanju somatske bolesti može biti i posuvraćena ka samom sebi, što se može završiti suicidom.

3. **Regresija** je oblik mentalne narušenosti funkcionisanja bolesnika nakon saznanja o teškoj somatskoj bolesti. Bolesnik primenjuje regresiju kao mehanizam odbrane Ega po psihodinamskom objašnjenju. Posledica je zavisnost od drugih, najčešće bližnjih osoba, a može ići do regresije na nivo ponašanja karakterističan za dečji uzrast. Ovde je u pitanju pasivno receptivna struktura ličnosti kojoj u razrešenju problema odgovara pozicija deteta kome je potrebna zaštita drugih, recimo majke.

4. **Depresija** je česta reakcija bolesnika na saznanje da je bolestan od somatske bolesti. Psihodinamsko objašnjenje ovako nastale depresivnosti vezuje se za premorbidnu rigidnu strukturu bolesnika, odnosno krut Super Ego koji funkcioniše po principu perfekcionizma.

STAV BOLESNIKA NA SAZNANJE DA BOLUJE OD SOMATSKE BOLESTI

Različiti su modeli ponašanja bolesnika u stanju somatskog oboljenja. **Liezon** psihijatrija se bavi izučavanjem ovog problema.

Somatska bolest uzrokuje različita ponašanja bolesnika zavisno od usvojenih kulturnih obrazaca ponašanja i naročito od prihvaćenog porodičnog modela ponašanja u bolesti.

– *Poznato je da se u nekim porodicama neguje pravi kult zdravlja, pa i najmanje narušavanje zdravlja izaziva neadekvatni intenzivni strah do paničnih reakcija.*

– *Društveni stav je da bolesniku pripada bolovanje.*

– *Neretko bolesnik, poveden iskustvom rente od bolesti, agravira (simulira) znake bolesti.*

– *Suprotno, bolesnik je nekada sklon disimulaciji (prikrivanje znakova bolesti). Bolesnik ponekad prikriva bolove ili ih minimizira, što lekar mora imati u vidu.*

Bolesnici uvek u situaciji razboleivanja od teže somatske bolesti menjaju svoju mentalnu skladnost, te se različito ponašaju. Ta ponašanja mogu biti: *aktivno sarađujući odnos, fajterski odnos, izbegavajući odnos i kapitulirajući odnos.*

1. **Aktivno sarađujući odnos** ili stav bolesnika prema svojoj somatskoj bolesti znači prihvatanje objektivnog stanja i maksimalnu saradnju sa lekarom. Lekar treba da insistira na ovakvom odnosu bolesnika negujući ga, jer je takav bolesnik sklon da se striktno pridržava svih uputstava i aktivno sarađuje.

2. **Fajterski odnos** prema somatskoj bolesti podrazumeva energičan stav bolesnika prema svom oboljenju, što je povoljno za poželjni krajnji ishod.

3. **Izbegavajući odnos** bolesnika po saznanju da je oboleo od somatske bolesti koja nije prognostički povoljna, bolesnik ne prihvata saznanje, odnosno negira bolest. Bolesnik u svojoj mentalnoj obradi odbacuje činjenice da postoje znaci oboljenja i samim tim ometa izlečenje jer se ne pridržava uputstava, ne uzima lekove u okviru terapije, ili odlaže i izbegava podvrgavanje dijagnostičkim procedurama.

4. **Kapitulirajući odnos** bolesnika prema svojoj bolesti, recimo unutrašnjih organa, podrazumeva njegovu predaju i nespremnost na saradnju sa lekarom – terapeutom. Ovakvi bolesnici imaju defetistički stav, često komentarišu da ne vredi uzimati lekove, ili podvrgavati se hirurškim intervencijama, recimo, jer tako mora da bude i da je to viša sila.

RAD LEKARA SA GERIJATRIJSKIM BOLESNICIMA

medicinskoontološka načela i problemi

"Starost je jedan vid samoće."

Horhe Luis Borhes

Preistorijska je potreba i želja, a reklo bi se i osnovni cilj čovekov, da što duže živi. Ovom cilju je podređena sveukupna nauka, a medicina je nadležna da realizuje taj cilj.

Civilizacija kojoj pripadamo se sve više odlikuje prepoznatljivom suštinom da se iz godine u godinu, iz decenije u deceniju, procentualno povećava broj ljudi starijih od 60. godina u odnosu na ukupnu populaciju. Naučna medicina našeg vremena izučava starenje čoveka kroz naučna otkrića starenja ćelije, tkiva i organa, sa ciljem da se maksimalno produži kvalitetan život do biološkog trajanja svake individue. Pre oko pola veka oformljena je i **gerontologija** kao posebna medicinska disciplina. Studenti medicine treba već tokom studiranja predmeta medicinska etika da steknu prva elementarna znanja iz oblasti gerijatrije.

Dalje povećanje broja starih osoba u ukupnoj populaciji izvesna je anticipacija za XXI vek. Involutivni period je uvod u staračko doba (senijum) jer se u involuciji zapažaju reduktivni procesi. Redukcija tkiva kroz gubitak ćelijskog kvantuma u senestenciji i senijumu izaziva poteškoće u održavanju homeostazne fiziološke aktivnosti organa i ljudskog organizma u celini. Slabe adaptacione mogućnosti i somatske i mentalne funkcionalnosti i redukuju se metabolički procesi u ćelijama remeti se acidobazna ravnoteža, a regeneracija ćelija i tkiva je sve insuficijentnija. **Nastanak bolesti u senijumu je očekivaniji nego u mladosti**, te se starost sa aspekta razboleivanja može smatrati *tempus minoris rezistence*.

Medicinskoetičke dileme i problemi vezani za period senijuma imaju sledeće razloge:

a) *Stara osoba ima naglašenu potrebu za povećanom pažnjom i angažovanjem drugih lica* zbog hipokinetike, te smanjene sposobnosti za obavljanje vitalnih aktivnosti, a na mentalnom planu se razvija klinička slika demencije, čime je otežan kvalitetan interpersonalni kontakt. Lekar ima posebnu etičku odgovornost u odnosu lekar - bolesnik, kada je u pitanju stara osoba, ali i posebnu medicinskoetičku dužnost da kvalitetnim odnosom sa bliskom rodbinom stare osobe doprinesu kvalitetu življenja svog pacijenta u starosti.

b) *Medicinskoetički stav lekara*, kao i zdravstvenih radnika prema starenju i starim osobama uopšte je posebna dimenzija i obaveza. Starost ne odlikuju lepota i zdravlje, a to su poželjne i prihvatljive osobine za sve, pa i za stavove lekara i zdravstvenih radnika. Bolest u starosti je uobičajena pojava, češća i frekventnija nego u mladih osoba.

c) *Lekar, kao i svi zdravstveni radnici, dužan je da koristi svoje znanje, a posebno znanje iz gerijatrije*, u edukativnom radu sa opštom populacijom, ali i starima, posebno sa njihovim rođacima, čime se, zapravo, prevenira ne samo bolest već i usporava starenje i produžava život. Starenje jeste neminovnost, ali se može usporiti, recimo preventivnim delovanjem u okviru zdravstvene zaštite na kardiovaskularnom preveniranju oštećenja, jer je čovek star onoliko koliko su mu stari krvni sudovi. Čovek je star i onoliko koliko se oseća starim, te je široko polje delovanja lekara, ne samo psihijataru već i svih zdravstvenih radnika na polju psihološko-psihijatrijske podrške starim pacijentima i pridobijanju za isto angažovanje njio-

vih bliskih srodnika. Geslo lekara i zdravstvenih radnika koje treba usvojiti bilo bi: "*Ne treba životu dodavati godine, nego godinama život.*"

d) *Medicinskoetička obaveza svih lekara, je da u inoviranju opusa svog medicinskog znanja prate i dostignuća u oblasti gerijatrije, naročito u oblasti psihogerijatrije.* Ispunjenje ove medicinskoetičke obaveze pretpostavlja kvalitetniji rad sa starim osobama.

Psihološke karakteristike starenja je potrebno da poznaju već studenti medicine, a posebno svi lekari, te i svi zdravstveni radnici.

1. Posebnost psiholoških karakteristika u starosti je u potrebi za povećanom negom. Čovek u starosti zbog redukovanih fizičkih i umnih sposobnosti zahteva pomoć drugih osoba.

2. Stil života se često sa psihološko-psihijatrijskog aspekta ne menja u starosti. Čovek u senijumu globalno nastavlja da živi stilom koji je navikao.

3. Čovek se u starosti upadljivije okreće svom unutrašnjem svetu, jer svesno uviđa da mu sposobnosti nisu kao ranije. Radi se, zapravo, o retrakciji ličnosti i retrakciji interesovanja.

4. Stav u supkulturnom miljeu našeg prostora, a i u civilizaciji uopšte poseban je prema starim osobama. Smatra se da ekstravagantnost posebno u odevanju ne pripada starima, a podrazumeva se da stari nemaju ni seksualni život (seksualnu aktivnost) što nije tačno.

5. Karakterne osobine se u starosti postepeno menjaju, neke odlike ličnosti se gube, a neke potcrtavaju, postaju izraženije. Poznato je da se u starosti potcrtavaju fundamentalne, bazične osobine ličnosti koje nisu bile naročito izražene tokom profesionalno aktivnog života, jer su prepokrivane i kontrolisane usvojenim moralnim i socio-normama.

6. Starost na kognitivnom planu objektivizuje životne promasaje rukovođene životnim iskustvom. To može biti uvod u involutivno, emocionalno stanje polarizovano u pravcu sete. Ego odbrambeni mehanizmi u starosti su najčešće usmereni na poricanje faktičkih sposobnosti sa odbrambenom verbalizacijom, "*ja sam još uvek mlad*", iskazani i kroz idealizaciju događaja i osoba iz ranijeg perioda. Česta su i kontrafobična ponašanja i držanja, kao i regresivni fenomen jer postoji i izreka da *čovek počinje kao dete i završava život kao dete*.

7. Starost odlikuje i pojava takozvanog *selektivnog memorisanja*. Fenomen selektivnog memorisanja odnosi se na memorisanje određenih stimulusa koji bi ugrozili kvalitet i vrednosti života kroz osećanje narušenog samopoštovanja. Neke stare osobe u odbrani Ega tendiraju sekundarnoj renti da bi je ostvarile kroz neurotična ispoljavanja i pribavile veću pažnju bližnjih i veće uvažavanje. Neretko se javlja prenaplaćena mentalna, ali i motorna aktivnost kao mehanizam odbrane od saznanja redukcije sveukupnih sposobnosti, te stare osobe često komentarišu da od silnih poslova i obaveza nemaju vremena da stare.

Medicinskoetički problemi iz oblasti gerijatrije se posebno izučavaju u disciplini psihijatrije nazvanoj psihogerijatrija.

RAD LEKARA SA HENDIKEPIRANIM BOLESNIKOM

medicinskoontološka načela i problemi

Pojam **hendikepirana osoba** – *invalidna osoba* odnosi se na telesna ili mentalna oštećenja trajne prirode.

Hendikepiranost se koristi i da označi urođeni nedostatak funkcije nekog organa, recimo nedostatak sluha, vida, ali se taj pojam proširio i na stečenu hendikepiranost (invalidnost). Hendikepiranost neretko podrazumeva oštećenje zdravlja na nivou onemogućavanja da hendikepirana osoba samostalno brine o osnovnim životnim funkcijama, oblačenju, hranjenju, kretanju, samostalnom obavljanju fizioloških potreba itd.

Međunarodna definicija oštećenja, odnosno invalidnosti, odnosno hendikepa je sledeća.

1. OŠTEĆENJE – *"U zdravstvenom smislu oštećenje je svaki gubitak ili nepravilnost psihološke, fiziološke ili anatomske građe ili funkcije."*

2. INVALIDITET – *"U zdravstvenom smislu invaliditet je svako ograničenje ili smanjenje koje proizlazi iz oštećenja, sposobnosti izvođenja neke aktivnosti na način ili unutar raspona koji se smatra normalnim za jedno ljudsko biće."*

3. HENDIKEP – *"U zdravstvenom smislu hendikep je poteškoća pojedinca, nastala zbog nekog oštećenja ili invaliditeta, koji ograničuje ili sprečava izvršenje funkcije koja je za tog pojedinca normalna (zavisno od doba, pola, te od socijalnih i kulturnih činilaca)."*

Podaci Svetske zdravstvene organizacije govore da u razvijenim državama procenat hendikepiranih u ukupnoj populaciji iznosi oko 10%. U tih 10% su i one invalidne osobe koje sebe u potpunosti zbrinjavaju i ne zahtevaju nikakvu pomoć drugog lica, recimo ljudi sa zubnim protezama, oštećenjem mirisa, nedostatkom jednog prsta ili dela prsta itd. Uprkos tome, ipak mora se priznati je procenat od 10% izuzetno visok.

Medicinskoetički stav prema hendikepiranima zasnovan je na sledećim načelima:

1. *Hendikepirani ima pravo na život i adekvatan kvalitet življenja kao i svaki član društva.*
2. *Hendikepirani ima pravo na zaštitu koju je dužna da mu obezbedi zajednica.*
3. *Hendikepirano lice najčešće nije to postalo svojom krivicom.*
4. *Hendikepirano lice ima pravo na pomoć drugog lica, ali i korišćenje svih tehničko-medicinskih dostignuća kroz savremena pomagala.*
5. *Obaveza zajednice je da ulaže napor na uklanjanju barijera za uključivanje hendikepiranih u životne standarde opšte populacije.*

Hendikepiranost etiopatogenetski može biti:

1. ***hendikepiranost od rođenja*** i
2. ***hendikep nastao tokom života.***

Mentalni stav samog bolesnika prema svom hendikepu je bitno različit u situaciji urođenog ili stečenog hendikepa.

Bolesnici sa urođenim hendikepom

Urođeni hendikep ili hendikep nastao u ranom detinjstvu podrazumeva po pravilu dobru i kvalitetnu psihološku adaptaciju te osobe na sopstveni nedostatak.

Često urođeno čulno hendikepirani mogu da posebno razviju kompenzatorno druge vrednosti kojima ostvaruju osećanje uvažavanja zdravih, ali i samouvažavanje, što je vrlo bitno. Ipak, lekar mora računati na povišenu psihičku fragilnost, ali i moguću narušenost mentalnog sklada u svake osobe sa urođenim ili u ranom detinjstvu stečenim hendikepom.

Bolesnici sa stečenim hendikepom

Stečeni hendikep podrazumeva invalidnost nastalu uglavnom tokom života, često u zreloj životnoj dobi. Takve osobe se teško ili nikada ne adaptiraju na svoju invalidnost.

Brojni ljudi sa stečenim hendikepom ne uspevaju da tokom svog preostalog života organizuju život na poželjno zadovoljavajući način. Ova lica imaju izražene smetnje iz opusa psihopatološkog ispoljavanja, od lakših do veoma teških, kao što su recimo trajna depresivna stanja. Odnos lekara i bolesnika sa stečenim hendikepom je veoma osetljiv i zahteva posebnu, dodatnu angažovanost lekara da se bolesnik ne oseća manje vrednim. Lekar u tretmanu bolesnih sa stečenim hendikepom mora uvek iskazati posebno strpljenje. *Lekar ne sme dopustiti da hendikepirana osoba zapazi njegov gest ili mimiku gadljivosti prema naruženosti u hendikepu.*

Medicinskoontološka načela rada obavezuju lekara da pored ličnog, adekvatnog stava računa da značajan broj osoba iz socio-sredine u kojoj hendikepirani živi, nerado komunicira sa hendikepiranim licem. Te osobe to čine projektujući nedostatak unutrašnjih psiholoških, ličnih vrednosti u drugog, u ovom slučaju u hendikepirano lice.

Medicinskoontološki lekar, kao i drugi zdravstveni radnici treba da zna posebnost i specifičnost formirane psihologije u stečeno hendikepiranih osoba u odnosu na način nastanka invaliditeta. Recimo, različit je psihološki stav i prihvatanje svoje invalidnosti u ratnih vojnih invalida u odnosu na invalidnosti nastale neoprezom u mirnodopskim uslovima ili u saobraćajnim nesrećama.

Medicinskoetički se može govoriti o specifičnostima u sledećim vrstama hendikepa i modalitetima tih hendikepa:

1. *medicinskoetički stav prema licima sa urođenim anomalijama;*
2. *medicinskoetički stav prema stečenim mentalnim hendikepima, a posebno prema urođenim;*
3. *medicinskoetički stav prema čulno hendikepiranim licima;*
4. *medicinskoetički stav prema invalidima rada;*
5. *medicinskoetički stav prema ratnim vojnim invalidima;*
6. *medicinskoetički stav i problemi u veštačenju i ekspertizi u slučaju stečenog hendikepa;*
7. *medicinskoetički aspekti prevencije stečenih hendikepa u ranom detinjstvu.*

RAD LEKARA U EPIDEMIOLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Epidemiologija je posebna grana naučne medicine koja izučava rasprostranjenost neke bolesti u narodu. Savremena epidemiologija se bavi proučavanjem distribucije obolevanja ili umiranja u ljudskoj populaciji. Epidemiologija time postaje disciplina u okviru svake grane savremene naučne medicine te u tom pravcu i teče njen razvoj.

Epidemiologija svoja interesovanja posebno usmerava na utvrđivanje ne samo ukupnog broja obolelih od neke bolesti već i na broj novih slučajeva te bolesti, obično tokom kalendarske godine. Medicinskoontološka načela su bitna za lekara specijalistu epidemiologije, posebno epidemioloških istraživanja u oblasti zaraznih i infektivnih bolesti. Moguća medicinskoetička i medicinskopravna ogrešenja lekara u epidemiološkim istraživanjima su česta, time i odgovornost epidemiologa.

Istorijski epidemiologija prati razvoj medicine. Sigurno je i pre više milenijuma lekari-ma bilo bitno da utvrde razmere bolesti i razloge razbolevanja, posebno masovnih. Poznato je da su Evropu od VII do sredine XX veka zadešavale masovne zaraze kuge i odnele na stotine miliona ljudskih života. Ondašnji lekari to nisu znali, a mi danas sa pravom možemo konstatovati da su vaši, buve i komarci ubili više ljudi sigurno nego sva koplja, strele, mačevi, pa i puške u hiljadugodišnjim ratovanjima evropskih država.

Epidemiologija danas treba da praktičnoj i istraživačkoj medicini omogući:

1. objašnjenja pojave bolesti u nekoj populaciji ili suppopulacionim grupama;
2. identifikaciju riziko-faktora za nastanak bolesti u datoj populaciji;
3. procenu individualnih rizika za pojavu neke bolesti;
4. utvrđivanje toka i ishoda nastale bolesti ili epidemije;
5. utvrđivanje izvora i puteve epidemijske ekspanzije date bolesti;
6. definisanje prioriteta u preduzimanju mera od strane zdravstvenih službi i zajednice;
7. procenu kvaliteta i efikasnosti mera na suzbijanju bolesti i lečenju i
8. pomoć ministarstvu zdravlja u formulisanju i sprovođenju zdravstvene politike.

Epidemiologija i lekari specijalisti ove medicinske grane danas imaju izuzetnu medicinskoontološku odgovornost u predviđanju i suzbijanju brojnih zaraznih bolesti. Najteže zarazne pošasti našeg vremena su SIDA, hepatitis "C" i ptičji grip. Odgovornost epidemiologije je u pravilnom programiranju i složenim anticipacijama masovnih pankontinentalnih vakcinacija za bolesti koje su praktično eradikirane (variola, rubeola, morbile, pertusis, difterija itd.). Odgovornost je isključivo na epidemiolozima da li vakcinacije recimo protiv rubeole nastaviti i trošiti ogromna materijalna sredstva ili zbog korišćenja tih sredstava u druge svrhe rizikovati masovne kontinentalne epidemije. Skoro sedam decenija nema rubeole u nekim razvijenim zapadnim zemljama. Ako bi se prekinula vakcinacija, da li bi se ponovila situacija u istoriji medicine poznata na Farskim ostrvima kada su morbile desetkovale stanovništvo dolaskom Engleza, jer više generacija pre toga u autohtonom stanovništvu nije bolovalo od morbila. Značaj epidemiologije je i u programima za zdravu životnu sredinu, zdravu hranu i zdravu vodu za piće, kao i u suzbijanju savremene neinfektivne pandemije (zavisnost od droga).

