**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**

**FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA**

**Tea Karla Coronelli**

**ODNOS RELIGIOZNOSTI I STAVOVA O PRIZIVU SAVJESTI KOD STUDENATA MEDICINE U REPUBLICI HRVATSKOJ**

**Zagreb, 2021.**

Ovaj rad izrađen je u Fakultetu hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom mentora izv. prof. dr. sc. Ivana Balabanića i sumentora dr. sc. Erika Brezovca i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2020./2021.

Sadržaj

[1. UVOD 1](#_Toc75787670)

[2. PRIZIV SAVJESTI 3](#_Toc75787671)

[2.1. Što je to priziv savjesti 3](#_Toc75787672)

[2.2. Priziv savjesti u medicinskoj praksi 5](#_Toc75787673)

[2.3. Pravna određenja priziva savjesti 6](#_Toc75787674)

[2.4. Tri pristupa fenomenu priziva savjesti 7](#_Toc75787675)

[2.5. Granice priziva savjesti 8](#_Toc75787676)

[2.6. Određenje medicinskog čina 10](#_Toc75787677)

[3. TEORIJSKA ANALIZA FENOMENA: PRIZIV SAVJESTI, PROFESIONALNI IDENTITET I RELIGIOZNOST 11](#_Toc75787678)

[3.1. Profesionalni identitet liječnika 12](#_Toc75787679)

[3.2. (In)kompatibilnost medicine i religije 16](#_Toc75787680)

[3.3. (In)kompatibilnost priziva savjesti i profesionalnog identiteta 18](#_Toc75787681)

[4. PREGLED DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA 23](#_Toc75787682)

[5. CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA 25](#_Toc75787683)

[6. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA 27](#_Toc75787684)

[6.1. Uzorak 27](#_Toc75787685)

[6.2. Metoda 29](#_Toc75787686)

[6.3. Instrument 29](#_Toc75787687)

[6.4. Provedba istraživanja 30](#_Toc75787688)

[6.5. Zaštita sudionika istraživanja 30](#_Toc75787689)

[6.6. Nedostatci istraživanja 31](#_Toc75787690)

[7. REZULTATI 31](#_Toc75787691)

[8. RASPRAVA 42](#_Toc75787692)

[8.1. Priziv savjesti u medicini 42](#_Toc75787693)

[8.2. Priziv savjesti i religioznost 45](#_Toc75787694)

[8.3. Priziv savjesti i socio-demografske karakteristike 46](#_Toc75787695)

[9. ZAKLJUČAK 47](#_Toc75787696)

[10. DODACI 49](#_Toc75787697)

[11. ANKETNI UPITNIK ISTRAŽIVANJA 50](#_Toc75787698)

[12. POPIS LITERATURE 55](#_Toc75787699)

[13. SAŽETAK 57](#_Toc75787700)

# UVOD

Pitanje priziva savjesti u današnjem suvremenom, liberalno-demokratskom društvu vrlo je aktualno pitanje jer se tiče mnogih aspekata našeg društva. S jedne strane propituje vrijednosne orijentacije i moralnost pojedinaca u određenim strukama kao što je vojna, medicinska ili farmaceutska struka – liječnici, medicinske sestre, stomatolozi, farmaceuti, no priziv savjesti moguć je i u ostalim zdravstvenim ili nezdravstvenim zanimanjima koja se bave primjerice eksperimentima ili potpomognutom oplodnjom. S druge strane tiče se prava, odnosno pravne utemeljenosti priziva savjesti, njegove legalnosti i legitimnosti. U ovom radu fokusirat ću se na liječnike radi vlastitog interesa za pronalaskom potencijalno najboljeg mogućeg odgovora na pitanje – može li se ustvrditi povezanost prava na priziv savjesti s religioznosti i profesionalnim identitetom. Tema je vrlo aktualna i važno je nastaviti diskurs, propitati pozitivne i negativne aspekte navedenog fenomena te joj pristupiti kritičkim, dijalektičkim promišljanjem, formiranjem teza i antiteza kako bi naposljetku došli do sinteze. Isto tako treba reći da je pitanje priziva savjesti kompleksno u svojoj biti, a ne postoji jedan ispravan odgovor i rješenje, kao što ne postoji samo jedna znanost koja može odrediti njegovu pravilnu primjenu, već je neophodno uključiti znanstvenike i mislioce iz različitih područja kao što su filozofija, sociologija, medicina, pravo, teologija i ostale znanosti, kako bi se postigla multidisciplinarnost, transdisciplinarnost, interdisciplinarnost i pluriperspektivnost u rješavanju ovog moralnog i profesionalnog pitanja. U ovom kontekstu, važnost filozofskog promišljanja i sociološke analize je uočljiva. Filozofija, kao ljubav prema mudrosti, pruža nam tu težnju za propitivanjem, razumijevanjem i pronalaženjem odgovora o stvarnosti oko sebe, ali i odgovora o nama samima, pa je time ona nešto uistinu intrinzično čovjeku. Dok sociologija, kao znanost o društvu i pojedincu u tom društvu, pokušava dati uvid u međuovisnost društva i pojedinca, kako u kulturnim običajima, tako i u moralnim vrijednostima. Drugim riječima, sociologija i filozofija mogu – i trebaju dati značajan doprinos u raspravi i razumijevanju dinamike ovih fenomena, budući da predstavljaju i vanjsku, društvenu perspektivu, kao i onu unutarnju, osobnu perspektivu.