RAD LEKARA U STOMATOLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

Stomatologija je po svemu posebna medicinska disciplina. Lekar stomatolog se bavi bolestima zuba i organa i tkiva usne duplje. Medicinskoetički značaj lekarskog rada u stomatologiji, odnosno rada lekara stomatologa, izuzetno je veliki, ali i veoma specifičan. *Stomatologija se bavi lečenjem zuba i bolestima usta, a medicinskoetički aspekt posebnosti baš se bazi- ra na tim organima jer su oni na licu stalno vidljivi.* Lepota, negovanost i očuvanost zuba su kvalitet izuzetne psihološke vrednosti za čoveka, kao i usta u celini.

Medicinskoetički problemi vezani za rad lekara stomatologa su svakako brojni, a mogli bi se podeliti u sledećih nekoliko kategorija:

1. *medicinskoetički problemi rada stomatologa i njegov odnos prema bolu pacijenta,*
2. *medicinskoetički problemi konkurencije u radu lekara stomatologa,*
3. *medicinskoetički problemi vezani za estetiku u protetskom radu lekara stomatologa i*
4. *materijalno, ekonomsko vrednovanje usluga lekara stomatologa sa etičkog aspekta.*

1. **Medicinskoetički problemi rada lekara stomatologa i njegov odnos prema bolu pa- cijenta** su posebni. Bol je u stomatologiji za razliku od drugih medicinskih oblasti klinički veoma bitan ali i patološki kvalitet *per se*. Bol pripada i zaštitnim mehanizmima i sistemima ličnosti na *imunološko-čelijskom nivou* i *autonomno-urgentnom nivou* koji se odnosi na odbranu celog organizma, recimo od obimnih telesnih povreda. Bol je značajan dinamogeni faktor i mobilizator odbrambenih reakcija u sistemu zaštitnih mehanizama čoveka. Percepcija i reakcija na bol po intenzitetu nisu u skladu sa obimom lezije – tipičan primer je zubobolja kao intenzivna patnja (a najčešće je oštećena samo pulpa) zbog bola praćenog strahom.

Značaj zuba veoma je bitan za svakog čoveka, a posebno za pacijenta koji traži stomatološku uslugu – od protetičkih radova, preko plombiranja, raznih tehnika lečenja, ili lečenje bolesti usta. Lekar stomatolog je obavezan po načelima medicinske etike da čuva tajnu vezanu za higijenu i negu zuba i usta, ali i druge aspekte koje pri pregledu sazna ili utvrdi.

Odnos lekar stomatolog – pacijent ima svoje specifičnosti, ali i sve karakteristike odno- sa lekar – bolesnik. *Specifičnosti su uvek posebna anksioznost pacijenta kada seda na stoma- tološku stolicu i lekar stomatolog ne bi smeo da zloupotrebljava to stanje svog pacijenta.* Na- protiv, treba da ohrabri pacijenta. Lekar stomatolog ne sme svojim stavom da izazove pove- ćanu strepnju od neprijatnosti i bolova koje i inače pacijent doživljava pri saniranju njegovog bolesnog zuba. Lekar stomatolog sa medicinskoetičkog aspekta je dužan da vrednuje bol svo- jih pacijenata, jer je trigeminalni bol jedan od najintenzivnijih koje čovek može da doživi.

2. **Medicinskoetički problemi konkurencije u radu lekara stomatologa** su danas u sto- matološkoj praksi izuzetno česti. Stomatologija sa svojim specijalnostima i supspecijalnosti- ma je svugde u svetu u savremenoj civilizaciji veoma poželjna i unosna profesija sa aspekta materijalnih ostvarenja. Medicinskoetički aspekti obavljanja lekarsko stomatološke struke na-

lažu uzdržljivost od nekorektnog komentara i korektnost prema kolegama stomatolozima. Nedopustivo je i etički neprihvatljivo komentarisati rad svog kolege. "*Borba za pacijenta*" u radu lekara stomatologa ne sme biti zasnovana na omalovažavanju rada kolega konkurenata, već može samo biti zasnovana na ličnom kvalitetu, znanju stomatologije i stručnoj veštini rada i pruženog kvaliteta usluge bolesniku.

3. Medicinskoetički problemi vezani za estetiku protetičkih radova lekara stomatologa su posebna specifičnost stomatološke profesije. *Lekar stomatolog je u prilici da doprinese kvalitetu ukupnog življenja pacijenta preko estetskog kvaliteta svoje zanatske usluge u protetičkim radovima.* Do pre nekoliko decenija stavljanje zlatnih navlaka na bolesne zube, koje se vide pri otvaranju usta, posebno pri smehu, bio je statusni simbol. Lekari stomatolozi i danas skupim materijalima, ali i skupim i komplikovanim procedurama u protetici doprinose estetskom izgledu ovih tako važnih i stalno vidljivih organa kao što su zubi. Kvalitetan rad stomatologa je vidljiv a pacijentu donosi sigurnost u interpersonalnoj komunikaciji pokazivanjem lepote svojih zuba. To je posebno značajno u pojedinim profesijama. Medicinskoetički problem ovde ima jednu posebnu dimenziju, jer lekar stomatolog treba da izbegne ličnu, narcističku zamku, tj. izbegne podsvesnu potrebu naruženja svog pacijenta.

4. Materijalno vrednovanje usluga lekara stomatologa sa etičkog aspekta proističe iz važnosti samih zuba za svakog čoveka te time vrednosti i značaja stomatoloških usluga. *Ekonomski merkantilni razlozi ne smeju sa medicinskoetičkog aspekta biti nikada primarni u radu lekara stomatologa.* Samo na kvalitetu date usluge stomatolog treba da zasniva svoju dobit prodajući isključivo profesionalnu veštinu. Skoro da nema medicinske discipline koja je tako unosna. Humanistički stav i humanistički odnos lekara prema pacijentu u stomatologiji treba stalno osvežavati. Posebno je to potrebno danas u našoj zemlji, kada rad stomatologa prelazi u privatnu praksu i trpi devijacije u smislu stavljanja u drugi plan kvaliteta stomatoloških usluga.

Nije pretenciozno reći da bi stomatolozi trebalo više od svih drugih lekara da uporno i predano rade na stomatozdravstvenom prosvetivanju opšte populacije i utiču na zdravstvenu politiku zajednice.

Stomatolog mora da uvažava pored somatskog i estetskog posebno psihološku dimenziju pacijentovog doživljavanja izvedenih protetičko-stomatoloških radova. Stomatologija je po novim saznanjima naučne medicine veoma bitna za trudnicu i ishod trudnoće (bez patoloških promena i za rađanja zdravog deteta).

Stomatolog direktno stavom i držanjem utiče da se u odnosu stomatolog – pacijent formira jedna od tri moguće situacije:

1. *Bezlična forma* – pacijent je potpuno pasivan.
2. *Forma saradničke usmerenosti* – pacijent sa punim poverenjem automatizovano izvršava sve naloge stomatologa.
3. *Forma uzajamne saradnje* – odnos dogovora zasnovanog na prethodno ostvarenom međusobnom poverenju.

Empatija a ne agresivnost stomatologa treba da je prisutna u svakoj situaciji uspostavljenog odnosa stomatolog – pacijent. Medicinskopravna odgovornost stomatologa je vrlo moguća posledica kliničke stomatološke prakse.

RAD U FARMACIJI I APOTEKARSTVU

medicinskoetički aspekti i problemi

"Kada bi smo lekarima uzeli iz ruku i sve lekove, oni bi i dalje bili predvodnici društva."
Arateus, Kapadokijski lekar

Farmakologija je naučna oblast koja se ekspanzivno razvila do neslučenih granica, naročito u drugoj polovini XX veka, odnosno posle završetka Drugog svetskog rata do danas. Farmacija u medicini je stara koliko i sama medicina.

Čovek je sigurno oduvek pokušavao da upotrebi neki lek kad je bolestan. Korišćenje farmakoloških supstanci u lečenju bolesnika i na samom početku XXI veka su najmoćnije terapijske procedure naučne medicine u vršenju lekarske struke. Nesporno je da je farmacija, odnosno otkriće novih farmaceutskih supstanci, pokrenula bitna naučna istraživanja u oblasti molekularne biologije, medicinske biohemije, neurofiziologije, genetike i drugih koje su suština daljeg razvoja savremene naučne medicine i njenih domašaja.

Medicinskoontološka načela i medicinskoontološki problemi vezani za oblast farmakologije i farmaciju uopšte, imaju dva nivoa.

Prvi nivo su medicinskoetički problemi i mogući medicinskopravni problemi vezani za farmaciju kao privrednu delatnost i marketing. Marketing u farmaciji je ponekad nekorektan i nelojalan da bi se lek, odnosno farmakološka supstanca koju proizvodi data farmaceutska fabrika što više prepisivao i koristio.

Drugi nivo medicinskoontoloških problema je vezan za odluku lekara da propisuje baš određeni lek u često širokoj lepezi mogućeg izbora terapijskih farmakoloških supstanci.

Medicinskoontološki problemi su posebno prisutni u proizvodnji i plasmanu farmaceutskih supstanci –lekova. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije preko 65.000 je registrovanih lekova u svetu. Prva dilema je da li stvarno postoji dovoljno hiljada farmakoloških supstanci koje mogu poneti atribut lekovitosti. Svakako da to argumentovano nije moguće. Farmaceutska industrija je veoma razvijena, naročito u razvijenim i bogatim zemljama Zapada. Naravno da brojnost farmaceutskih supstanci - lekova i obim proizvodnje diktiraju poseban marketing gde su moguća neetička činjenja da bi se ostvarila materijalna dobit prodajom lekova. Lekar u interesu činjenja samo dobra svom pacijentu mora ovo imati u vidu i obavestiti se o svakom leku koji odabere pri proskripciji svom pacijentu. Neophodno je da u detalje poznaje farmakodinamiku i farmakokinetiku tog leka, kao i njegov hemijski sastav. Etička ogrešenja profesionalnih lica u farmaceutskim fabrikama i institucijama farmaceutske distribucije su moguća i brojna ali na njih lekari i drugi zdravstveni radnici ne mogu bitno uticati. Izuzetak je eksperimentalni, istraživački i naučni rad u projektima vezanim za farmakološke supstance u kojima lekar učestvuje.

Medicinskoontološki problemi u prepisivanju farmakoterapijskih supstanci odnosno lekova su posebni a mogući. Medicinskoetička i medicinskopravna ogrešenja vezana za proskribovanje lekova od strane lekara mogu nastati iz dva razloga.

1. ***Nedovoljno znanje lekara o leku koji propisuje svom pacijentu je relativno česta pojava i povezana je sa sudskomedicinskom odgovornošću.*** Obaveza lekara specijalista i supspecijalista je da svoja znanja o leku koji je u opticaju za određenu bolest ili otklanjanje određenih simptoma ne ograniči na prospekt ili ispričanu marketinški hvalospevnu priču akvizitera fabrike koja lek licencno pušta u promet. Lekar je dužan da poseduje znanje iz farmakologije, a o svakom pojedinačnom leku i precizna znanja iz farmakokinetike i farmakodinamike njegovog dejstva, odnosno o njegovoj biološkoj raspoloživosti. Neophodno je da lekar poznaje i hemijski sastav leka, očekivane povoljne efekte, ali i sve moguće nepoželjne nus-efekte po pacijenta. Takođe je neophodno da lekar poznaje i interreakcijska hemijska događanja i promene ukoliko se nameravani lek daje sa nekim drugim lekovima.

2. ***Etički defekt u vršenju lekarske struke*** je posebna dimenzija medicinskoetičkog i medicinskopravnog problema vezana za propisivanje lekova bolesniku. Lekari su često u situaciji da iz ekonomskih razloga, ali i afirmativnih i istraživačkih, neki marketinški dobro obrađen lek i plasiran u stručnoj medicinskoj javnosti češće propisuju bolesnicima. Nekada se takvo propisivanje leka od strane lekara čini i u onim bolesnim stanjima gde supstanca po indikacijama svoje primene i nije neophodna, ili čak nema mesta. Sve to iz razloga da bi se povećao promet tog leka i recimo, ostvarila materijalna podrška tom lekaru od strane farmaceutske fabrike ili farmaceutske kuće koja vrši distribuciju odnosnog leka. Ovo je moguće jer je poznata činjenica da farmaceutske fabrike i farmaceutske distributivne ustanove lekova materijalno podržavaju istraživače i istraživačke projekte u humanoj medicini. Potrebno je zato da načelno o ovim medicinskoetičkim problemima budu upoznati i studenti medicine, a lekari u praksi posebno i obavezujuće.

Medicinskoontološki problemi u oblasti farmacije postoje i u ***postupanju sa eksperimentalnim životinjama u farmakološkim istraživanjima***. Ovaj aspekt etičkog i pravnog ogrešenja o eksperimentalne životinje je već raspravljan u ovom udžbeniku. Podsećanja radi, pomenimo načela Svetskog medicinskog udruženja i Svetske zdravstvene organizacije po tom pitanju. Rezolucija Svetskog medicinskog udruženja je u Ženevskoj konvenciji 1985. godine dala međunarodna načela za biomedicinska istraživanja na životinjama kao obavezujuće predloge za istraživače u biomedicini svih zemalja. Rezolucija je usvojena u Hong kongu na 41. skupštini Svetskog medicinskog udruženja 1989. godine. Navedena deklaracija i rezolucija obavezuju na humano postupanje sa životinjama i nalažu bezbolno žrtvovanje životinja i modela u istraživanjima. "*Sa životinjama u eksperimentu ima se postupati kao sa bićima koja osećaju i smatrati etičkim imperativom njihov valjan uzgoj i upotrebu, te izbegavanje i svođenje na najmanju meru neugodnosti, patnje i bolova.*" Jasan je poseban medicinskoetički aspekt i postojanje medicinskoetičkih problema u ovoj oblasti.

Specifični su medicinskoontološki problemi rada farmaceuta u apoteci - instituciji gde se čuvaju i ponekad spravljaju lekovi. **Apotekar izdaje lek samo propisan na lekarski recept.** Ovo je tradicija u medicini stara više milenijuma. Apoteka po svojoj suštini nije prodavnica, odnosno uobičajena trgovina iako je pojednostavljeno često tako shvaćena. Medicinskoetička načela obavezuju farmaceuta u apoteci da poštuje profesionalna načela i izbegava sledeće moguće etičke greške.

1. **Apotekareva komunikacija sa bolesnikom prilikom izdavanja leka na recept u apoteci ima obavezujuće etičke principe.** Farmaceut tokom radnog vremena komunicira sa više desetina pacijenata – bolesnika ili članova njihove porodice. Apotekar treba da zna da bolesnik ne dolazi u apoteku po svom izboru kao u trgovinu nego po prekoj potrebi da uzme lek koji će eliminisati njegove tegobe. Ti pacijenti mogu biti agresivni, napeti, nestrpljivi, depresivni sa izmenama skladnog mentalnog funkcionisanja itd. Od apotekara se očekuju strpljivost, ljubaznost, toplina.

2. **Kontrolisanje lekarskog recepta pri izdavanju leka** je profesionalna obaveza apotekara. Medicinskoetički aspekt ove obaveze je jasan. Farmaceut je milenijumima proizvedena ruka lekara, odnosno završnica odnosa lekar – bolesnik. Apotekar je dužan da prekontrolise usklađenost naziva leka, njegovog hemijskog sastava i dijagnoze upisane na receptu, kao i doze i oblika propisanog leka. Medicinskoetičko načelo i pravilo je da apotekar finalizuje i bez pogovora izvršava nalog na lekarskom receptu. Međutim, ukoliko uoči grešku, dužan je da odmah uspostavi komunikaciju sa lekarom koji je lek propisao i obavesti ga o uočenoj pogrešci u dozi ili recimo u načinu aplikacije. Ova etička obaveza apotekara oslonjena je na 2.500 godina staru Hipokratovu zakletvu u onom delu gde se govori: *"Moje kolege su moja braća i sestre."* Pošto je farmaceut ipak zdravstveni radnik i ova njegova obaveza je samo u kontekstu medicinskoetičkog načela: *"Uvek i sve činiti u korist i na dobro bolesnika."*

3. **Farmaceut često daje savete pacijentu.** Etičke zamke ali i medicinskopravne za apotekara u ovoj neizbežnoj situaciji su sledeće. Neophodno je da se apotekar ograniči na komentare i davanje saveta vezanih samo za farmakološka svojstva leka. Umerenost i limitiranost apotekarevih komentara je njegova etička obaveza. Etičko ogrešenje će apotekar učiniti kada se upusti da bolesniku daje savete van svoje kompetentnosti, odnosno stručnog znanja iz medicine. Studiranje farmacije ne pruža farmaceutu znanje iz oblasti medicine i njenih kliničkih disciplina, dakle u tom delu apotekar je laik i bez obzira na farmaceutsko iskustvo nije kompetentan.

4. **Apotekarski rad i finansijska dobit** otvaraju posebne i nove medicinskoontološke probleme. Danas su u našoj zemlji brojne privatne apoteke. Farmaceut je time doveden u situaciju etičkog ali i pravnog ogrešenja jer je zainteresovan da proda što više lekova i tako zaradi. Etička ogrešenja apotekar čini u našoj zemlji danas, nažalost, "potpuno legalno" jer prodaje lek bez lekarskog recepta. Apotekar čak i raspravlja sa pacijentom o tegobama i predlaže mu iz svog asortimana više lekova, često insistirajući na onom koji je skuplji, tvrdeći da je "bolji."

RAD LEKARA U KLINIČKOJ FARMAKOLOGIJI

medicinskoontološka načela i problemi

"Lekovi su božansko dobročinstvo."

Herofilus

Metoda ispitivanja lekova na ljudima je vezana za kliničku farmakologiju kao posebnu granu medicine. Klinička farmakologija kao nauka se između ostalog bavi ne samo postavljanjem etičkih normi, već i razradom pravilne tehnike izvođenja kontrolisanog kliničkog oglada sa lekovima. Neophodno je sa aspekta medicinske etike eksperiment sa lekovima u okviru kliničke farmakologije sprovoditi sa što manje rizika po ispitanika, bilo da se radi o terapijskom ili neterapijskom karakteru eksperimenta, a da se poštuje princip ostvarenja što veće koristi za napredak nauke, odnosno medicine. Terapijski ogledi imaju za zadatak da utvrde terapijske vrednosti leka u klinici, različito oblikovanim ogledima. Terapijski ogledi u kliničkoj farmakologiji treba da se zasnivaju na upoređivanju efekata dva ili više načina lečenja, koji se sprovode pod istim uslovima, u isto vreme, na približno podjednako teškim bolesnicima.

Neterapijski eksperimenti su takođe veoma važni i bave se izučavanjem efekta leka na organizam zdrave osobe, ispitivanjem kretanja leka u organizmu, proučavanjem odnosa datih doza i ostvarenih koncentracija u tkivnim tečnostima, kao i utvrđivanje puteva metabolisanja leka u organizmu čoveka.

Nozološka dijagnostika (kauzalna dijagnoza) brojnih bolesti i stanja nije moguća još uvek u naučnoj medicini. Zato se u terapiji primenjuje:

a) **Sindromološki terapijski pristup** – to podrazumeva u farmakologiji uvođenje ciljanog leka za sindrome na primer, lek za glavobolju, mučninu, povraćanje itd. *Ciljana farmakoterapija* nema tendenciju kauzalnog lečenja, ali postignutim uspešnim efektima uklanjanjem simptoma ili sindroma činjenično je uspešna.

b) **Kauzalna (etiološka) farmakoterapija** – podrazumeva da lek trajno uklanja uzrok bolesti a posledica je definitivno izlečenje ili poboljšanje naročito kod hroničnih bolesti.