Također, s obzirom na složenost problema i potencijalnu uključenost različitih faktora, odlučila sam se fokusirati na propitivanje moguće povezanosti između religijskih uvjerenja, odnosno religioznosti i formiranja pojedinčevih vrijednosnih sustava, no i uloge liječničkog profesionalnog identiteta u odluci prizivanja na savjest. Rasprava o religioznosti zanimljiva je zato što se shvaćanje religioznosti u suvremenom društvu dovodi u pitanje i doživljava transformaciju zahvaljujući procesu sekularizacije, sveopćem pluralizmu i uvećanju liberalno–demokratskih vrijednosti, pogotovo u mlađim generacijama koje predstavljaju samu budućnost društva. Pojam pluralizma najjednostavnije se može objasniti kao postojanje multipliciteta vjerovanja, mišljenja, vrijednosti i pogleda na život koji se uvažavaju i koegzistiraju. Time rečeno, u pitanje se ponovno dovode mnoge do sada prihvaćene i uvažene „istine“, što traži moderno objašnjenje religioznosti i religijskih vrednota. Ova pitanja su relevantna za Republiku Hrvatsku s obzirom na to da je ona pretežno religiozna, katolička zemlja u kojoj se prema Državnom zavodu za statistiku u zadnjem popisu stanovništva od 4.284.889 stanovnika njih 3.697.143 tako deklariralo (DZS, 2021). Isto tako, u Hrvatskoj se ne susrećemo svakodnevno s pripadnicima drugih rasa, nacionalnosti (osim susjednih) i vjeroispovijesti, dok ona istovremeno teži naći svoje mjesto u globaliziranoj, pluraliziranoj, suvremenoj i demokratskoj Europi. To je važno za ovu temu jer su najistaknutiji i „najglasniji“ slučajevi priziva savjesti bili temeljeni upravo na religijskim uvjerenjima, što je potaknulo brojna pitanja u javnosti o tome koliko religija treba ili ne treba utjecati na profesionalni stav u medicinskoj struci. Sukladno navedenom profesionalni identitet budućih liječnika također je relevantan za našu raspravu budući da propituje što je to profesionalni identitet u medicinskoj struci, kako se on formira, kakve vrijednosti oblikuju profesionalni identitet kod liječnika, što on podrazumijeva u odnosu liječnik-pacijent i njegova vrijednost za samog pojedinca-liječnika. Sadašnji studenti medicine prolaze kroz proces obrazovanja i obučavanja te su na putu da postanu liječnici, a budući da oni predstavljaju budućnost medicinske struke u Hrvatskoj, čini se važnim ispitati njihove stavove o fenomenu priziva savjesti i shodno tome, religioznosti, jer će oni za nekoliko godina biti u ulozi profesionalaca i moralnih agenata. Isto tako, liječnička struka obilježena je mnogim objektivnim i vanjskim dužnostima, primjerice očuvanje ljudskog života ili čovjekove dobrobiti, no koje su to liječnikove subjektivne i unutarnje dužnosti koje oblikuju i određuju njegovu moralnost i shvaćanje medicine kao struke „poziva“?