Medicinskoetički stavovi u primeni lekova a posebno novih ili ispitivanja novih supstanci na ljudima su primarno zasnovani na poštovanju interesa bolesnika. Obaveze i odgovornost lekara u kliničkom ispitivanju lekova reguliše Helsinška deklaracija.

Dešifrovanje ljudskog genoma dovelo je do usvajanja saznanja o životnim procesima na molekularnom nivou i otkrivene su moguće najsuptilnije promene koje stoje u osnovi zdravlja i bolesti. Već smo u eri kliničke primene genske terapije *in vivo* posredstvom tzv. **molekularnog konjugata**. Nova medicinskoontološka načela i problemi u farmakologiji budućnosti su tek u naznaci i njena perspektiva.

Danas praktično sve zemlje sveta imaju pozitivno zakonodavstvo kojim je uređen promet lekova, kao i niz podzakonskih akata koji čine sistem propisa kojima se reguliše uvođenje novih lekova. Osnovni principi izvođenja kontrolisanog kliničkog oglada primene lekova detaljno se proučavaju u predmetu kliničke farmakologije tokom medicinskih studija.

TRANSPLANTACIJA TKIVA I ORGANA

medicinsko-ontološka načela, dileme i problemi

Transplantacija tkiva i organa je savremena terapijska metoda.

Razvojem naučne medicine u terapijsku praksu je uvedena transplantacija tkiva i organa.

To je danas najefikasnija i najpoželjnija metoda lečenja bolešću ili povredom, trajno oštećenog tkiva ili trajnog prestanka rada organa važnih za život.

Transplantacija (*transplantatio*), predstavlja postupak presađivanja tkiva ili organa sa jednog mesta na drugo i može biti:

1. **autotransplantacija**, ako se obavlja na istom čoveku,
2. **homo transplantacija**, sa jednog na drugog čoveka,
3. **hetero transplantacija**, ako se izvodi sa jedinke jedne vrste na drugu vrstu.

Istraživanja mogućnosti transplantacije tkiva i organa datiraju od početka XX veka, a izvodi se oko 70 godina. Danas se uspešno presađuju osim tkiva, čitavi organi. Transplantuju se bubrezi, rožnjača, kosti, srce, jetra, pankreas, krvni sudovi i dr.

Lečenje transplantacijom visceralnih organa je dostiglo nivo rutinske prakse u poslednje 4 decenije, jer je prva transplantacija bubrega izvedena 1954. godine. Godine 1963. prvi put je transplantirana jetra, a pankreas i srce već 1967. godine i 1969. godine srce sa plućima. Uvođenje transplantacije visceralnih organa izazvalo je nove medicinskoetičke probleme i dileme, tako je 39 zemalja do 1987. godine donelo zakonske propise koji regulišu davalatstvo organa za transplantaciju, ali i sve detalje vezane za postupak transplantacije. Dostignuta tehnika transplantacije organa do ovog momenta i rutinska praksa ovog načina lečenja, ipak su donele rešenja u okviru etičkih problema vezanih za davalatstvo organa.

Da bi se dobro obavila transplantacija, neophodno je prvo razrešiti kompatibilnost organa koji se uzima za transplantat sa organizmom u koji se presađuje. Tako su na poslu transplantacije uvek angažovani multidisciplinarni specijalistički i supspecijalistički timovi: hirurgi, imunolozi, biohemičari, farmakolozi, neuropsihijatri, internisti, kardiolozi itd.

Transplantacija je dospela u žižu interesovanja i rasprava u naučnim medicinskim krugovima. Rasprave se vode u oblasti medicinske etike, prava, filozofije, ekonomije, sociologije, religije, što je samo pokazatelj izuzetnog interesa i značaja transplantacije za pojedinca (bolesnika ili potencijalno bolesnog), ali i za društvo u celini.

Osnovna medicinska pitanja koja otvaraju medicinskoetičke i pravne probleme su:

1. **Pravilno i dobro postavljena indikacija** za transplantaciju je izuzetno složen proces. Transplantacija organa je hirurški zahvat visokog rizika, te su indikacije i odluka vrlo složeni i obavezuju na primenu svih dijagnostičkih i laboratorijskih procedura dostignutih u naučnoj medicini. Postavljena indikacija za zamenu, naročito neparnih organa, mora se bazirati na apsolutno indikovanoj svrsishodnosti takvog zahvata, sobzirom na rizik, dužinu i kvalitet života primaoca organa i mora mu biti predočeno da se za zamenu organa odlučuje on, slobodnom voljom. Indikacija za transplantaciju, posebno ne sme biti motivisana željom lekara da dokaže svoju veštinu, stekne afirmaciju, ugled i slavu i izađe iz anonimnosti.

2. **Odbacivanje transplantata** - transplantiranog, odnosno presađenog organa ili tkiva od strane primaoca, ključ je za uspeh transplantacije kao zahvata. Današnja naučna medicina omogućava stručnom timu za transplantaciju, utvrđivanje histokompatibilnosti davaoca (donora) i primaoca transplantata, zatim primenu imunosupresivne terapije (*citosporina*, *kortikosteroida* i dr.), te ovim i brojnim drugim dostignućima podiže na zavidan nivo uspešnosti izvedene transplantacije, a rizik od odbacivanja transplantata svodi na minimum.

3. **Uspeh transplantacije organa ili tkiva** zavisi i od potrebnih i pribavljenih pojedinstvi o podobnosti davaoca da bude donor. Postoje opšti i posebni medicinski kriterijumi koji su protokolarno utvrđeni, ali se i stalno dograđuju, za procenu podobnosti davaoca organa ili tkiva. Davalac transplantata ne može biti ona osoba koja ima opštu infekciju, sindrom stečene imunodeficijencije (HIV infekcija), virusni hepatitis, virusni encefalitis, Gullian-Barreov i Strohlov sindrom, uživatelj droga - heroinoman, osoba sa malignim oboljenjem osim primarnog tumora mozga i akutnom tuberkulozom. Bitna je i starosna granica za donora - davaoca za svako tkivo ili organ, što je protokolarno utvrdila *Pitsburška fondacija*.

4. **Transplantacija – presađivanje, i prezervacija – čuvanje uzetih organa ili tkiva od donora** – davaoca, mora se izvesti u skladu sa pravilima nauke, struke, etike i prema pravnim normama o regulisanju transplantacije. Sa hirurškog aspekta današnjeg dometa savremene hirurgije, samo uzimanje transplantata, nije poseban problem, ali se svakako i dalje usavršava.

5. **Čuvanje organa (prezervacija)** složenije je od samog uzimanja (*ekspanzija*), jer sa prestankom cirkulacije i oksigenacije po uzimanju nastupaju u tkivu i organu metabolički i drugi postmortalni procesi koji dovode do morfofunkcionalnih promena na transplantatu, što limitira podobnost za upotrebu. Navedeni procesi počinju još u samom organizmu, neposredno po prestanku osnovnih vitalnih funkcija ako se transplantat uzima sa leša. Čuvanje i održavanje tkiva ili organa uzetog za transplantaciju u različitim rashlađenim rastvorima - *hladna ishemija*, veoma je složen problem i iziskuje stalna usavršavanja da bi se transplantat što duže očuvao u morfofunkcionalnoj podobnosti za upotrebu.

Konačno, **transplantacija tkiva i organa je vrhunski oblik lečenja i izvor nesagledive nade obolelih u izlečenje, ali, nedostatak i tražnja organa za transplantaciju, mogu biti izvor kriminalnih činjenja**. Na početku primene ove terapijske metode, izvor je bila samo živa osoba, a sa napretkom naučne medicine i ostvarenih novih naučnih saznanja, transplantati se uzimaju isto tako uspešno i *post mortem* – sa leša.

TRANSPLANTACIJA TKIVA I ORGANA SA ŽIVOG DAVAOCA

Medicinskoetički i medicinskopravni problemi transplantacije organa sa živog davaoca su brojni. Donor mora biti u potpunosti upoznat i na pravi način informisan o svim elementima transplantacije. Posebno, o mogućim posledicama zbog oduzimanja tkiva i organa, što je suštinski medicinskoetički problem. Donator slobodnom voljom odlučuje o davanju organa. Pitanje slobodne volje i valjanosti pristanka je neretko problematično, jer kako se najčešće radi o srodnicima, roditeljima, deci, braći, sestrama, pristanak može biti iznuđen raznim oblicima pritiska, od prigovarjanja, pa sve do ucene i pogodbu. Ukoliko se ne radi o donoru srodni-

ku, samo davalatstvo može poprimiti kriminalne oblike - karakter trgovine i drugih utilitarnih motiva, sve do ucena i stvaranja zavisnosti primaoca od davaoca. *Posebni problem mogu biti davaoci koji su na izdržavanju kazni zatvora.*

Strogo se mora voditi računa da davanje tkiva ili jednog od parnih organa samo po sebi predstavlja narušavanje celine organizma, a po definiciji zdravlja i da u manjoj ili većoj meri nosi sledeće rizike:

1. rizik samog izvođenja operacije pri uzimanju tkiva ili organa,
2. postoperativni rizik,
3. u manjoj ili većoj meri umanjenje radne i opšte životne sposobnosti donora,
4. moguću invalidnost davaoca,
5. umanjenje kvaliteta življenja davaoca i
6. ugrožavanje života davaoca.

Lekar koji radi transplantaciju odgovoran je za poštovanje potpune dijagnostičke procedure u smislu indikacija zahvata na primaocu. Ove norme reguliše Helsinška deklaracija, kao i Internacionalni kodeks etike zdravstvenih radnika sa međunarodnim pravima o biomedicinskim istraživanjima na ljudima, donet u Ženevi 1982. godine.

Pri presađivanju organa sa živog davaoca, neophodno je ispuniti sledeća četiri uslova:

1. pristanak davaoca,
2. srazmernost davaočevog rizika i izgleda da presađivanje uspe,
3. pristanak primaoca,
4. medicinska opravdanost zahvata.

Neispunjenje nekih od ovih uslova ili nepotpuno ispunjenje, apsolutno isključuje pravo na pristupanje transplantaciji kao terapijskom postupku.

TRANSPLANTACIJA TKIVA I ORGANA SA LEŠA

Uzimanje tkiva i organa od živih osoba radi transplantacije je relativno ograničeno rešenje, te su bolje mogućnosti ostvarene uzimanjem tkiva i organa sa umrlih osoba, odnosno od pokojnika – *kadavera (leševa)*.² Smrt predstavlja ireverzibilni prestanak akcije srca (cirkulacije), funkcije disanja (respiracije) i funkcionisanja centralnog nervnog sistema. Lekar dijagnostikuje smrt primenom medicinskog znanja o smrti i aparata, tj. utvrđuje da li postoje ili ne postoje navedene funkcije. Važno je pri dijagnostici smrti isključiti tzv. prividnu smrt - *vita minima sou reducta – vitalne funkcije su svedene na minimum*, te takva osoba izgleda mrtva. Kliničkim metodama utvrđen prestanak funkcija cirkulacije, respiracije i funkcije centralnog nervnog sistema označava se kao *klinička smrt*.

² Autor ovog udžbenika je bio zapaženi član multidisciplinarnog transplantacionog tima lekara pri izvođenju prve transplantacije srca i jetre u našoj zemlji, u Beogradu, 1995. godine.

Medicinskoetički, a i medicinskopravni problemi transplantacije sa kadavera, proističu još iz rimskog prava. Tada je definisano, a u pozitivnom pravu i danas važi, **da su ljudsko telo i njegovi sastavni delovi dobro van prometa, te se ne može nad njima zasnivati pravna svojina, a time niti pravno raspolaganje kao jedno od svojinskih ovlašćenja**. Po tom stanovištu može se raspolagati samo onim delovima tela koja su neposredno odvojeni od ljudskog organizma, recimo kosa, zubi, krv, sperma, i koji su aktom odvajanja prestali da uživaju status *dobro van prometa* postali stvari građanskog prava, te samim tim dobra *in commercio*.

Poseban etički problem transplantacije sa kadavera je pijetet prema umrlima, što podrazumeva osećanja poštovanja prema uspomeni na umrlo lice i nepovredivost leša. Postoje norme o načinu postupanja sa umrlom osobom radi očuvanja ljudskog dostojanstva umrlog, dostojanstva njegove porodice, kao i dostojanstva čoveka uopšte – poštuje se celovitost leša u postupku sahrane. Postoje norme prema kojima je život čoveka najveća vrednost što je u konfliktu sa normom nepovredivosti leša u slučaju kadaverstva, odnosno uzimanja organa sa leša. **Kako pomiriti ove dve norme i sa etičkog i sa pravnog aspekta?** Sigurno, norma o spašavanju života kao najveće čovekove vrednosti treba da je primarnija. Međutim, ovakav stav može izazvati nedoumice, a i pravne probleme u stavovima bližnjih umrle osobe sa koje se uzimaju organi i tkiva za transplantaciju uprkos činjenici da priroda ne poznaje integritet leša, jer proces truljenja i raspadanja leša nastupa vrlo brzo post mortem.

Dva su etičkomedicinsko-pravna problema uzimanja i presađivanja tkiva i organa sa umrlih osoba:

1. *saglasnost davaoca organa i*

2. *merodavno utvrđivanje smrti.*

Saglasnost davaoca organa je pre svega pravno pitanje. Ko ima pravo raspolaganja tkivima i organima sa leša, nakon smrti?

a) *Samo lice za života može zaveštati svoja tkiva i organe ili dati izričitu zabranu da se posle smrti njegova tkiva ili organi koriste u svrhe transplantacije.*

b) *Rodbina može, ukoliko je to pravno regulisano, da da taj pristanak.* Rodbina (roditelji, deca ili bračni drug) može dati saglasnost na uzimanje tkiva ili organa radi presađivanja drugoj osobi ukoliko preminuli za svog života **nije izrazio izričito protivljenje** uzimanju njegovih organa i tkiva za transplantaciju, to se zove **negativni način pristanka**. Anglosaksonske zemlje ovaj medicinskoetički problem rešavaju uglavnom formalnim medicinskopravnim regulativama, insistirajući da se za života da pristanak na uzimanje organa i tkiva za transplantaciju posle smrti, ili da se izričito da zabrana ili za samo neki organ ili grupu organa. U tim zemljama to se radi popunjavanjem posebnih formulara i pravljenjem takozvanih kartica, odnosno vođenjem takve administrativne evidencije, na primer formiranjem takvih kartica pri polaganju vozačkog ispita itd.

Merodavno utvrđivanje smrti mnogo je delikatnije pitanje od problema davanja saglasnosti davaoca na uzimanja organa i tkiva sa leša. Da bi transplantant uspeo, neophodno je da se organ uzme neposredno po umiranju, a neki put i u momentu dok se funkcija organa za transplantaciju nije zaustavila te se veštački održava do uzimanja. Danas se zaustavljene, akcija srca i funkcija disanja, odnosno cirkulacija i respiracija, mogu reaktivirati reanimacijom i

mogu se duže ili kraće vreme, održavati veštački, odnosno pomoću posebnih aparata. Međutim, **prestanak funkcije centralnog nervnog sistema nije moguće artificijelno ponovo uspostaviti**. Zbog toga se sa aspekta današnje naučne medicine aktom smrti smatra, utvrđeni nastanak moždane smrti, odnosno smrt kore velikog mozga, uprkos činjenici da u takvoj situaciji može postojati akcija srca i funkcija disanja, odnosno postojati cirkulacija i disanje, što je do pre nekoliko decenija bila definicija života.

Moždana smrt

Moždana smrt nastaje zbog naglo dogođenih traumatskih povreda ili oštećenja unutar lobanjskog sadržaja, zbog ekstremno povišenog intrakranijalnog pritiska ili zbog prekida cirkulacije i oksigenativnog procesa, odnosno cirkulacije i metabolizma u mozgu. Posledica moždane smrti je autoliza - propadanje ćelija i tkiva CNS-a, odnosno mozga, što u klinici daje znake kome sa nastankom akinezije i pojave patoloških refleksa i prestanka spontanog disanja. Aparatima se utvrđuje prestanak električne aktivnosti kore mozga, odnosno u EEG-u aplativna izoelektrična linija. Histo-patološki tkivo mozga je u raspadu, a patomakroskopski predstavlja kašastu masu.

Harvardski kriterijumi moždane smrti

*Harvardski kriterijumi moždane smrti iz 1968. godine i Sidnejska deklaracija iz iste godine prvi su regulisali područje utvrđivanja moždane smrti. Treba razlikovati tzv. socijalnu smrt od moždane smrti, koja nastaje propadanjem kore velikog mozga, kortikalnu tzv. smrt, ili **apalijski sindrom**, odnosno **trajno vegetativno stanje**.*

Fetusi i anencefalična novorođenčad

*Fetusi i anencefalična novorođenčad su mogući davaoci organa i tkiva za transplantaciju. Složenost medicinskoetičkih i medicinskopravnih problema je i ovde velika, jer nedostatak velikog mozga - **anencefalija nije isto što i potpuna smrt mozga**. Prirodni uzrok smrti je i hipoventilacija, koja bi u vreme konstatovanja smrti imala za posledicu propadanje organa i tkiva, a samim tim njihovu nepodobnost za transplantaciju. Posebno moralno pitanje predstavlja i radikalni pristup da je anencefalus *biće bez perspektive* pa čak *neljudsko biće*, što je neprihvatljivo u odnosu na trudnoću i roditelje. Rešenje ovog pitanja kroz zakonske uredbe moglo bi dati povoljne efekte za samu transplantaciju kao terapijsku metodu.*

Korišćenje fetalnih tkiva i organa je poseban problem, ali i domet današnje naučne medicine i izvorom je složenih medicinskoetičkih konfliktosti u **području pobačaja**, u **području planiranih trudnoća** i **trgovine fetusom** – plodom.

Pravna načela na kojima počivaju zakonske odredbe o transplantaciji su sledeća.

1. *Presadivanje organa i tkiva je metoda lečenja samo kada je to medicinski opravdano.*
2. *Transplantacija je izuzetan terapijski metod ali može biti izvor brojnih problema.*
3. *Pravna preporuka je da se organi i tkiva sa živih u svrhe transplantacije uzimaju što ređe, a što češće sa leševa – kadavera.*

4. *Transplantacija je zabranjen terapijski medicinski metod ukoliko ne postoji slobodna volja davaoca i primaoca.*

5. *Transplantaciju treba izvršiti samo ukoliko su rizici i za davaoca i za primaoca, sa medicinskog aspekta, svedeni na nivo **dopuštenog rizika**.*

6. *Poštovanje načela medicinske etike i lekarske deontologije mora postojati u svakoj fazi preduzete transplantacije, poštovanje objektivnosti, neutralnosti i potpuno poštovanje utvrđenih postulata naučne medicine.*

7. *Uzimanje organa sa leša treba izvoditi samo ako davalac za života nije izričito izrazio protivljenje da se posle njegove smrti uzmu organi ili tkiva, i ukoliko nema protivljenja njegove rodbine za uzimanje organa nakon smrti.*

Zakon o transplantaciji sadrži sledeće medicinskoetičke i medicinskopravne stavove.

1. Organi i tkiva sa živih se uzimaju samo ukoliko se ne dovode u opasnost njihov život i zdravlje.

2. Zabranjena je bilo kakva nadoknada za ustupanje delova tela, tkiva ili organa.

3. Regulisane dužnosti lekara i institucija koje učestvuju u transplantaciji.

4. Pre izvođenja transplantacije primalac se u potpunosti mora informisati o mogućim posledicama da bi se potom dobila saglasnost.

5. Pre uzimanja tkiva i organa sa leša mora se utvrditi nesumnjiva moždana smrt - cerebralna smrt po svim kriterijumima.

6. Tim lekara koji učestvuje u postupku utvrđivanja smrti, ne može učestvovati u postupku uzimanja organa ili postupku njihovog presađivanja.

7. Sve faze pripreme i izvođenja transplantacije obavezno je pedantno evidentirati i tu medicinsku dokumentaciju sačuvati.

U našoj zemlji su usvojeni metodi transplantacije skoro svih organa koji se danas presađuju u svetu. Prvi put srce, jetra i pankreas su presađeni 1995. godine u Institutu za kardiovaskularne bolesti "Dedinje" u Beogradu. Do 2000. godine urađeno je više desetina transplantacija nabrojanih organa i bubrega. Poznato je da se decenijama vrši transplantacija, recimo, bubrega u našim zdravstvenim institucijama.

Između 1972. i 1982. godine u tadašnjoj našoj zemlji SFRJ je donet, posle desetogodišnje rasprave, Zakon o uzimanju i presađivanju delova ljudskog tela u svrhe lečenja, kao i Pravilnik o bližim medicinskim kriterijumima i načinu utvrđivanja nastanka smrti osoba od kojih se mogu uzimati delovi tela radi presađivanja u svrhe lečenja. Time su osnovna pravna i medicinskoetička pitanja zakonski regulisana. Činjenica je da se uprkos zakonom regulisanim problemima vezanim za transplantaciju, u brojnim zemljama čine teška moralna prekršenja, ali i brojna krivična dela vezana za presađivanje tkiva i organa, ne samo sa živih donora već i sa leševa - kadavera. *U pojedinim zemljama nema zakonskih odredaba o transplantaciji, a ona se veoma uspešno i često obavlja, recimo u Švedskoj.* Transplantacija i problemi vezani za transplantaciju u Švedskoj prepušteni su nadležnosti naučne medicine, medicinske etike i lekarske deontologije, a nastale sporne situacije razrešava Etički komitet.

Naš Pravilnik iz 1982. godine, o bližim medicinskim kriterijumima i način utvrđivanja nastanka smrti osobe od koje se mogu uzimati delovi tela radi presađivanja u svrhe lečenja, biće 2007. godine dopunjen i osavremenjen.

RAD LEKARA U HUMANOJ GENETICI

medicinskodeontološka načela i problemi

Medicinskodeontološki problemi u humanoj genetici odnose se na medicinskoetičke i medicinskopravne probleme, u radu lekara genetičara, kao i zdravstvenih radnika - medicinskih tehničara, te zdravstvenih saradnika psihologa, sociologa, socijalnih radnika, defektologa, ali i biologa, biohemičara, molekularnih genetičara. Dakle, svih onih profesija koji u okviru humane medicine rade posebno na istraživanjima sa dezoksiribonukleinskom kiselinom bilo u svrhe izučavanja sastava DNK, dijagnostike, lečenja i sprečavanja genetskih bolesti, bilo u svrhe ublažavanja već nastalih posledica rođene dece sa genetskim oštećenjima.

Savremena humana genetika primenjena u praksi trebalo bi da kroz zdravstvenu zaštitu obezbedi svima genetsko zdravlje.

Ovo je povezano sa mogućim medicinskoetičkim zamkama ogrešenja onih koji prihvataju da se primenom nauke, odnosno medicinske genetike odluči o rađanju ili nerađanju potomstva. Postavlja se i pitanje i dilema da li je bitnije voditi računa o interesima potencijalnih roditelja ili o interesima zajednice. Medicinskodeontološki problemi su vezani i za interese fetusa, odnosno nerođenog deteta. Medicinska etika u navedenoj situaciji postaje u stvari **eugenika**.

Eugenika je nauka koja proučava kako da se genetski popravi potomstvo, te je jasno da može biti zloupotrebljena u mnogim situacijama.

Eugenika na nivou porodice ima dimenzije genetske konsultacije sa ciljem da na osnovu postavljene dijagnoze korišćenjem savremenih tehnika u genetici omogući roditeljima rađanje genetski zdravog potomka. Etički je problem da odluku o bilo kakvom činjenju ili nečinjenju lekar donosi uvažavajući potrebe, namere i stavove, recimo trudnice ili njene porodice, ili štiteći šire društvene interese. Zloupotreba eugenike može ugroziti čitave narode, pa i čovečanstvo. Time je etička i medicinskopravna odgovornost lekara i naučnika u oblasti pozitivne genetike ogromna. Tačnost ove konstatacije potvrdila su događanja u nacističkoj Nemačkoj kroz nacističku politiku uništavanja Jevreja, Cigana, Slovena... Zaprećeno je genocidom brojnih naroda i etničkih grupa.

Medicinskodeontološki problemi vezani za humanu genetiku praktično su identični medicinskoetičkim i medicinskopravnim problemima u medicini uopšte. Etička načela u medicinskoj genetici podrazumevaju samostalno donošenje odluka. Može se reći da su sva etička načela u genetici značajnija sa psihološkog stanovišta jer imaju intenzivan uticaj na užu i širu porodicu.

Medicinskodeontološka načela i medicinskodeontološki problemi vezani za humanu genetiku mogu se razmatrati u okviru *genetskog konsultovanja (preventivnog genetskog skrininga)* i u okvirima *genetskog inženjeringa, odnosno u funkciji genetskog istraživanja*.

EUGENIKA I HUMANI GENOM

medicinsko-ontološka načela i problemi

Nauka koja proučava genetsko unapređivanje ljudskog potomstva i potomstva uopšte bilo koje žive vrste zove se *eugenika*. **Eugenika je nova nauka čiji je cilj poboljšanje kvaliteta i zdravlja potomaka.**

Izopačenjem i zlonamernom upotrebom dostignuća eugenike, ljudi skloni nepoštovanju osnovnog ljudskog morala mogu iskoristiti eugeniku ne radi poboljšanja vrste homo sapiensa, nego radi uništenja pojedinih naroda. Podsećanja radi, eugenički pokret u SAD izazvao je sterilizaciju oko 100.000 ljudi između dva svetska rata.

Eugenika se danas u praksi primenjuje kao prenatalna genetska dijagnostika, prenatalni genetski skrining, prenatalno savetovanje i kao genska terapija.

Projekat **humani genom** daje mogućnost identifikovanja gena uključenih u glavna današnjoj nauci poznata genetska oboljenja. Treba očekivati da će genetika doći do naučnih otkrića i tehničkih mogućnosti da identifikuje i karakteristike gena uključenih u oboljenja sa genetskom komponentom zajedno sa drugim faktorima za bolesti kao što su dijabetes, Alchajmerova bolest, shizofrenija i brojne druge. Sigurno da geni kod ovih oboljenja pre utiču na predispoziciju da bolest nastane nego što nose uzrok bolesti sami po sebi.

Sam projekat humani genom se bazira na pretpostavci da će saznanja iz genetike omogućiti postavljanje dijagnoze velikog broja genetskih oboljenja, već *in utero*, ili što bi bilo eugenetički gledano bolje, pre začeća, odnosno - ostvariti dirigovano začeće izborom zdravog muškog i ženskog gameta. *Danas, na početku XXI veka, može se reći da je razumevanje cele humane biologije, u smislu identifikacije i utvrđivanja karakteristika gena, ograničeno je na oko 50.000 – 100.000 identifikovanih gena u ljudskim hromozomima.*

Genetika će sigurno iskoristiti otkrića iz poslednje decenije XX veka da u budućnosti u genima precizno locira mesta instrukcije za sve biohemijske procese svake ćelije i svakog tkiva i organa čoveka. Ova buduća saznanja će sigurno frustrirati ukupnu javnost, ali i stručnu medicinsku javnost, sve do onog dometa genetike, dok se ne usvoji mogućnost terapijske upotrebe. Lakom primenom genske terapije biće detaljno informisana opšta populacija tako da će pojedinac shvatiti da može slobodnom voljom odabrati najbolje po sebe.

Napredak eugenike zavisi od finansijske investicije u projekat humani genom. Mogući rizici iz saznanja koja proisteknu kroz odvijanje projekta humanog genoma su moguće brojne, recimo, može doći do zloupotrebe mapiranja humanih gena. Ako to mapiranje ne bude anonimno i ako se zloupotrebi u izboru pri zapošljavanju, što bi značilo diskriminaciju ljudi pri konkurisanju za radno mesto. Mapiranje gena može da postane izvor stigmatizacije i socijalne diskriminacije, jer se prethodno utvrđena "*rizična populacija*" može takvom diskriminacijom pretvoriti u "*defektnu populaciju*."

Eugenika nosi i opasnost upotrebe gena u nemedicinske svrhe, jer je osnovana pretpostavka da geni imaju odlučujuću ulogu u promeni ljudske populacije. Ovaj koncept kao opšta

dobrobit opravdava ograničenje individualne slobode, ali moć informacije rađa i brigu kako će ona biti iskorišćena. Danas već postoji strah od nacionalnih ili vladinih programa za poboljšanje rase uz upotrebu medicinske tehnologije, a sa idejom da je to u medicinske svrhe.

Projekat humani genom podrazumeva i neophodno ustanovljavanje specifičnih i opštih medicinskoetičkih i medicinskopravnih principa radi prevencije diskriminacije i genetske stigmatizacije rizičnih populacija.

– **Osnovni princip** je da genetske usluge budu lako dostupne svima, čime bi se sprečila njena eksploatacija od strane samo bogatih, jer bi se stvorila socijalna neravnopravnost.

– Sledeći princip je neophodnost za **međunarodnom razmenom informacija**, transfera tehnologija i otkrića u ovoj oblasti, a time ravnopravnost svih zemalja i svih ljudi.

Temin "**humani genom**" nametnuo se u okviru domaćih genetike kao nauke. *Praktična primena genetike u humanoj medicini donela je nove medicinskoetičke i medicinskopravne probleme i dileme.* Trenutno se rešavaju na nivou Svetske zdravstvene organizacije, Svetskog medicinskog udruženja i posebno normativno uređuju u svim zemljama sveta pa i našoj.

Medicinskoetički i medicinskopravni problemi primene genetike u humanoj medicini se danas razrešavaju kroz institut *genetskog savetovanja*. (Genetsko savetovanje je već u kvalitetnoj praktičnoj primeni u oblasti prenatalne humane medicine.)

GENETSKA ISTRAŽIVANJA I GENETSKI INŽENJERING medicinskoontološka načela i problemi

Genetski inženjering podrazumeva, *eksperimentalni rad sa DNK i oblast kloniranja, ali i sve medicinskoontološke aspekte i probleme vezane za primenu tih saznanja i kloniranje.*

Činjenica je da su eksperimentalni rad i naučna eksperimentalna otkrića na DNK, na direktnom genetskom materijalu, odnosno hromozomima, fascinantna. Međutim već nastaju medicinskoontološki problemi sa pojavom ideje naučnika eksperimentatora i istraživača da se stvore banke zdravih organa i zdravih genskih ćelija. Ovaj problem proistekao iz jednostavnog pitanja. Ima li čovek pre svega pravo da preuzme ulogu stvoritelja čoveka i života u prirodi? Autori i pozitivna zakonodavstva najrazvijenijih zemalja sveta već sada - reklo bi se na vreme – reaguju *stavljajući pod strogu kontrolu etičkih komiteta* sva aktuelna istraživanja u oblasti eksperimentisanja sa DNK i u oblasti kloniranja, odnosno u oblasti ukupnog genetskog inženjeringa. *Neki autori insistiraju i na zabranjivanju daljeg naučnoistraživačkog rada genetičara na ovom polju.*

Medicinskoetički i medicinskopravni problemi vezani za otkrića u oblasti **humane genetike**, a svedeni na **genetsku terapiju**, postoje u dve situacije.

1. **Etički aspekti i problemi somatske genetske terapije – SGT.** Radi se o uvođenju zdravog gena u somatsku ćeliju, čime se obezbeđuje ekspresija zdravog gena i nadoknađivanje funkcije patološkog gena. *Terapijski učinak se ostvaruje tako što se dopusti da dovoljno dugo deluje funkcionalno zdrav gen u somatskoj ćeliji i ostvari poboljšanje simptoma bolesti u pacijenta.* Dosadašnja iskustva govore da su štetni učinci somatske genske terapije zanemarljivo mali u odnosu na ostvarena poboljšanja u bolesnika. Sprovedenju somatske genske terapije na čo-

veku prethodi sprovođenje iste na modelu, odnosno eksperimentalnim životinjama i ukoliko se dobiju dobri rezultati, pristupa se primeni na bolesnom čoveku. Medicinsko-ontološki je ispravno samo ovakvo postavljanje genske terapije, a medicinskoetički problemi nastaju kada treba odlučiti na kom bolesniku sprovesti somatsku gensku terapiju. Da li na onima koji imaju tešku i odmaklu kliničku sliku bolesti sa predviđajućim brzim letalnim ishodom, ili na bolesniku na početku razvijene kliničke slike bolesti gde bi se mogli očekivati bolji rezultati? Razrešenje ove medicinskoetičke dileme treba prepustiti etičkom komitetu, a nikako lekaru pojedincu.

2. Etički aspekti i problemi germinativne genske terapije. *Germinativna genetska terapija podrazumeva unošenje zdravog gena u germinativnu ćeliju (spermatozoid i jajna ćelija), čime se menja ne samo taj organizam, znači novonastali već se ostvaruje uticaj i na njegovo buduće potomstvo, na čemu i počiva izuzetna kompleksnost medicinskoetičke dileme primene genske terapije.* Na sreću, do danas, nije učinjen nijedan pokušaj germinativne genske terapije na čoveku. Smatra se da najpre treba steći ogromno iskustvo, do rutinskog usvojenja tehnike germinativne genske terapije. Neophodno je pozitivno iskustvo sa zadovoljavajućim i kontrolisanim rezultatima na eksperimentalnim životinjama u primeni germinativne genske terapije, a tek potom da se raspravlja o eventualnoj implementaciji na čoveka.

GENETSKO KONSULTOVANJE

medicinsko-ontološka načela i problemi

Medicinska nauka je danas po suštini međunarodna. Zbog toga bi naizgled medicinskoetički problemi genetskog konsultovanja sa aspekta medicinske etike i medicinske nauke bili lako razrešivi. Međutim u genetsko konsultovanje su uključene i pravne norme, a pravni kriterijumi nisu univerzalni. Poslednjih decenija počelo se pisati o problemima genetskog konsultovanja, jer su pre svega u razvijenim zapadnim zemljama nastali brojni parnični postupci pred sudovima, ali i krivični sudski procesi. Razlozi su dvostruki:

1. *Zakoni u zapadnim zemljama su pod uticajem religije, kao i stavovi pacijenta i lekara.*
2. *Stavovi pozitivnog prava u pristupu privatnosti pojedinca su neprikosnoveni u zapadnim zemljama, za razliku od našeg pozitivnog zakonodavstva.*

Medicinska dilema: kada život počinje je i ovde bitna i zapadne zemlje ovo problemско pitanje rešavaju teško ili neujednačeno ili nikako. Pozitivno pravo SAD i uopšte naprednih zapadnih zemalja, gde je religijski uticaj Katoličke crkve izuzetan, priznaje postojanje ljudskog života od začeća, bez obzira na rasu, pol, dob, zdravstveno stanje, osakaćenost ili stanje zavisnosti. Zato su onda problematični i teško prihvatljivi svi zahtevi za artifičijelni prekid trudnoće. Vlada Velike Britanije je 1976. godine donela poseban zakon "ozlede fetusa", u kome se precizno reguliše pravo nerođenog deteta. Zakon je zasnovan na stavu da prirodna prava čoveka počinju samim začećem.

Dijagnostički prenatalni genetski postupci *mogu utvrditi da li postoje dominantno nasledna oboljenja fetusa.* Primer, moguće je identifikovati gen za muški fetus koji će dati Huntingtonovu horeju ili gen za hemofiliju. *Mogu se utvrditi i recesivno nasledne bolesti.* Gen za njih znači predispoziciju da se bolest ispolji kasnije u životu. Takvi poznati geni koji se mogu

prenatalno dijagnostikovati su gen za neke bolesti u psihijatriji ili recimo, gen za dijabetes. Dijagnostikovanju genetskim testovima navedenih gena pristupa se uz prethodnu saglasnost trudnice. Obavezno trudnicu prethodno treba informisati o svrsi testa koji se izvodi, o tumačenju dobijenih rezultata, o mogućnostima rađanja zdravog potomstva ili utvrđene genske opterećenosti ploda koji se začeo.

Medicinskoontološki problemi genetskog konsultovanja nastaju u situaciji odlučivanja majke i porodice, da li će biti dopušteno da se plod kroz trudnoću razvije i rodi, te to ostaje na odluci po slobodnoj volji majke, odnosno roditelja ili članova bliske porodice. Lekar genetski konsultant je obavezan na čuvanje lekarske tajne u vezi sa genetskim opterećenjem ploda. Kada je po stavu medicinske nauke potrebno prekinuti trudnoću, a da to majka ne želi, dijagnostikovani genetski nalaz se prezentira etičkom komitetu, koji zauzima stav i donosi odluku. Članovi etičkog komiteta moraju biti lično i emocionalno nezainteresovani u konkretnom slučaju o kome odlučuju i dužni su da pokažu maksimum empatije prema nasleđenim genom oštećenom plodu. *Članovi etičkog komiteta moraju konzistentno da slede svoje odluke pri svakom sličnom slučaju odlučivanja.*

PREVENTIVNI GENETSKI SKRINING

medicinskoontološka načela i problemi

Preventivni genetski skrining podrazumeva primenu jednostavnih genetskih testova, po pravilu jeftinih, u određenoj populaciji, odnosno u populaciji asimptomatskih osoba. Radi se o masovnom ispitivanju radi prevencije genetskih bolesti, te davanju genetskog saveta da se otkrivene genetski opterećene osobe leče ukoliko to današnja medicina može.

Preventivni genetski skrining je opravdan za masovno sprovođenje po tri osnova a to su:

- 1) *preventivni razlozi;*
- 2) *genetsko savetovanje, a posebno u okviru reproduktivnog savetovanja;*
- 3) *istraživački rad čiji rezultati mogu biti primenjeni u prevenciji i lečenju.*

Brz razvoj tehnologija genetskog inženjeringa, posebno laboratorijsko izdvajanje DNK, stvorena je mogućnost genske terapije u humanoj medicini. Genska terapija u primeni otvorila je brojne medicinskoetičke i medicinskopravne aspekte problema, vrlo slične istim problemskim aspektima u oblasti terapije uopšte.

Eksperimentalno su već ostvareni genetski terapijski zahvati u smislu zamene bolesnog gena genom koji ima normalnu DNK. Jasno je da ove procedure i sve istraživačko-kliničke terapijske mogućnosti u oblasti genetskog inženjeringa moraju biti podređene poštovanju principa Helsinške deklaracije i standardima medicinske prakse i profesionalne odgovornosti lekara, ukoliko i kada nađu primenu u novoj kliničkoj disciplini genetske terapije na čoveku.

Eksperimenti sa DNK, direktnim genskim materijalom, mogu da budu sa medicinskoetičkog i medicinskopravnog aspekta veoma problematični. Kloniranje kao vrhunac geneskog inženjeringa je pravi primer te kompleksnosti i komplikovanosti ukoliko bi našlo primenu u humanoj medicini. Zamislimo koje bi sve posledice proistekle iz kloniranja čoveka stvaranjem, recimo, identičnih osoba makar one bile genijalci.

Sprovođenje preventivnog genetskog skrininga je moguće kako bi se realizovao bilo koji od navedenih ciljeva. Sprovodi se samo ako to prihvati osoba, odnosno roditelj ili staraoc osobe na kojoj se skrining radi.

Danas se u svetu sprovode tri najpoznatija preventivna genetska skrininga, i to:

1. **preventivni genetski skrining u svih novorođenčadi na fenil ketonuriju** - uzima se kap krvi trećeg dana po rođenju i laboratorijski utvrđuje fenil alanin;

2. **utvrđivanje kongenitalne hipotireoze** – u kapi krvi se određuje TSH hormon novorođenčeta, odnosno traži njegova povišena koncentracijska vrednost;

3. **utvrđivanje alfa fetoproteinemia – (AFP)** – u venskoj krvi svih trudnica u 16. nedelji trudnoće se radi ova vrsta preventivnog genetskog skrininga i u situaciji povišenih vrednosti alfa fetoproteina radi se o riziku za **anencefaliju** ili **spinu bifidu** velikim delom kičmenog kanala. Utvrđena niska vrednost alfa fetoproteina znači i visok rizik da će se roditi dete sa Daunovim sindromom (mongoloid) iako je trudnica mlađa od 35 godina.