U radu se najprije razjašnjava sam pojam savjesti; što je savjest i kakva je njezina uloga za nas kao racionalna bića te se navode sekularna i religijska shvaćanja savjesti različitih mislioca. U nastavku se prelazi na obrazloženje samog priziva savjesti u medicinskoj praksi; što je to priziv savjesti u medicini; u kojim slučajevima se liječnici mogu prizvati na savjest; što su to temeljna moralna uvjerenja. Zatim se naznačuju pravna utemeljena prava na priziv savjesti te prikaz istaknutijih dokumenata koji uređuju liječničku etiku, pa slijedi određenje samog medicinskog čina. Potom se objašnjavaju tri različita pristupa fenomenu priziva savjesti; apsolutizam savjesti, teza inkompatibilnosti i kompromisni pristup, kao i granice priziva savjesti, odnosno slučajeve u kojima on nije legitiman i opravdan. U sljedećem poglavlju teorijski se razlažu pojmovi religioznosti i profesionalnog identiteta, njihova potencijalna povezanost, ali i zaseban učinak u odluci prizivanja na savjest i formiranja liječničke etike te se analizira (in)kompatibilnost medicine i religije i (in)kompatibilnosti priziva savjesti i profesionalnog identiteta. Nakon toga navodi se pregled dosadašnjih istraživanja značajnih za temu, a zatim slijedi predstavljanje i interpretiranje rezultata vlastitog kvantitativnog istraživanja koje je provedeno na uzorku od 229 studenata medicine u Republici Hrvatskoj, poslije čega slijedi rasprava rezultata i zaključak.

Cilj ovog rada je, s jedne strane, pružiti adekvatnu filozofsko-sociološku teorijsku i praktičnu osnovu za razumijevanje priziva savjesti u dosadašnjoj i budućoj liječničkoj struci, a s druge strane, ustvrditi povezanost navedena tri fenomena: priziva savjesti, religioznosti i profesionalnog identiteta.

# PRIZIV SAVJESTI

Pitanje priziva savjesti vrlo je polarizirajuće pitanje, a ono njegove primjene u današnjoj suvremenoj medicini predstavlja inspiraciju za nastavak rasprava, budući da je ono i intrigantna tema u javnom prostoru Republike Hrvatske. Time rečeno, najprije je potrebno objasniti sam pojam savjesti, zatim pojam priziva savjesti, njegovu pravnu utemeljenost, njegov značaj za medicinsku struku te predstaviti potencijalne pristupe samom fenomenu, kao i njegove granice. Na kraju je potrebno definirati što se to uopće shvaća pod pojmom „medicinskog čina“.

## Što je to priziv savjesti

Na pitanje što je to točno savjest i kako ju definirati nije lako dati jednoznačan odgovor, na što upućuje sama činjenica koliko se velikih mislioca – filozofa, teologa, književnika, članova medicinske zajednice i ostalih znanstvenika bavilo njenim određenjem kroz povijest. Time rečeno, postoje različite definicije savjesti, od kojih su neka povezana s religijskim shvaćanjem, a druga sa sekularnim – ovdje treba naglasiti da se ona međusobno ne isključuju, već se nadopunjavaju i koegzistiraju. No najprije treba reći da je tu riječ o „subjektivnoj normi moralnosti“, a za ispravnu savjest nužno je da se oslanja na objektivne i općevažeće norme ćudoređa (Gušić, Tićac, 2007:3). Jedna od definicija kaže da savjest predstavlja „razlikovanje između ispravnog i neispravnog djelovanja prema kojem shvaćamo moralne istine i donosimo etičke prosudbe“ (Coronelli, 2020:2). Ona je subjektivna, individualna i okarakterizirana sposobnošću razlučivanja između dobrog i lošeg čina. Obilježena je izravnošću i intuitivnošću kojom razabiremo ćudorednu kvalitetu određenog čina (Gušić, Tićac, 2007:4). Isto tako, savjest se pojavljuje u dva oblika; u prvoj formi ona je praktična svijest o ćudorednom dobru; a u drugoj formi ona je primjena znanja o općim ćudorednim principima na konkretno djelovanje (Gušić, Tićac, 2007:9)