U razvijenim zemljama uvedena je obaveza *četvrtog genetskog skrininga*. Radi se trudnicama starijim od 35 godina i svim novorođenčadima. To je *RAC skrining (rana amniocenteza na hromozomopatiju)*.

Medicinskoontološki problemi genetskog skrininga prenatalne dijagnostike su brojni i mogući. Postavljanje genetske prenatalne dijagnoze *in utero*, ostvaruje se testiranjima, dijagnostikom nakon začeća primenom ultrazvuka, amniocenteze i fetoskopije. Tehnološki razvoj genetike i naučne medicine je do te mere ostvaren da pruža veliku verovatnoću otkrivanja genetskih poremećaja navedenim metodama.

Prenatalna dijagnostika u okviru preventivnog genetskog skrininga lako je sprovodljiva kao procedura u današnjoj naučnoj medicini i sa sigurnošću potvrđuje moguće bolesti, odnosno anomalije ploda. Tehnički se izvodi aspiracionom biopsijom čupica horiona od 9 do 11 nedelje trudnoće, zatim ultrazvučnom amniocentezom u 13 nedelji trudnoće i moguće ranom amniocentezom od 16 do 19 nedelje trudnoće, te hordocentezom u 20 nedelji trudnoće. Starijim trudnicama (iznad 35 godina) se obavezno vrši preventivna genetska dijagnostika, odnosno prenatalna dijagnostika ploda i to posebno treba uraditi u svim onim situacijama u trudnica gde postoje teoretske indikacije za moguću genetsku bolest.

Pozitivno zakonodavstvo u SAD predviđa novčanu nadoknadu trudnici, odnosno roditeljima kada se iz trudnoće trudnica starijih od 35 godina rodi plod sa genetskim opterećenjem ili malformacijom a ginekolog trudnici nije ponudio ranu amniocentezu.

Navedene moderne tehnologije omogućavaju da se pre rođenja sazna pol deteta ali i druge odlike ploda, recimo da li može biti dobar davalac kostne srži srodniku, bratu ili sestri koji su se prethodno rodili sa oboljenjem kostne srži, što vodi u medicinskoetički i medicinskopravni problem posebne vrste.

Poznata su brojna kriminogena činjenja u oblasti trgovine ljudskim fetusima i organima fetusa kao transplantatima. **Medicinskoetička obaveza svih lekara, kao i zdravstvenih radnika, jeste da ne učestvuju iz ekonomskih a još manje kriminogenih razloga u tom poslu.**

Genetsko savetovanje zasnovano na genetskoj dijagnozi obavezuje lekara u genetskom savetovalištu da upozori roditelje na utvrđene genetske opterećenosti ploda i posledice takvog rađanja. *Lekar ne sme da nameće svoj stav ni da utiče na odluku majke, odnosno trudnice.*

Postavljena genetska dijagnoza treba da bude uvek praćena odgovarajućim genetskim savetovanjem. Međutim to *savetovanje ne sme da bude direktne prirode jer treba da poštuje princip ostavljanja mogućnosti trudnici da slobodno donese svoju odluku na principima pune informisanosti*. Konačno, preduzimanje genetskih otkrića kao procedura u praksi mora biti po načelima etike, načelima medicinskoetičkih principa, pravnih i medicinskopravnih normi i načelima socijalnih principa da bi se izbegla zloupotreba bilo koje vrste. S tim u vezi vlade zemalja treba da usvoje zakone u skladu sa preporukama, deklaracijama i izjavama Svetskog medicinskog udruženja iz 1987., 1990. i 1992. godine.

Prenatalni genetski skrining u našoj zemlji obavlja se danas kvalitetno i etično, u okviru službe Instituta za majku i dete u Beogradu i Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu.

Pri izvođenju prenatalnog genetskog skrininga, kao i prenatalnih genetičkih testova, treba poštovati brojne principe, a posebno sledeće:

1. **Genetsku dijagnostiku** ne treba izvoditi, kao ni prenatalni genetski skrining ako nije moguće osvariti kvalitetno i adekvatno savetovanje pre i posle samih testova.

2. **Genetski testovi** treba da budu usmereni na otkrivanje samo teških rizika po zdravlje nerođenog deteta.

3. **Genetski testovi moraju biti izvođeni samo pod odgovornošću lekara**, a laboratorijske procedure se sprovode samo u kvalifikovanim institucijama koje je odabrala država.

4. **Ni pod kojim uslovima savetnik ne sme da nameće svoja ubeđenja** osobi koju savetuje, osim da je informiše i savetuje o odgovarajućim činjenicama i mogućnostima.

5. **Dobijena bilo koja informacija lične prirode** tokom genetskog skrininga u prenatalnoj genetskoj dijagnostici obavezuje lekara na čuvanje u tajnosti iste.

6. **Pravo pristupa podacima** dobijenim tokom primene genetskih testova ima samo osoba na koju se ti podaci odnose, i to u skladu sa zakonom i praksom. Genetske podatke koji se odnose na jednog partnera ne treba dati drugom partneru bez njegove slobodne saglasnosti.

7. **Prenatalni genetski skrining i prenatalna genetska dijagnostika** sprovode se samo uz informisanu slobodnu saglasnost trudnice. Za pravno nesposobne osobe, da ne bi bile lišene prava testiranja, vrši se samo uz saglasnost zastupnika, autoriteta ili osobe koju je odredio sud.

8. **Prenatalni genetski skrining i prenatalna genetska dijagnostika** se ne izvodi ako se osoba prethodno protivi genetskim testovima.

Moderna tehnologija je omogućila da se naučna otkrića iz oblasti humane genetike mogu lako, masovno i finansijski jeftino izvoditi. Ukoliko je pri izvođenju testova u okviru genetske prenatalne dijagnostike utvrđeno genetsko opterećenje ploda, lekar to treba da saopšti trudnici da bi se ispoštovao etički princip slobodne volje i odluke.

Genetska prenatalna dijagnostika omogućava intrauterino postavljanje dijagnoze nekih malformacija kod kojih se uspešno može izvršiti intervencija u prvim satima po rođenju, na primer kao što je dijafragmalna hernija. Znači, majka odnosno roditelji se prethodno pripreme da će nad novorođenčetom biti preduzeta hirurška intervencija.

Prenatalna genetska dijagnostika pola deteta već u 10. nedelji trudnoće omogućuje roditeljima izbor pola, odnosno plod sa neželjenim polom mogu da onemoguće u rađanju.

Zbog toga zakon reguliše ovu oblast:

"1. Određivanje pola prvorodenom detetu nije ni u kom slučaju etično, kao ni u kasnijim trudnoćama, to je strogo etički neprihvatljivo.

2. Ukoliko je trudnica starija od 35. godina, a ima već troje ili više dece istog pola, a utvrdi se da je i sledeće istog pola, ona može, ako želi svojom voljom da prekine trudnoću.

3. Prenatalno genetsko dijagnostikovanje pola fetusa trudnice za koju se zna da je nosilac patološkog gena recesivno vezanog za X hromozom, nema etičkih prepreka jer je ženski fetus zdrav, ili nosilac patološkog gena kao i majka. Muški fetusi su, po pravilu, u 50% slučajeva genski opterećeni bolešću i trudnica se u tom slučaju odlučuje na abortus.

4. Neprihvatljivo je sa etičkog aspekta određivanje pola ploda i velikog genotipa i HLA u okviru prenatalne genetske dijagnostike sa namerom da plod bude donor već obolelom članu te porodice. Etički je takođe neprihvatljivo određivanje genotipa, recimo anencefalusu ili teškoj spini bifidi aperti, da bi se takav plod po rođenju iskoristio kao davalac organa za transplantaciju drugom licu."

Plod ima pravo na život, ali i pravo na kvalitetan život.

S etičkog aspekta ova dva prava su konfrontirana i predstavljaju medicinskopravni problem. Konfrontacija prava i etičkih načela proističe iz stava da je trudnica apsolutni gospodar svog tela, time i ploda kao dela svoga tela. Po našem zakonodavstvu ona u prvih 10 nedelja trudnoće apsolutno odlučuje samostalno da li će trudnoću nositi do kraja ili je prekinuti. *Kriterijumi isključivog prava trudnice u prvih 10 nedelja trudnoće zasnovani su na naučnom saznanju da tek desete nedelje od začeća počinje da funkcioniše budući mozak*, pa po principu kvalifikacije prestanka života sa prestankom funkcije mozga, nastanak života se veže za početak funkcije mozga.

Zanimljivo je razrešenje medicinskoontološke situacije u SAD 1982. godine.

Medicinskoetička i medicinskopravna praksa se opredelila za stav da detetu rođenom sa Daunovim sindromom (mongoloidna idiotija) ne treba produžavati život po svaku cenu uz intenzivnu negu i terapiju. Poznat slučaj iz 1982. godine u SAD, "*slučaj deteta Dou*" – ***baby Dow***. Beba Dou je rođena sa Daunovim sindromom, a lekari su u dogovoru sa roditeljima odlučili da toj bebi ne pruže maksimalnu postnatalnu negu, što se saznalo u javnosti SAD i nastala je velika kampanja pod pritiskom javnosti. Zauzet je stav da nije humano ono društvo koje maksimalno ne brine o svojim hendikepiranim, najmlađim i ostarelim osobama, te su lekari i roditelji odustali od svoje namere. Slučaj "*deteta Dou*" je danas, 25 godina posle događaja, uslovio prihvatljivo rešenje da u sličnoj situaciji odluku ne donosi niti lekar, niti roditelj, već **Etički komitet**, i to vodeći računa da odluku zasnuje na najnovijim saznanjima o mogućnosti lečenja i prognoze Daunovog sindroma i sličnih bolesti.

EKOLOŠKA ETIKA

bioetika

"Čovek je sluga i tumač prirode."
Frensis Bekon

Ekološka etika ili **bioetika** podrazumeva etiku čovekovog odnosa sa okolinom – ekološkom sredinom. Bioetika podrazumeva načela poželjnog i potrebnog ponašanja čoveka prema svemu živom u sredini koju nastanjuje, a u širem poimanju i u odnosu na sve oblike života na našoj planeti.

Bioetika je poželjno i potrebno ponašanje i stav čoveka u odnosu na životinjski, biljni svet i mikrosvet.

Cilj bioetike je održavanje ravnoteže u ukupnom živom svetu, kome pripada i sam čovek.

Ponašanja čoveka u odnosu na svoju okolinu oduvek su bila rukovođena ostvarenjem povoljnijih i poželjnijih uslova za kvalitetno življenje, a bioetika podrazumeva i usmerenje ljudskog ponašanja u tom smislu. Čovek sve čini da bi ostvario povoljnosti po sebe, recimo, gradi brane da bi dobio potrebne količine električne energije, isušuje močvarne terene da bi dobio obradive površine itd. Bioetika podrazumeva i čovekove uticaje na živi svet, na promene kvaliteta živih bića koja su mu od koristi delujući preko nauke kao što je genetika recimo na izmene kvaliteta dezoksiribonukleinske kiseline da bi te životinjske ili biljne vrste imale bolje karakteristike i čoveku obezbeđivale veće količine kvalitetne hrane. Stremljenja čoveka da obezbedi kvalitetniji sopstveni život obezbeđivanjem većih količina hrane a i brojnih drugih pogodnosti unapređivale su nauku kroz multidisciplinarnu naučnu oblasti i reklo bi se da su ta postignuća u našoj civilizaciji ogromna.

Bioetika je i nauka koja treba da čoveka ograniči u njegovim samo utilitarnim nastojanjima menjanja biosveta i da unapred predvidi štetna preduzimanja. Nebrojani su primeri za to danas. Primer, gradnja Asuanske brane na Nilu bila je preka potreba države Egipat, njene politike i privredne potrebe da obezbedi velike i dovoljne količine električne energije bitne za kvalitetno življenje stanovništva. Naučnici su na vreme upozoravali vladu Egipta da će gradnja tako ogromne hidrocentrale izmeniti ekologiju doline Nila. Isparavanjem sa velike površine vode izmenjena su istinski danas svojstva tla i vode. Povećanjem koncentracije soli zemlja i voda su postale neadekvatne za životinjski i biljni svet. Usporenjem toka Nila, s druge strane, nestao je mulj kao prirodno đubrivo u delti ove reke a izuzetno važno u poljoprivredi. Nedostatak mulja je omogućio i prodor slane vode iz mora i tako smanjio ili uništio životinjski svet u vodi, odnosno smanjio količinu ribe, jer je slatka voda lakša i podiže se na gornje nivoe, a slana voda iz mora prodire u kontr smeru toka reke u samoj delti Nila. Slična situacija, samo manjih razmera se dogodila u čadu, na Obali Slonovače, zatim u Gani, sa gradnjom brane na reci Volti iako su naučnici upozoravali vlade tih zemalja, saveti nisu ispoštovani a izazvane posledice su trajne. Čovekova utilitarna činjenja sa reperkusijom većih razmera po planetu i čovečanstvo vezana su i za sliv reke Amazon, uništavanje, odnosno eksploataciju ogromnih prostranstava šuma u Amazoniji, radi industrijskog korišćenja drveta. Ta eksploatacija je i sada u toku, uprkos upozorenju naučnika da su te prašume u suštini pluća planete Zemlje.

Ekološka narušenja i ugrožavanje sebe samog čovek čini naravno nenamerno ali nepoštujući bioetiku. Čovek je otkrio pesticide da bi izašao na kraj sa insektima, odnosno podigao proizvodnju pre svega biljne hrane koristeći ih u poljoprivredi. Međutim, prvi pronađeni pesticid DDT, kao i svi kasniji, imaju trajna štetna dejstva taložeći se u živim organizmima. DDT je biološki nerazgradljiv i taložeći se u živim vrstama napravio je već sada ekološku neravnotežu, odnosno ekološku štetu. Primer, sa planete je praktično nestala vrsta beloglavog orla jer mu je zbog ishrane ribom sa deponovanim DDT poremećena funkcija njegove tiroidne žlezde, a ona je u direktnoj vezi sa izlučivanjem kalcijuma te su ljuske jaja koje ženke beloglavog orla polažu u nedostatku kalcijuma meke i tokom ležanja ženke na jajima ona se razbiju. Tako je ova ptičja vrsta gotovo izumrla.

Čovek je gradnjom atomskih centrala stvorio sebi brojne lagodnosti. Međutim, svedoci smo katastrofalnih kvarova na dve takve atomske centrale, na ostrvu *Tri milja* u SAD i u *Černobilju*.

Pamtimo i brojna akcidentalna izlivanja ogromnih količina nafte iz tankera na okeanima i morima, kao i akcidentalno izlivanje dioksina i trovanja u Indiji i Italiji itd.

Bioetika se kao disciplina odnosi na norme koje čovek treba da postavi sam sebi i da ih poštuje da bi ostvario život u zdravoj sredini, i u punoj ravnoteži sa prirodom u kojoj je i sam nastao. Lako je razumeti da u prirodi postoji prirodna homeostaza odnosa životinjskih, biljnih i vrsta mikroživog sveta ali i čoveka sa njima. Bilo u kom delu ovog lanca narušavanje homeostaze može biti katastrofalno po razmerama opasnosti, sve do opstanka čoveka, te dalje ovu ravnotežu ne treba narušavati.

Od naučnika se očekuje značajan doprinos, da slušaju predviđenja i sa njima usklade svoje nameravane velike poduhvate i da poštuju opasnosti koje izazivaju industrijalizacija, prevelika sagorevanja derivata nafte u automobilske industriji i u fabričkim pogonima jer sve to može imati katastrofalne posledice po ukupni život na planeti Zemlji. U poslednjoj deceniji je dokazano da je *stratosfera uvedena u fenomen takozvane staklene bašte* zbog prevelikog proizvodnje *ugljen-dioksida i smanjenja ozona* pa su nastale ozonske rupe. Ozonski sloj štiti od prevelikog prodora infracrvenih zraka iz Sunčevog spektra na površinu zemlje. Smanjenje sloja ozona u stratosferi uzrokuje preterana upotreba *hlorfluorokarbona i sagorevanje naftnih derivata*. Hlorfluorokarbon je korišćen u industriji frižidera i sprejova i na upozorenja naučnika je zabranjen odlukom UN, donetom 1995. godine da bi se zaustavio fenomen staklene bašte.

Ekologija kao pojam podrazumeva čist vazduh, zdravu hranu, zdravu pijaću vodu i odsustvo buke. Naša civilizacija ugrožava ova četiri kvaliteta, svojstva za zdravlje čoveka i opstajanje ljudske vrste.

Zagađivanje – **polucija** vazduha, vode i zemljišta i proizvodnje suvišne buke Svetsko medicinsko udruženje je 1976. godine usvajanjem deklaracije u Sao Paolu o poluciji rešilo na svetskom nivou. Deklaracija iz Sao Paola o poluciji dopunjena je na skupštini Svetskog medicinskog udruženja u Singapuru 1984. godine, sa posebnim naglaskom na poluciju vazduha, vode i hrane. Obuhvaćen je i problem vezan za buku: "*Lekari su odgovorni i u obavezi da edukuju populaciju i da naprave i sprovedu programe zaštite čovekove okoline.*" Deklaracija obavezuje nacionalna lekarska udruženja i lekarske komore u svim zemljama članicama UN. Polucija ili zagađivanje vazduha, vode i hrane i povećana buka su posledice industrijalizacije sa

nesagledivim posledicama po zdravlje i dalji opstanak čoveka na ovoj planeti. Razumljivo je stoga što se svugde u svetu javljaju organizacije i politički pokreti za zaštitu čovekove životne sredine. Lekari su najprozvaniji i najpozvaniji da aktivnim učešćem u tim pokretima doprinesu svim njihovim programima i aktivnostima posebno u takozvanim Zelenim strankama svih zemalja pa i u našoj.

1. **Polucija vazduha (zagađenje vazduha).** Vazduh se zagađuje azotnim oksidima, ugljen-dioksidom, sumpor-vodonikom, fotohemijskim oksidansima i drugim štetnim gasovima, produktima sagorevanja naftnih derivata u automobilima i nusproduktima fabričkih tehnologija i zagađivanja iz fabričkih dimnjaka. Polucija vazduha direktno ugrožava čoveka, posebno osetljive suppopulacione kategorije, kao što su deca i stari zbog bolesti respiratornih organa ali i bolesti kože, malignih i dr. Međutim, polucija vazduha je indirektno još opasnija zbog taloženja iz vazduha i štetnog delovanja nabrojanih gasova na floru i faunu, odnosno na biljni i životinjski svet koji čovek koristi u svojoj ishrani.

2. **Polucija vode (zagađivanje vode)** je izuzetno velika opasnost našeg doba. Savremenici smo brojnih zagađenja rečnih tokova zbog izlivanja štetnih hemikalija, pomora riba u velikim rekama Evrope i drugih kontinenata. Predviđa se da će čovečanstvo biti ugroženo nedostatkom pitke vode u skoroj budućnosti i da će najveći svetski ratovi moguće biti vođeni za dominaciju na prostorima sa zdravom vodom za piće.

3. **Polucija hrane (zagađivanje hrane)** jednako je opasna kao i polucija vazduha i vode. Polucija hrane nastala je nepoštovanjem bioetike u poljoprivredi, odnosno poljoprivrednoj industriji. Nastala je potreba čovečanstva da se u kratkom vremenu proizvede što veća količina hrane uzgajanjem životinjskih i biljnih vrsta na farmama i plantažama. Da bi se taj zahtev poljoprivredne industrije ostvario, koriste se brojna hemijska sredstva, odnosno koncentрати hormona, enzima i hemijskih materija da bi se ubrzao rast životinja i biljaka, a zanemaruje se štetan uticaj tih istih materija na čoveka kada ih tom hranom unese u svoj organizam. Medicina danas opravdano optužuje poluciju industrijski proizvedene hrane za brojne endokrinološke poremećaje. U razvijenim zemljama pa i kod nas otvorene su prodavnice zdrave hrane.

MENTALNA EKOLOGIJA je pojam inoviran u okviru bioetike. Podrazumeva društveno okruženje, političko-ekonomski sistem, te pravnu ili ne pravnu državu, odnosno anonimnost u sistemu, zatim atmosferu na radnom mestu i u radnim organizacijama. Lekari su kao profesija i ovde pozvani da svojim stavovima preko zvaničnih lekarskih udruženja, ali i pojedinačnim delovanjem ukažu organima vlasti i predstavnicima vlasti na oštećenja mentalne ekologije stanovništva da bi se organizovano i kroz pozitivne zakonske propise moglo preventivno delovati.

Ispitna pitanja za studente medicine i stomatologije

1. Šta obuhvata i reguliše medicinska deontologija i etika;
2. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara u rendgenologiji, radiološkoj dijagnostici i terapiji;
3. Medicinskodeontološka načela i problemi lečenja onkoloških bolesnika;
4. Medicinskodeontološka načela i problemi informisanja bolesnika o dijagnostikovanom malignom oboljenju;
5. Medicinskodeontološka načela i problemi informisanja onkološkog bolesnika o terapiji, prognozi i ishodu bolesti;
6. Medicinskodeontološka načela i problemi primene agresivnih tretmana u onkologiji i nega umirućih bolesnika;
7. Medicinskodeontološka načela rada lekara u hirurgiji;
8. Medicinskoetička načela odnosa hirurg – pacijent;
9. Medicinskodeontološka načela u pripremi i izvođenju hirurške intervencije i uzgredni nalaz pri operaciji;
10. Medicinskodeontološki problemi naruženosti nakon hirurške intervencije i u estetskoj hirurgiji;
11. Medicinskodeontološki problemi previda hirurga;
12. Jatrogena oštećenja u hirurgiji i odgovornost hirurga;
13. Medicinskodeontološka načela rada lekara u oftalmologiji;
14. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara otorinolaringologiji;
15. Medicinskodeontološki problemi rada u ginekologiji;
16. Medicinskodeontološka načela tehnike ginekološkog pregleda;
17. Medicinskodeontološki problemi rada u akušerstvu;
18. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara u anesteziologiji i reanimaciji;
19. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara u oblasti humane seksualnosti;
20. Humana reprodukcija sa medicinskoetičkog aspekta;
21. Medicinskodeontološki problemi rada u perinatologiji;
22. Fetalna medicina i hirurgija (*medicinska deontologija*);
23. Medicinskodeontološka načela i problemi intenzivne nege ugroženog novorođenčeta;
24. Medicinskodeontološka načela rada u pedijatriji;
25. Dijagnostika i terapija u pedijatriji (*med. deontologija*);
26. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara u granama interne medicine;
27. Medicinskodeontološka načela i problemi rada neurologa;
28. Medicinskodeontološka načela i problemi lečenja obolelih od zaraznih bolesti;
29. HIV infekcija sa medicinskoetičko-pravnog aspekta;
30. Medicinskodeontološka problemi rada u dermatologiji;
31. Medicinskodeontološke posebnosti polnih bolesti;
32. Medicinskodeontološka načela i problemi rada psihijatra;
33. Savremena psihijatrija i medicinska etika;
34. Medicinskoetički pristup dijagnozi psihijatrijske bolesti i zaštiti mentalnog zdravlja;
35. Medicinskodeontološki aspekti istraživanja u psihijatriji;
36. Liezon i konsultativna psihijatrija u granama medicine;
37. Stav bolesnika na saznanje da boluje od somatske bolesti;
38. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara sa gerijatrijskim bolesnicima;
39. Medicinskodeontološka načela rada lekara sa hendikepiranim bolesnikom (*urođeni i stečeni hendikep*);
40. Medicinskodeontološka načela rada u epidemiologiji;
41. Medicinskodeontološka načela rada stomatologa;
42. Medicinskodeontološka načela i problemi rada u farmaciji i apotekarstvu;
43. Rad u kliničkoj farmakologiji (*medicinska deontologija*);
44. Medicinskodeontološka načela i problemi vezani za transplantaciju tkiva i organa;
45. Medicinskodeontološka načela i problemi vezani za transplantaciju tkiva i organa sa živog davaoca;
46. Medicinskodeontološka načela i problemi vezani za transplantaciju tkiva i organa sa leša;
47. Rad lekara u humanoj genetici (*medicinska deontologija*);
48. Eugenika i humani genom;
49. Genetska istraživanja i genetski inženjering;
50. Genetsko konsultovanje i preventivni genetski skrining;
51. Ekološka etika (*bioetika*);

Ispitna pitanja za studente zdravstvene nege

1. Šta obuhvata i reguliše medicinska deontologija i etika;
2. Medicinskodeontološka načela i problemi rada lekara u rendgenologiji, radiološkoj dijagnostici i terapiji;
3. Medicinskodeontološka načela i problemi informisanja bolesnika o dijagnostikovanom malignom oboljenju;
4. Nega umirućih bolesnika (*medicinska deontologija*);
5. Medicinskodeontološka načela rada lekara u hirurgiji;
6. Medicinskoetička načela odnosa hirurg – pacijent;
7. Medicinskodeontološki problemi rada u ginekologiji;
8. Tehnika ginekološkog pregleda (*med. deontologija*);
9. Medicinskodeontološki problemi rada u akušerstvu;
10. Humana reprodukcija sa medicinskoetičkog aspekta;
11. Medicinskodeontološki problemi rada u perinatologiji;
12. Fetalna medicina i hirurgija (*medicinska deontologija*);
13. Intenzivna nega ugroženog novorođenčeta (*med. etika*);
14. Medicinskodeontološka načela rada u pedijatriji;
15. Medicinskodeontološka načela i problemi rada neurologa;
16. HIV infekcija sa medicinskoetičko-pravnog aspekta;
17. Medicinskodeontološka problemi rada u dermatologiji;
18. Medicinskodeontološke posebnosti polnih bolesti;
19. Medicinskodeontološka načela i problemi rada psihijatra;
20. Stav bolesnika na saznanje da boluje od somatske bolesti;
21. Rad sa gerijatrijskim bolesnicima (*med. deontologija*);
22. Rad sa hendikepiranim (*urođeni i stečeni hendikep*);
23. Medicinskodeontološka načela i problemi vezani za transplantaciju tkiva i organa (*sa živog davaoca i leša*);
24. Rad u humanoj genetici (*medicinska deontologija*);
25. Ekološka etika (*bioetika*);

RECENZENTI O UDŽBENIKU

MEDICINSKA ETIKA drugo prošireno i dopunjeno izdanje prof. dr Milutina M. Nenadovića

Udžbenik Medicinska etika, drugo prošireno i dopunjeno izdanje autora prof. dr Milutina Nenadovića dat je u tri dela na ukupno 429 strana.

Prvi deo nosi naslov **Opšti deo** dat je na 228 strana u šest posebnih poglavlja obrađuje sledeće tematske celine:

Poglavlje I: moral i moralnost,

II: ličnost i teorije ličnosti,

III: etika i etička učenja,

IV: medicina (istorijat i razvoj),

V: stomatologija,

VI: o medicinskoj etici i lekarskoj deontologiji.

Autor je na impresivan način obradio nabrojane tematske oblasti uz brojna terminološka razjašnjenja sumirajući teorijsko-filozofska, sociološka, religijska i naučno-medicinska saznanja. Tekstovi su obogaćeni i osavremenjeni posebno ličnim stavovima samog autora. Originalno i veoma uspešno autor je razradio aktuelnu problematiku u našoj zemlji koja se tiče uzajamnih odnosa zdravstva, apotekarstva i važeće zakonodavne prakse.

Drugi deo udžbenika naslovljen **Medicinskoetička praksa i društvo** dat je na 104 strane. Sadrži sve važeće medicinskoetičke deklaracije, kodekse, rezolucije, zakletve, savremeno medicinsko pravo a posebno medicinskoetičke i medicinskopravne probleme vezane za savremene lekarske intervencije i primenu inovacija u medicini.

Autor kritički komentariše pojedine aktuelne stavove, posebno u oblasti večitih medicinskoetičkih dilema kao što su eutanazija, medicinska i lekarska tajna i veštački prekid trudnoće. Posebno je vredan originalan autorski doprinos kroz lične stavove u obradi današnje primene tradicionalne medicine kao i obrada medicinskoontoloških problema sudskomedicinskog veštačenja. Posebna je vrednost ovog dela udžbenika Medicinska etika i u veoma kvalitetnoj obradi sa komentarima novih zakona: Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o Komorama zdravstvenih radnika, kao i novousvojenih etičkih kodeksa lekara, farmaceuta, stomatologa i medicinskih sestara i zdravstvenih tehničara Republike Srbije. Autor je na autentičan i originalan način obradio medicinskoetička i medicinskopravna načela i probleme rada lekara i zdravstvenih radnika u privatnoj lekarskoj, stomatološkoj i farmaceutskoj praksi.

Treći deo udžbenika Medicinska etika naslovljen kao **Specijalni deo** dat je na 98 strana. Tekst ovog dela udžbenika na jedinstven i poseban način u našoj literaturi obrađuje medicinskoontološke (medicinskoetičke i medicinskopravne) aspekte i probleme rada lekara i zdravstvenih radnika u svim disciplinama današnje naučne medicine.

Autor je izneo iscrpno naučni osvrt na psiho-biologiju ljudske seksualnosti, genetski inženjering i vantelesnu oplodnju, transplantaciju organa i tkiva, moguće medicinskoetičke di-

leme i medicinskopravne probleme u humanoj reprodukciji, perinatologiji i bioetici. Lekcije o dijagnostici nad bolesnim detetom, o etici nege pedijatrijskih bolesnika, mogu da uđu u sve pedijatrijske udžbenike za lekare i priručnike za babice i medicinske sestre.

Nenadović kao poznavalac savremenih problema vezanih za infektivna oboljenja i HIV infekciju naučnički obrađuje medicinskoontološke aspekte i probleme vezane za ovu oblast. Teško je u domaćoj ali i stranoj udžbeničkoj literaturi naći tekstove koji na ovako znalački način obrađuju gore nabrojane medicinske discipline. Isto se može reći i za tekstove koji se sa medicinskoontološkog aspekta bave radom lekara u radiologiji, gerijatriji, onkologiji i tretmanu umirućih bolesnika.

Prof. dr Milutin Nenadović se u drugom dopunjenom i proširenom tekstu udžbenika Medicinska etika kvalitetom a posebno autorski inoviranim stavovima s pravom preporučuje ne samo domaćoj već i svetskoj literaturi. Tekst udžbenika obiluje i mislima filozofa, etičara i teoretičara različitih orijentacija.

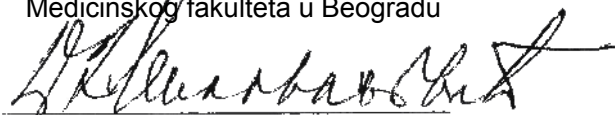
Nenadović je za ovako sadržajno i uspešno medicinsko i etičkofilozofsko ostvarenje osim erudicije i intelekta, pokazao i smisao za kompoziciju celina raznorodnih shvatanja iz više naučnih disciplina tako da tekst knjige Medicinska etika prevazilazi nivo udžbenika i predstavlja naučno delo jer ispunjava sve kvalitete naučnog ranga.

Delo Medicinska etika tematskim sadržajem, obimom i konceptom je u skladu sa savremenim nastavnim programom za studente Medicinskog fakulteta, Stomatološkog fakulteta i Fakulteta zdravstvene nege. Preporučujemo ga kao i udžbeničku literaturu lekarima i stomatolozima tokom specijalističkih, supspecijalističkih i doktorskih studija.

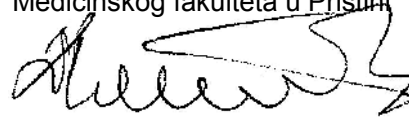
Dana 08.01.2007. godine

Recenzenti

Prof dr Dimitrije Milovanović
neuropsihijatar, redovni profesor
Medicinskog fakulteta u Beogradu



Prof. dr Miomir Leštarević
neuropsihijatar, redovni profesor
Medicinskog fakulteta u Prištini



INDEKS

A		
abortus artificialis	285	deklaracija i rezolucija o učešću
Abraham Maslov	58	lekara u izvršenju smrtne kazne
administriranje leka	196	263
adolescent	376	deklaracija o lekarskoj autonomiji
adopcija	300	261
afilijacija	42	deklaracija o medicinskom
agresivno ponašanje	63	abortusu
agresivnost	62, 208, 400	286
AIDS	386, 387	deklaracija o štrajku gladu
aktivna (direktna) eutanazija	280	258
aktivno sarađujući odnos	401	Demokrit
akupunkturne tačke	123	5
akušerstvo	361	demonomanija
Aleksandar Makedonski	128, 234	114
aleksandrijska medicina	128	deontologija
Alfred Adler	59	187
alijenacija	64, 97	deontološka dužnost lekara
alternativna medicina	115, 290	244
alternativni iscelitelj	291	deontološka odgovornost
alternativni terapeut	291	197, 218
altruizam	43, 52, 66	deontološko ogrešenje
Američko medicinsko udruženje	268	305
Američko udruženje lekara	268	depresivnost
Andreas Vesalije	139	208
animizam	13, 114	dermatovenerologija
anonimni autoriteti	64	389
antička medicina	124	deset božjih zapovesti
antički filozofi	68	21
antičko doba	46	destruktivnost
antipatija	40	62
antisocijalna ličnost	45	dezalijenacija
Antisten	75	66
apotekar	410	dijagnoza
arapska medicina	135	306
arapska zubna medicina	169	dijagnoza u medicini
arhandeli	81	212
Aristip	76	dijalektika
Aristotel	5, 10, 68, 69, 72, 127, 279	95
Aristotelova koncepcija vrline	29	Diogen
Aristotelova metafizika	88	75
Aron	136	diplomske studije – master
artificijelna donor inseminacija	299	158
artificijelna homologna		Dirkhajm
inseminacija	299	29
Asirija	116	dispozicija razvoja moralnosti
asistirana reprodukcija	298	37
Asklepios	124	dobronamerna laž
Aulus Cornelius Celsus	132	214
		dobrovoljna (aktivna) eutanazija
		281
		dogma
		18, 23
		dogmatska učenja
		80
		doktorske studije
		158
		donor
		414
		društvena norma
		14
		državni paternalizam
		186
		dvorski lekari
		131
		dynamis
		126
		DŽ
		Džems
		99
		Džeremaj Bentam
		92
		džihad
		84
		Džon Džui
		100
		Đ
		Đordano Bruno
		88
		E
		Egipcani
		117
		Ego – Ja
		54
		egocentrizam
		32
		egoizam
		32, 53
		egzistencijalistička etika
		100
		egzistencijalizam
		100, 101

egzorcizam	114	farmakokinetika	196	griža savesti	27, 32, 37
ekologija	428	farmakologija	409	H	
ekološka etika	427	farmakopeja starih Egipćana	118	Hajdeger	101
eksperiment na čoveku	294	farmakoterapija	193	Hamurabi	116
eksperiment u medicini	294	fenomenološka teorija ličnosti	58	Hamurabijev zakon	234, 327, 361
ekspertiza i ekspert	215	fetalna hirurgija	371	Hartmanova	58
ekspanacija	414	fetalna medicina	371	Harvardski kriterijumi	417
Elijade	20	fetalna terapija	371	Havajska deklaracija	254, 255
embriotransfer	299	Filip Pinel	144	hedonizam	77
emocije	38, 40	Filon	81	Hegel	95
emocionalna komunikacija	202	filozof antropologije	89	Helsinška deklaracija	46, 297
emotivističke teorije	40	filozofi egzistencije	102	hemikorporektomija	343
empatija	40, 206	filozofija	67	hemipelvektomija	343
Empedokle	125	filozofija o moralu	67	hendikep	404
empirijska faza	114	finansijska dobit	411	hendikepirana osoba	404
empirijska medicina	115, 163	fiziologija ljudske seksualnosti	368	hendikepiranost	404
empirijska zubna medicina	165	Foerbah	22	Herman Boerhaav	143
Engels	97	folklor	17	Herodot	103
entelehija	72	forenzička terminologija	315	heterotransplantacija	413
epidemijske razmere	384	fratrija	11	heteroimunizacija žene	298
epidemijski karakter	386	Frensis Bekon	89	heteronomija morala	107
epidemiološka svrha	308	Frojd	22, 27, 29, 34, 54, 55, 346	heteronome društvene norme	14
Epiktet	78	From	26, 59, 64	Higija	124
Epikur	76	frustracione teorije agresivnosti	63	higijena	118
epoha duha	82	Furije	94	Hilendarski tipik	189
Erlih	145	G		Hipokrat	118, 126, 168, 287, 392
eros	29, 34, 56	Galen	118, 133, 134	hipokratova epoha	69
Eskulap	124, 130	galenizam	134	Hipokratova škola	125, 188
estetska hirurgija	355	Galileo Galilej	68	Hipokratova zakletva	220, 237, 238, 255, 269, 292
estetske norme	15	gemara	119	hirurgija	118, 120, 123
etička učenja	99, 185	genetska dijagnostika	425	hirurška intervencija	347, 351
etičke vrline	73	genetski inženjering	193, 421	hirurške discipline	347
etički kodeks	235	genetski skrining	423	HIV infekcija	388
etički komitet	319	genetski testovi	425	HIV pozitivnost	386
etičnost lekara	204	genetsko ispitivanje	193	holandska medicina	142
etika 3, 67, 68, 74, 80, 105, 107, 109		gemetsko kloniranje	305	homeopatije	15
etika nemanja potreba	74	genetsko konsultovanje	422	Homer	29, 69
etika u praksi	109	genetsko savetovanje	193	homo economicus	5
etika u psihijatriji	393	geneza morala	26, 28	homo emotionalis	40
etikecija	13	gens	11, 233	homo moralis	8
eudajmonija	72	genska terapija	420	homo religiosus	20
eufemizam	17, 204	geocentrična teorija	86	homo sapiens	113, 114
eugeničke ideje	127	gerijatrija	403	homo sapiens recens	6, 113
eugenika	419, 420	germinativna genska terapija	422	homo transplantacija	413
eutanazija	279, 282	gerontologija	394	hrišćanska religija	21, 22, 80, 82
Evropa znanja	162	geštalt teorija	60	hrišćanstvo	18, 80, 82
expertisis medico forensis	311	ginekologija	361	hronološka starost pacijenta	351
expertus medico forensis	311	ginekološki pregled	362	humana genetika	419
F		ginsengi	122	humana seksualnost	34, 367
fajterski odnos	401	Giovanni Batista Morgagni	144	humani genom	420, 421
fanatizam	23	gnev	27	humanistička etika	110, 200
Farmaceutska komora Srbije	321	govor tela	202	humanistička načela	221
farmacija	409	gradski lekari	131	humanistička psihoanaliza	59
farmakodinamika	196	gregarni nagon	42		

humanizam 85, 87, 89, 97, 200
humanost lekara 195

I

Id – Ono 54
ideal ego 38
idealno Ja 37, 38
idiopatski bračni sterilitet 298
Ilijada 69
Ilijada i Odiseja 29
imitacija 15
imoralizam 96
imovinske kazne 223
incest 12, 35
indikacije 213, 306
individualizam 100
individualni paternalizam 186
infantilna svest 54
informisana saglasnost
pacijenta 216, 217
informisanje bolesnika 341
inkvizicija 23
inseminacija žene 300
instinkt smrti 346
instinkt vladanja 60
instinkt života 346
instiktivističke teorije 63
institutska stomatologija 173
intelektualne vrline 73
inteligencija 38, 39
interna medicina 379
Internacionalni kodeks medicinske
etike 240
inverzija 369
Isak Izrael 199
islam 18
islamska religija 83
ispitivanje lekova 412
ispitivanje lekova na ljudima 295
istorija medicine 235
istorija srpske medicine 148
istraživanja u psihijatriji 396
istraživanje na modelu 297
istraživanje na životinjama 297
Isus Hrist 80
izbegavajući odnos 401
izjava 236
Izjava o planiranju porodice 267
Izjava o problemima izbeglica 260
Izjava o zanemarivanju i
zloupotrebi dece 264
Izjava o zastupanju pacijenata 245

J

Jang 122

japanska medicina 123
Jaspers 101
jatrogena oštećenja 306
jatrogena oštećenja u hirurgiji 357
jatrogenija 222, 306
jevrejska medicina 119
Jin 122
Jovan Stajić 148
judeizam 18
Jung 56

K

kadaver 415
Kaligula 78
kancelarius 152
Kant 10, 22, 24, 64, 90
Kanun 136
kapitalirajući odnos 401
kapitalistička privreda 89
kaptativna ljubav 112
Karen Hornaj 57
karies 165
karies zuba 164
katolicizam 21
kineska medicina 122
kinici 74
Kjerkegor 5, 101
klan 11
klinička farmakologija 412
klinička istraživanja 246
klinička smrt 415
klinička stomatologija 173
klinički eksperiment 294
kodeks 236, 241
kodeksi 109
kognicija 38
kolektivno nesvesno 56, 290
Komitet ministara Evropske
zajednice 236, 249
Komora biohemičara Srbije 321
Komora medicinskih sestara i
zdravstvenih tehničara Srbije 321
koncepcija 302
konkludentna saglasnost 217, 347
Konrad Rendgen 177
konsultativna psihijatrija 398
kontinuirane studije 151
kontratransfer 205
konzervativna terapija zuba 175
konzilijarni rad 221
Kopernikova astronomija 88
krivična odgovornost lekara 223
krivično zakonodavstvo 211
kroskulturelno 368
kult 13

Kuran 84
Kurt Kafka 61
kvalitet forme 60

L

Largus 132, 194
lažno veštačenje 312
lekar ginekolog 361
lekarska deontologija 211, 235
lekarska etika 194, 211, 235
Lekarska komora Srbije 321
lekarska tajna 287, 288
lekarska vrlina 195
lekarski kodeksi 235
lekarski konzilijum 125, 223
lekaruše 147
Leonardo Bottalo 139
Leonardo da Vinči 139
Levenhuk 142
Leviti 120
ličnost 48, 51, 54
ličnost lekara 194
liezon psihijatrija 398, 400
Lisabonska deklaracija 244
lišenje života iz samilosti 281
Lister 145

Lj

ljubav 40
ljubomora 53
ljudska praksa 18
ljudska prava 243, 278
ljudska reprodukcija 298

M

Madridska deklaracija 261
magija 13, 20
magijska medicina 114, 163
magijsko mišljenje 290
Makijaveli 87
Mali Hipokrat 127
maligna oboljenja 340
malignom 340
Malteška deklaracija 258
manastir Studenica 189
manastirska hrišćanska medicina 137
manastirska hrišćanska zubna
medicina 169, 233
mapiranje gena 420
Marko Aurelije 78
Marko Miljanov 103
Marks 94, 97
masovna imunizacija 385
medicina 113, 114, 128, 149, 163, 185
medicina antičke Grčke 124

medicina Asiraca	116	mentalna ekologija	429	navođenje na samoubistvo i	
medicina drevnih Egipćana	118	mentalno zdravlje	394	pomaganje u samoubistvu	281
medicina Etruraca	129	merodavno utvrđivanje smrti	416	neetičko ponašanje lekara	317
medicina Feničana	117	Milanski edikt	82	negativan kontratransfer	205
medicina i društvo	231	Miloš Đurić	104	negativna eutanazija	280
medicina Inka, Maja i Asteka	123	Mirandola	87	negativna moralnost	45
medicina novog doba	141	mišna	119	nehat	211, 356
medicina prenaučnog perioda	231	misticizam	13	neonatologija	373
medicina renesanse	138, 140	mističnost	20	Neron	78
medicina srpskog naroda	137	mohamedanstvo	83	nesvesni nehat	317, 356
medicina u praksi	219, 231	Mojsije	19	neterapijska biomedicinska	
medicina Vavilona i Asirije	116	monističke teorije	10	istraživanja	246
medicinska deontologija	187, 210, 232, 292, 336	monizam	65	neterapijski eksperiment	294
medicinska dokumentacija	183	monoteistička učenja	18	neurologija	381
medicinska etika	69, 79, 185, 188, 189, 190, 192, 206, 210, 215, 216, 219, 232, 241, 276, 278, 292, 335	moral	3, 6, 7, 8, 9, 25, 67, 91, 97, 106, 108	neurotična ličnost	57
medicinska etika Srba	190	moral i pravo	24	Niče	27, 96
medicinska hodegetika	210, 211	moral insanity	44, 45	Nikola iz Kuze	86
medicinska nauka	141, 170	moralna idiotija	45	norma	14
medicinska praksa	254	moralna savest	25	normativna etika	109, 194
medicinska sociologija	231	moralna svest	8, 25	norme ideali	14
medicinska tajna	287, 313	moralne norme	4, 14, 23, 24, 25, 40, 108	norme medicinskog prava	210
medicinska zaštita	272	moralne osobine lekara	234	novčana privreda	85
medicinski abortus	285	moralne sankcije	24	novi humanizam	66
medicinski eksperiment	294	moralni akt	31		
medicinski eksperiment na čoveku	294	moralni fenomen	4	O	
medicinski fakultet	152, 162	moralni prezir	108	obavezne osobine lekara	194
Medicinski fakultet u Monpeljeu	154	moralni sud	4, 24	običaj	15
Medicinski fakultet u Parizu	155	moralno gađenje	108	običaji	16
Medicinski fakultet u Salernu	153	moralno mišljenje	32	običajne norme	14, 16
Medicinski fakulteti u Srbiji	156	moralno osećanje	40	običajni moral	15
medicinski istorijski dokumenti	294	moralno ponašanje	8, 33, 37, 38, 39	oblativna ljubav	112
medicinski kodeksi	235	moralno pravo	216	obrazovanje stomatologa	178
medicinski paternalizam	186	moralno rasuđivanje	32, 37	Odbert	57
medicinski zakon	188	moralno suđenje	32, 39	Odiseja	69
medicinsko pravo	211, 232, 277, 316, 317	moralnost	8, 9, 37, 91, 93, 105	odnos bolesnik – hirurk	350
medicinskodeontološka načela	219, 409	moždana smrt	417	odnos lekar – bolesnik	185, 200, 202, 208, 316
medicinskodeontološki princip	196	mrtvorodenče	374	odontologija	163
medicinskodeontološki problemi	221, 354, 409	mržnja	40, 53	oftalmologija	358
medicinskoetička načela	361	mudroljublje	67, 68	Olport	57
medicinskoetički principi	254			onkologija	343
medicinskoetički problemi	218, 305, 409	N		oralna hirurgija	171, 175
medicinskoetički stav	284	načela medicinske etike	191, 216, 270	Ormuzd	119
medicinskoetičko učenje	188	nacionalna zdravstvena politika	231	ortodoncija	171, 174, 175
medicinskopravna praksa	232	nagoni	38, 42	osećanja	40
medicinskopravne dileme	278, 295	naruženost	355	osećanje dužnosti	43
medicinskopravni problemi	218, 305, 371, 409, 413, 414, 421	naša medicinska etika	189	osećanje krivice	32
		naučna medicina	113, 115, 145, 149, 150, 171, 215, 231, 278, 291, 293, 305, 319, 335	osemenjavanje	298, 301
		naučnička radoznalost lekara	318	otorinolaringologija	360
		nauka o dužnostima	187	otuđeni rad	97
		navike	31		
				P	
				paleopatološki dokazi	113
				pamćenje	38

Panakeja	124	prenatalni genetski skrining	420	Rodžers	58
panteizam	90	prenatalno savetovanje	420	Romberg	145
Papirus	118	prenaučna epoha medicine	114		
Paracelzus	136, 140, 147	pretpostavljeni pristanak	217	S	
parodontopatija	164, 168	prevencija	215	Salernski kodeks zdravlja	235
pasivna (indirektna) eutanazija	280, 282	preventivna stomatologija	176	Saliven	60
Paster	145	preventivni genetski skrining	423	samilost	96
paternalistički stav lekara	186	previd u hirurgiji	356	samokažnjavanje	27
Pavlov	145	prezervacija	414	samokritičnost	52
pedijatrija	376, 400	privatna lekarska praksa	218, 219	samoreklamiranje lekara	219
perinatalna medicina	372	privatna praksa	220	samoreklamiranje u medicini	219
perinatologija	371	privatna tajna	287	samoubistvo adolescenta	284
perverzija	369	profesionalna tajna	287, 288	saosećanje	40
Petrarka	85	prognoza u medicini	213, 307	savest	29, 37
phisis	126	prorok Mohamed	83, 84	Savet Evrope	236
pia fraud	214	protestanstvo	21	savladiva pogreška	30
Pitagora	125, 279	protetska nadoknada	168	Segerist	392
planiranje porodice	267	Pruski medicinski kodeks	199	seksologija	368
Platon	69, 71, 127, 214, 233, 279	prvi intervju	201	seksualna zloupotreba pacijenta	369
Plinije	118	psihijatrija	48, 392, 396	seksualni moral	
Plinije stariji	130, 168	psihijatrijska etika	256, 392	selektivna hirurgija	351
pluralističke teorije	10	psihijatrijska zaštita	397	Seneka	78, 134, 194, 234, 279
podela medicine	150	psihijatrijski bolesnik	393	senijum	402
podeljena tajna	288	psihodinamsko objašnjenje	54	senzualistički pravac	89
podučavanje kolege	199	psihologija	48	sholastička medicina	135
pogrešno veštačenje	312	psihopatološka ispoljavanja	399	SIDA	387
polne zarazne bolesti	391	psihosomatski poremećaj	398	Sidnejska deklaracija	417
polucija	428	psihoterapeutske efekti	290	Silvius	142
polucija hrane	429			Simon	94
polucija vazduha	429	R		simpatija	15, 40
polucija vode	429	racionalistički pravac	89	Skribonijus Largus	234
pomaganje u umiranju	279	rađanje mrtvog deteta	363	službena tajna	287
ponosna smrt	281	rađanje vanbračnog deteta	363	socijalna eutanazija	280
poremećaj moralnosti	45	radiologija	337	socijalna medicina	231
poremećaji moralnog ponašanja	45	radiološka dijagnostika	338	sociologija medicine	231
poremećaji moralnog rasuđivanja	44	radiološka terapija	339	Sokrat	10, 29, 69, 70, 103, 392
porodaj i materinstvo	363	razmnožavanje	367	somatopsihička oboljenja	399
porodično nasilje	264	razvoj stomatologije	171	somatopsihički poremećaj	398
povreda tajnosti postupka	312	reanimacija novorođenčeta	374	somatska bolest	398
pozitivan kontratransfer	205	regresija	208, 401	Spinoza	90
pragmatizam	99	regulativne norme	22	spoljašni stručni nadzor	319
praktična etika	194	rektor	152	srednji vek	80
pranorme	11	religija	18, 19, 20, 23	srpska medicina	146
prava pacijenta	244	religijske norme	14, 22, 23	srpska stomatološka škola	172
pravednost	52	religiozni moral	98	srpska zubna medicina i	
pravne norme	14, 25	renesansa	85, 86, 87, 89	stomatologija	172
pravne sankcije	357	reprodukcija	298	srpsko srednjevekovno zubarstvo	172
pravni sud	24	Rezolucija iz Hong konga	410	starojevrejska medicina	120
pravo	24	rezolucije	236	stečeni hendikep	405
pravoslavlje	21	Rigveda	120	stid	27, 29, 32
praznoverje	290	Robert Oven	94	Stoici	79
preduslovi etičkog ponašanja	111	roditeljsko pravo	267	stoička etika	77, 79
prelogično mišljenje	233	roditeljstvo	376	stomatologija	163, 171, 407
prenatalna genetska dijagnostika	420	rodoskrvnuće	12	Stomatološka komora Srbije	321

stomatološka praksa	179	totemizam	12	Z	
stomatološka protetika	171, 176	tradicionalna medicina	115, 290, 292, 293	zadaci medicine	149
Stomatološki fakultet u Beogradu ..	178	transakciona teorija ličnosti	61	zadatak etike	105
stomatološki fakulteti u Srbiji	178	transcedentalni život	101	zakletva	236
strah od smrti	76	transfer	205	zakletva Florens Najtingejl	269
strukovne studije medicine	158	transferna situacija	205	zakon o visokom obrazovanju	162
studentski parlament	157	transkulturelno	368	zarazne bolesti	384
sud časti	109	transplantacija	193, 304, 413, 417	zaštita mentalnog zdravlja	394
sudskomedicinski dokument	184	trudnoća	363	zavist	53
sudskomedicinski problem	369	U		zdravstvena politika	272
sudskomedicinski veštak	311, 314	ubistvo iz milosrđa	279	zdravstvena ustanova	197
sudskomedicinsko veštačenje ..	311, 312	unakaženost	211	zdravstvena zaštita	231, 272, 278
sujeta	53	univerzitet	152, 155, 162	Zend Avesta	119
Super ego	27, 37, 54	unutrašnja savest	29	Zenon	77
supfertilitet muškarca	298	unutrašnji stručni nadzor	319	zloupotreba i zanemarivanje	
surogat majka	304	urođeni hendikep	405	dece	264, 266
Sušruta	121	uslužna dijagnoza	289, 395	Zofe	120
svesni nehat	317, 356	utilitarizam	92	zrela moralnost	33, 44
svest	38	utilitarna etička teorija	92	zrela savest	54
svete tajne	21	utilitarne medicinskoetičke teorije ..	186	zurna medicina	164, 165, 168, 169, 170
Sveti Avgustin	81	utilitarnost	92	zurna medicina antičke Grčke	168
Sveti Sava	189	utopistička kritika društva	88	zurna medicina drevne Indije	167
svetost	23	utopističko etičko učenje	93	zurna medicina drevne Kine	167
Svetska zdravstvena organizacija ..	236	uzajamna ljubav	112	zurna medicina drevnog Japana	167
Svetsko medicinsko udruženje	236, 244, 253, 261, 267, 272	V		zurna medicina Etruraca	168
Svetsko udruženje psihijatarata ..	236, 254	vantelesna oplodnja	299, 302, 304	zurna medicina Feničana	166
Š		vantelesno začecje	193	zurna medicina novog doba	170
Šopenhauer	96	Vavilon	116	zurna medicina renesanse	169
T		Veda	120	zurna medicina Rimljana	168
tabu	13	venerične bolesti	391	zurna medicina srednjeg veka	169
Tales	125	vera	23	zurna medicina starih Jevreja	166
talmud	119	verba noctiva	214	zurna medicina starog Egipta	166
tanatos	29, 56, 63	verska medicina	130	zurna medicina Vavilona i Asirije ..	165
tanatos fobičan stav	345	veštački prekid trudnoće	285	zurna protetika	170
teorije ličnosti	55	veštačko oplođenje	298	zubno lekarstvo	163
teorijska etika	108	vijabilnost	285	zubobolja	179
terapija	214	Vilijam Šekspir	89	Ž	
terapijski eksperiment	294	vinost	24	Žan-Pol Sartr	102
testatorska sposobnost	383	vizantijska zurna medicina	169	Žan-Žak Ruso	93
Thomas Sydenhaym	142	Volfgang Koler	61	Ženevska deklaracija	195, 221, 238, 410
Tokijska deklaracija	257	volja	38, 41, 112	žen-šen	122
tolerancija	52	volja za moć	59	W	
Toma Akvinski	81	voljni akt	112	William Harvey	141
Tomas Mor	88	vračevi	233		
totem	12	vrlina	27, 74		

LITERATURA

1. **Adamović, V., Čebašek, R.:** *Jatrogeno delovanje lekara u kardiologiji*, Medicinska revija, Galenika god. XXV.
2. **Adshead, G., Sarkar, PS.:** *Ethical issues in forensic psychiatry*. Psychiatry, Volume 3, Issue 11: 15-17, 2004.
3. **Arandelović, J.:** *Priroda moralnog rasuđivanja*, "Savremene filozofske teme", br.1 za 1966.
4. **Aristotel:** *Nikomahova etika*, Beograd, 1958.
5. **Aristotle:** *De generatione animalium*, Recognovit, H.J., Drossaart Lulofs, Oxonni, 1965.
6. **Bankovsky, Y., Brazan, JH., Last, JM.:** *Ethics and Epidemiology, International Guidelines*, Geneva: Council for International Organization of the medical Sciences, 1993.
7. **Baruk, H.:** *Psychiatrie morale experimentale individuelle et sociale*, Paris, 1950.
8. **Beauchamp, T.L., Childress, F.J.:** *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1989.
9. **Becek-Dvoržak M., Blažević D., Cividini-Stranić, E.:** *Medicinska psihologija*, Jugoslovenska medicinska naklada, Zg. 1978.
10. **Becker, T.:** *Psychiatric reform in Italy – How does it work in Piedmont?* Brit. J. Psychiat., 147, 254, 1985.
11. **Bergson, H.:** *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, 1932.
12. **Berić, B. i sar.:** *Forenzična ginekologija i perinatologija*, Novi Sad, Matica srpska, 1989.
13. **Bogdanoff, M., et al.:** *The Doctor – Patient Relationship*, JAMA, 192:1, 45-48, 1965.
14. **Bojanin, S., Radulović, K.:** *Socijalna psihologija razvojnog doba*, Naučna knjiga, Beograd, 1988.
15. **Breasted, J.H.:** *The Edwin Smith surgical papyrus*, Vol. I, Chicago, 1930.
16. **Bregun – Dragić Nada, Lepeš, T., Milin, J.:** *Medicinska etika*, Univerzitet u Novom Sadu Medicinski fakultet, Novi Sad, 1992.
17. **Brennan, MF., Kinsela, T., Friedman, M.:** *Psychologic aspects of patients with cancer*, in: *Cancer: Principles and practice of oncology*, Edited: De-Vita, VT., Hellman, S., Rosenborg, S., 3rd edition. Philadelphia, Published by J.B., Lippincott, 1989.
18. **Campbell, A.V.:** *Moral dilemmas in medicine*, Churchill Livingstone, London, 1972.
19. **Čomski, N.:** *Novi militaristički humanizam*, Plato, Beograd, 2000.
20. **Dale, D.:** *Integration on an individual basis*, Specijal education: Vol.6, No.2: 22-24. 1979.
21. **Deklaracija iz Helsinkija:** *Preporuke lekarima kod biomedicinskog istraživanja na ljudima*, cit. po **Milčinski J.**, l.c., 1964, dop. u Tokiju 1975.
22. **Doyal, L. et.al.:** *Medical Ethics and Clinical Curriculum*, Acase Study Journal of Medical Ethics, 1987.
23. **Đurđević, N.:** *Pretpostavljeni pristanak pacijenta na lečenje*. Medicinsko pravo i medicinska etika. Institut društvenih nauka, Beograd, 1994.
24. **Đurić, D.:** *Opšta etika*, Beograd, 1937.
25. **Đurić, M.:** *Aristotel kao etičar* (predgovor knjizi *Nikomahova etika*, Beograd, 1958.)
26. **Đurić, M.:** *Istorija helanske etike*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1997.
27. **Edel, A.:** *Method in ethical theory*, London, 1963.
28. **Edel, A.:** *Science and the structure of ethics*, Chicago, 1961.
29. **Ekerman, N.:** *Psihodinamika porodičnog života*, Titograd, 1996.
30. **Engels, F.:** *Dijalektika prirode*, Kultura, Beograd, 1951.
31. **Erić, Lj., Šulović, V., Manojlović, D.:** *Medicinska seksologija*, Beograd – Zagreb, Medicinska knjiga, 1988.
32. **Fayerweather, WE., Hgginson, J., Beauchap, TL.:** *Ethics in Eidemiology*, Pergamon Press, New York, 1991.
33. **Filipović, M.:** *Bračni pomoćnik kod Srba* ("Radovi Naučnog društva Bosne i Hercegovine", VII, knj. 3, Sarajevo, 1957.)
34. **Freud, S.:** *Zwangshandlungen und Religionsübungen*, Band 7, Gesammelte Werke, Imago, London, 1948.
35. **From, E.:** *Zdravo društvo*, Rad, Beograd, 1963.
36. **Galerija Srpske akademije nauka i umetnosti: 700 godina medicine u Srba, Beograd, 1971.**
37. **Gavrilović, V.:** *Istorija stomatologije*, Medicinska knjiga, Beograd-Zagreb, 1969.
38. **Gelfand, M.:** *Philosophy and Ethics of Medicine*, Livingston, London, 1968.
39. **Geshwind, M.:** *Historical introduction*, in Reprint Skinner, New York, 1967.
40. **Gillon, R.:** *Justice and medical ethics*. Br. Med. J., 291, 201-202, 1985.
41. **Gillon, R.:** *Utilitarianism*. Br. Med. J., 290, 1411-1413, 1985.
42. **Glesinger, L.:** *Jedna nadriliječnička afera iz god. 1840-1843*, Saopćenja. 4, 253-257, 1966.
43. **Glesinger, L.:** *Medicina kroz vjekove*, Zora, Zagreb, 1954.
44. **Gorz, A.:** *Ekologija i politika*, Beograd, 1982.

45. **Hale, B.:** *Culpability and blame after pregnancy loss.* Jour. of Medical Ethics, 33: 24-27, 2007.
46. **H.A.R. Gibb:** *Islam*, u: *Encyclopedia of the World Religions*, Barnes & Noble, 1997.
47. **Hark, H.:** *Religiöse Neurosen*, Kreuz, Stuttgart, 1984.
48. **Havajska deklaracija, Kodeks etičkih načela psihijatrijskih radnika**, 1977, po: The Bulletin of the Royal College of Psychiatrists (Ashford), 12-13.jan.1978.
49. **Havelka, N.:** *Socijalna psihologija*, Bgd. 1972.
50. **Hedayat, K.M.:** *The possibility of a universal declaration of biomedical ethics* *Journal of Medical Ethics*, 33: 17-20.
51. **Herodotos of Halikarnassos:** *The nine books of the history of Herodotus*, Transc., Peter Edmund Laurent, Oxford, 1837.
52. **Hilendarski medicinski kodeks**, Beogradski izdavački zavod, Beograd, 1989.
53. **Hobhouse, L.:** *Morals in evolution*, Lond., 1906.
54. **Hope, T., Savulescu, J., Hendrick, J.:** *Medical ethics and law: core curriculum*, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003.
55. **Huber, A. und Hiersche D.H.:** *Praxis der Gynäkologie im Kindes-und Jugendalter*, Georg Thieme Verlag, Stittgart, 1977.
56. **Jakovljević, Đ., Novakov, S.:** *Socijalna medicina*, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, 1987.
57. **Jaspers, K.:** *Filozofija egzistencije*, Bgd, 1967.
58. **Jaspers, K.:** *Opšta psihopatologija*, Prosveta, Beograd, 1978.
59. **Jodl, F.:** *Istorija etike*, Sarajevo, 1963.
60. **Jospe, M.:** *The placebo Effect in Healing*, Lexington Books, Toronto, 1978.
61. **Kaličanin, P., Lečić-Toševski, D., Peković, I.:** *Tradicionalna i naučna medicina – prihvatanje i integracija*. Evropski centar za mir i razvoj Univerziteta za mir UN; Savezni zavod za zdravstvenu zaštitu; Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1993.
62. **Kaličanin, P.:** *Medicinska etika i medicinsko pravo*, Beograd, 1999.
63. **Kangrga, M.:** *Problem ideologije ("Pogledi 53", br. 11 za 1953.)*
64. **Kant, I.:** *Kritika praktičnoga uma*, Zagreb, 1956.
65. **Kapamadžija, B.:** *Sudska psihijatrija*, Novi Sad, Matica Srpska, 1974.
66. **Karasu, T.:** *Ethical aspects of psychotherapy*, u: Bloch, S., Chodoff, P. (eds.): *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 1981.
67. **Kilibarda, K.:** *Moralno-ekološka kultura*, Beograd, 1998.
68. **Kin, Dž.:** *Mediji i demokratija*, Filip Višnjić, Beograd, 1995.
69. **Klajn – Tatić, V.:** *Neka medicinska, etička i pravna pitanja koja pokreće doktrina o informisanom pristanku pacijenta na medicinsku intervenciju*, U: Medicinsko pravo i medicinska etika. Institut društvenih nauka, Bgd, 1994.
70. **Klerman, G., Schecter, G.:** *Ethical aspects of drug treatment*, In: Bloch, S., Chordoff, P. (eds.) *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, 116-130, 1981.
71. **Knežević, M.:** *Uvod u stomatologiju*, Priština, 1995.
72. **Knežević, S.:** *Etika i medicina*, Jumena, Zagreb, 1979.
73. **Korać, V. i sar.:** *Istorija filozofije*, Zavod za udžbenike SR Srbije, Beograd, 1981.
74. **Korać, V.:** *Istorija društvenih teorija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1990.
75. **Korin, N.:** *Neke misli o medicinskoj deontologiji*, Lij. vjes. 91:613, 1969.
76. **Kreč, D., Kračild, R. i Balake:** *Pojedinac u društvu*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Srbije, Bgd. 1972.
77. **Kurjak, A.:** *Fetus kao pacijent*, Zagreb, Naprijed, 1991.
78. **Lachaux, B., Lemoine, P.:** *Placebo, un médicament qui cherche la vérité*, MEDSI-Mcgraw Hill, Auckland, Paris, Toronto, 1988.
79. **Last, J.M.:** *Ethics and Public Health Policy* in Maxcz-Rosenau-Last: *Public Health & Preventive Medicine*, Appelton & Range, 1998.
80. **Levi – Bruhl, L.:** *La mythologie primitive*, Paris, 1935.
81. **Levy – Bruhl, L.:** *La mentalite primitive*, Paris, 1922.
82. **Lukić, M.:** *Razum i autoritet*, Beograd, 1972.
83. **Lukić, R.:** *Sociologija morala*, Naučna knjiga, Beograd 1976.
84. **Lukić, R.:** *Dehumanizacija u medicini s gledišta etike*, Zdravstvena zaštita, I, 1988.
85. **Machaughton, M.:** *Etichal Issues in Reproduction, The Future of Gynecology and Obstetrics*, 107-36, 1991.
86. **Malinovski, B.:** *Nauka, magija i religija*. Prev. Anđelka Todorović, Prosveta, Beograd, 1981.
87. **Marić, J.:** *Medicinska etika*, Beograd, 1995.
88. **Marić, J.:** *Medicinska etika*, Beograd, 2005.
89. **Marković, M.:** *Marksistički humanizam i etika*, u: *Humanizam i dijalektika*, Beograd, 1967.
90. **Matić, V.:** *O stidu*, "Književne novine", br. 345, 18. I 1969.
91. **Medicinska enciklopedija**, *Dopunski svezak*, Jugoslovenski leksikografski zavod, Zagreb, 1974.
92. **Međunarodne preporuke za izvođenje biomedicinskih istraživanja na ljudima**, Prevod, Novi Sad, Medicinski fakultet, 1988.

93. **Merskey, H.:** *Ethical aspects of the physical manipulation of the brain*, u: Bloch, S., Chodoff, P. (eds.): *Psychiatric ethics*, Oxford University Press, Oxford, 1981.
94. **Mid, M.:** *Spol i temperament u tri primitivna društva*, Zagreb, 1968.
95. **Milanočić, V.:** *Kriza vrednosti u medicini i njeni uzroci*, Zdravstvena zaštita, I. 1988.
96. **Milčinski, J.:** *Medicinska etika in deontologija*, DDU Univerzum, Ljubljana, 1982.
97. **Miller, H.:** *Medicine and society*, Oxford University press, 1973.
98. **Milosavljević, N.:** *Ekonomika zdravstva i etičke norme zdravstvenih radnika*, Ekonomski aspekti stručnog usavršavanja i naučno-istraživačkog rada, autorizovano predavanje za studente Medicinskog fakulteta, Novi Sad, Medicinski fakultet, 1-10, 1991.
99. **Milovanović D.:** *Etika i psihijatrija (etika i psihoze)*, "Psihijatrija danas", Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Vol. XIX, 1-2, 91-97, 1987.
100. **Milovanović, D.:** *Etika u medicini kroz vekove*, Beograd, 2000.
101. **Milovanović, D.:** *Medicinska etika*, Bgd, 1992.
102. **Milovanović, D.:** *Osnovi medicinske etike*, Beograd, 1974.
103. **Milovanović, D., Milovanović, S.:** *Klinička psihoterapija*, Barex, Beograd, 2005.
104. **Müller-Oerlinghausen, B.:** *Ethical problems in clinical psychopharmacology*, Int. J. Clin Pharmacol, 16, 443-450, 1978.
105. **Mur, Dž.:** *Principi etike*, Nolit, Beograd, 1963.
106. **Murphy, T.:** *The ethics of conversion therapy*, Bioethics ISSN-9702, vol 5, No 2, 1991.
107. **Negovanović, B.:** *Prve medicinske škole u Evropi*, Medicinska revija, 1, 73-80, 1971.
108. **Nenadović, M.:** *Medicinska etika*, Univerzitet u Prištini, Medicinski fakultet, Beograd, 2002.
109. **Nenadović, M.:** *Narkomanija i alkoholizam*, Beograd, 1995.
110. **Nenadović, M.:** *Propedeutika psihijatrije, psihijatrijske dijagnostike i terapije*, Univerzitet u Prištini, Beograd, 2004.
111. **Nenadović, M.:** *Psihijatrija morala i moralnosti*, u: *Psihijatrija II odabrana poglavlja*, Nenadović, M., Milovanović, D.: Beograd, 2001.
112. **Nevius, J.L.:** *Demon posession and allied themes*, London, 1896.
113. **Niče, F.:** *Volja za moć*, Bgd. 1972.
114. **Nosev, S.D.:** *Pitanja deontologije u naučnoistraživačkom radu lekara*, Moskva, 1975.
115. **Olport, Dž.:** *Sklop i razvoj ličnosti*, Bgd., 1969.
116. **Orlić, R.:** *Islam i poslovna etika*, Fokus, 2006.
117. **Osovska, M.:** *Psihologija morala*, Zavod za izdavanje udžbenika, Sarajevo, 1971.
118. **Pace, N., Hendry, R.:** *Contest:ethical considerations. Anaesthesia & intensive care medicine*, Volume 7, Issue 4: 107-109, 2006.
119. **Pavićević, V.:** *Osnovi etike*, Kultura, Bgd, 1967.
120. **Pavićević, V.:** *Problem važenja moralnih vrednosti i moralnih normi*, "Filozofija", br. 2 1959.
121. **Pejaković, S.:** *Sudsko medicinska ekspertiza*, Beograd, BIGZ, 1974.
122. **Pejović, D.:** *Psihoanaliza i filozofija*, pogovor u: Markuze: Eros i civilizacija, Zagreb, 1965.
123. **Pešić – Golubović, Z.:** *Savremena Amerika u svetlu karakterološke analize Dejvida Rismana*, predgovor Rismanovom delu *Usamljena gomila*, Beograd, 1965.
124. **Plamenac, S.:** *Giovanni Battista Morgagni (1682-1771)*, Medicinska revija 4, 97-110, 1971.
125. **Popović, A.:** *Religija i moral*, Beograd, 1933.
126. **Radišić, J.:** *Aktuelni pravni problemi u medicini*, Institut društvenih nauka, Beograd, 1996.
127. **Radojčić, B.:** *Psihopatologija*, Medicinska knjiga, Beograd, 1974.
128. **Ristić, J.:** *Medicina i društvo*. BIGZ, Bgd, 1975.
129. **Ristić, J.:** *Socijalistički humanizam i medicina*, Otisak iz GLASA CCLXXXIV Srpska akademija nauka No. 16. Beograd, 1973.
130. **Rosenberg, E., J., Spencer, Eth.:** *Ethics in psychiatry*, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, VI, Vol. 2. Eds. Kaplan J.H. and Sadock, J.B., W&W, Baltimore, Hong Kong, London, Sydney, 2767-2775, 1982.
131. **Roth, G.:** *Besessenheit und Exorzismus*, u: *Besessenheit und Exorzismus*, Veritas, Wien/Linz/Passau, 1977.
132. **Sanyal, P.K.:** *A story of medicine and pharmacy in India*, Calcutta, 1964.
133. **Schelski, H.:** *Soziologije und Sexualitat*, Hamburg, 1960.
134. **Sergjev, D.:** *Pojam anomije i alienacija*, "Sociologija" br. 3 za 1969.
135. **Sigerist, H.E.:** *A history of medicine*, Vol. I, New York, 1951/1955.
136. **Smajkić, A.:** *Socijalna medicina*, Univerzitetski medicinski centar, Univerzitet u Sarajevu, 1981.
137. **Spektorski, E.:** *Hrišćanska etika*, Sv, Simeon Mirotočivi, Vrnjačka Banja, 1992.
138. **Spencer, H.:** *Principles of ethics*, London, 1893.
139. **Stanulović, M., Duraković, Z.:** *Karakteristike ispitivanja lijekova u trudnica, djece i starijih osoba*, u: Vrhovac, B. i sar., *Kliničko ispitivanje lijekova*, Zagreb, Školska knjiga, 1984.
140. **Stoiljković, S.:** *Psihijatrija sa medicinskom psihijatrijom*, Med. knjiga, Beograd-Zagreb, 1962.
141. **Stojanović, S.:** *Dž. E. Mur kao etičar i filozof* predg. Murovoj knjizi *Principi etike*, Bgd, 1963.

142. **Stojanović, S.:** *Šta su to morali i etika*, Rad, Beograd, 1962.
143. **Stojanović, V.:** *Etika zdravstvenih radnika Narodnooslobodilačkog rata*, Zdravstvena zaštita, Beograd, 1977.
144. **Stojanović, V.:** *O opšte ljudskoj i lekarskoj etici u narodnooslobodilačkom ratu*, Zdravstvena zaštita, Beograd, god.VI, 12, 39-48, 1977.
145. **Supek, R.:** *Nekonformizam etičnosti*, "Praxis", br. 4-6, za 1966.
146. **Szasz, T. S.:** *Ideology and insanity*, Calder – Boyars, London, 1973.
147. **Šercer, A.:** *Otorinolaringologija II*, Jugoslovenski leksikografski zavod, Zagreb, 1964.
148. **Šiškin, A.:** *Osnovi marksističke etike*, Moskva, 1961.
149. **Štraser, R.:** *Verba nociva u opštoj i internističkoj praksi*, Med. glasnik, 1957. 11: 155.
150. **Tanović, A.:** *Etika i nauka*, "Encyclopedia moderna", br. 2, 1967.
151. **Taylor, J.A.:** *History of dentistry*, Philadel., 1922.
152. **Thompson, R.C.:** *Assyrian medical texts from the originals in the British Museum*, Oxford, 1923.
153. **Tkalčić, M.:** *Etika – od Platona do Ničea*, Omladina, Beograd, 1957.
154. **Toulmin, S.:** *The place of reason in ethics*, Cambridge, 1964.
155. **Urbančić, I.:** *Moral je nemoral*, "Savremene filozofske teme", br. 2, za 1966.
156. **Vasić, U., Erić, Lj.:** *O podeljenoj lekarskoj tajni*, Medicina danas, Beograd, 1962.
157. **Vesel, J.:** *Shvatanje o duševnoj bolesti kroz istoriju*, poglavlje u knjizi *Duševni život čoveka*, Grupa autora, Sloboda, Beograd, 1980.
158. **Victor, Y. H., Corlwood, E.:** *Prematurity*, Churchile Livingstone, Edinburg London Melbourne and New York, 1987.
159. **Vord, B., Dibo, R.:** *Zemlja planeta naša jedina*, Beograd, 1976.
160. **Vujadinović, B.:** *Neki aktuelni tehnički i etički problemi transplantacije srca*, Med. glas., 22:6, 169-171, 1968.
161. **Westermarck, E.:** *Origine et developpement des idees morales*, I – II, Paris, 1928.
162. **White, L., Tursky, B., Schwartz, G.E.:** *Placebo, Theory, Research Mechanisms*, Guilford Press, New York, London, 1985.
163. **Winslade, J., W.:** *Ethics in psychiatry*, In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. 2, fifth editiona, Eds. Kaplan, J.H. and Sadock, J.B., Williams and Wilkins, Baltimore, Hong Kong, London, Sydney, 2125-2131, 1989.
164. **World Health Organization:** *Group meeting on mental health and mental legislation*, Cairo, June 12-17, 1976. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1976.
165. **World Health Organization:** *Aethical criteria for medicinal drug promotion*, Geneva, 1988.
166. **Wundt, W.:** *Ethik*, I – III, Stuttgart, 1912.
167. **Zakon o zdravstvenoj zaštiti R. Srbije**, Službeni glasnik Republike Srbije, broj 107/2005, Beograd, decembar 2005.
168. **Živanović, T.:** *Osnovni problemi etike*, Beograd, 1935.
169. **Životić, M.:** *Odnos morala prema običaju i pravu*, Rad, Beograd, 1962.
170. **Životić, M.:** *Osnovna učenja o najvišem dobru i cilju života*, Rad, Beograd, 1962.
171. **Životić, M.: V. Pavićević:** *Uvod u etiku*, "Filozofija", br. 2 za 1962.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614.253(075.8)

НЕНАДОВИЋ, Милутин М.

Медицинска етика / Милутин М.
Ненадовић. - 2. проширено и допуњено изд.
- Косовска Митровица : Универзитет у
Приштини, Медицински факултет, 2007
(Београд : Биграф). - VII, 440 стр. :
илустр. ; 27 см

На насл. стр. назив места издавања:
Београд. - Тираж 2.000. - Стр. 431-432:
Рецензенти о уџбенику / Димитрије
Миловановић, Миомир Лештаревић. - Регистар.
- Библиографија: стр. 437-440.

ISBN 978-86-80601-28-1

а) Медицинска етика
COBISS.SR-ID 139635724



Милутин М. Ненадовић, редовни професор медицинског факултета за наставне предмете Медицинска етика и Психијатрија, рођен је 1949. године у Рађевини, село Богоштица, општина Крупањ. Отац је четворо деце. Медицинске студије, специјалистичко и последипломско усавршавање обавио је на Медицинском факултету у Београду и на истом факултету одбранио докторску дисертацију под насловом "Когнитивне дисфункције у алкохоличара и неалкохоличара са инфарктом мозга". Био је стручни руководиоца психијатријских и неуропсихијатријских одељења у Клиничко-болничком центру Крагујевац, у специјалној Болници "Свети Сава" у Београду и Клиничко-болничком центру Приштина. Био је директор Завода за болести зависности у Београду (1993–1996) и Клинике за неурологију и психијатрију за децу и омладину у Београду (1999–2002, као трећи директор у историји Клинике).

Реализовао је као председник Научних и организационих одбора следеће научне скупове: Симпозијум у СКЦ-у Београд 1994. године на тему "Религија и душевни живот човека" (публикована је и монографија под истим насловом), "Први научни скуп Југославије о Алкохолизму и наркоманији" у Сомбору 1994., "Конгрес Југославије и Конференцију балканских земаља о наркоманији и алкохолизму" 1995. у Београду и "Симпозијум Југославије о наркоманији и алкохолизму" у Великој Плани 1996. године. Учествовао је у више научно-истраживачких пројеката у функцији носиоца истраживања или истраживача. Уређивао је као главни уредник часопис "Алкохолизам" и члан је редакционог одбора часописа "Енграми". Публиковао је преко 220 радова у светским и домаћим часописима.

Био је ментор до сада у изради две докторске дисертације, три магистарска рада и председник или члан у десет комисија за одбрану докторских дисертација и магистарских теза на медицинским факултетима и Факултету организационих наука у Београду. Аутор је два издања уџбеника "Медицинска етика", уџбеника "Пропедевтика психијатрије психијатријске дијагностике и терапије" и уџбеника "Наркоманије и алкохолизам" у издању Медицинског факултета Универзитета у Београду. Публиковао је до сада и шест стручних монографија из области неуропсихијатрије и психијатрије.

Предавач је на медицинском и стоматолошким факултетима, Факултету здравствене неге, Факултету организационих наука и Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију. Био је предавач и на Филозофском факултету, одсек психологија за предмет Општа психопатологија.