Od filozofskog shvaćanja savjesti istaknula bih Aristotela kao predstavnika starogrčke misli, Immanuela Kanta i Josepha Butlera koji su djelovali za vrijeme prosvjetiteljstva i Tomu Akvinskog kao predstavnika srednjovjekovne filozofije. Aristotelova etika vrlina stavlja naglasak na učenju, usvajanju i djelovanju prema vrlinama, što je temeljno za život u eudaimoniji, odnosno blaženstvu – onaj koji djeluje u skladu s vrlinama istovremeno je i moralan. Savjest prema Aristotelu označuje čin koji se sastoji u primjeni uobičajenog načina djelovanja, ponašanja ili znanja na konkretno djelovanje (Gušić, Tićac, 2007:4). Immanuel Kant uvodi deontološko shvaćanje moralnosti, prema kojem je moralno ponašanje djelovanje iz dužnosti. (Coronelli, 2020:2). „Naša je dužnost sva svoja djelovanja postavljati pred sud unutarnjeg suca u nama, te slušati presudu savjesti koja nas oslobađa ili osuđuje“ (Gušić, Tićac, 2007:7). Svojim pojmom autonomije, koji je odredio kao slobodu samozakonodavstva, čovjek može biti moralan samo ako je slobodan, jer neslobodan čin nije moralan. Glavni pojmovi za Kanta su kategorički imperativ i maksima, a prvotni predstavlja općevažeći, objektivni princip koji postaje takav upravo zahvaljujući drugotnom, subjektivnom principu pojedinca. Važenje kategoričkog imperativa ovisi o individualnim maksimama koje za sve pojedince moraju biti dobre i korisne, pa tako Kant navodi da ako naša, osobna maksima može postati općim zakonom za sve, odnosno za sve važiti jednako, iz nje se može oformiti kategorički imperativ, ali u suprotnom se mora odbaciti i oblikovati nova (Coronelli, 2020:3). Također, za Kanta savjest ne može biti pogrešna, no treba ju razlikovati od moralnog suda, čija prosudba može biti pogrešna (Gušić, Tićac, 2007:7).

Za religijsko shvaćanje savjeti vrijedi spomenuti misli Tome Akvinskog, Josepha Butlera te Katekizam Katoličke Crkve. Toma Akvinski predstavlja religijsku perspektivu poimanje savjesti, a u djelu „O istini“ govori o „prasavjesti“ koja prethodi savjesti te ju objašnjava kao „urođenu sposobnost svakog čovjeka da razlikuje moralna načela“, čime prasavjest predstavlja sam odraz primjene tih načela. (Coronelli, 2020:2). Prasavjest predstavlja opći sud koji ima sposobnost prosudbe samo ako se primjenjuje na pojedinačan sud, čime je prasavjest uvijek „primjena nekog znanja na pojedinu situaciju“ (Gušić, Tićac, 2007:5). Izvor kategorija dobra i zla nalazi se u čovjekovoj volji koja je vođena razumom, pa prema tome razlikovanje između dobrog i lošeg čina ovisi o načinu na koji ih razum shvaća. Budući da je savjest stvar razboritosti, Toma Akvinski naglašava da ona može biti pogrešna iz dva razloga; ili naše znanje nije ispravno; ili u prosuđivanju onoga što treba učiniti nismo bili dovoljno pažljivi i analitični, pa je moguće da razum iz neznanja prihvati nešto dobro kao loše, ili obrnuto. (Gušić, Tićac, 2007:6). Joseph Butler smatra da je savjest „Božji glas u čovjeku“, dok prema Katekizmu Katoličke Crkve savjest znači moralno određivanje i prosuđivanje postupka koji smo učinili, činimo ili ga planiramo učiniti (Coronelli, 2020:2).

Treba reći da neke od vrijednih interpretacija savjesti nudi i medicinska zajednica. Prema liječnici Jasenki Markeljević savjest u smislu moralnosti „opaža, kreira, oblikuje, prosuđuje i vrednuje izvor, sadržaj i posljedice svojih namjera, odluka i postupaka, uočavajući tako razliku između dobra i zla“, dok prema liječniku i bioetičaru Danielu Sulmasyju savjest predstavlja sinergiju volje usmjerene prema podrijetlu i rasuđivanja okrenutog prema specifičnim moralnim činima. Sulmasy kaže da ona proizlazi iz temeljne namjere da se bude moralan, opredjeljenja kojim se reflektiraju „najdublja moralna uvjerenja s kojima se pojedinac poistovjećuje, a očituje se kroz djela savjesti“ (Grahovac, 2020:3-4).

Iz navedenog uočljivo je da iako postoje različite interpretacije savjesti, one u svojoj biti imaju velike sličnosti, pa prema tome možemo reći da je savjest individualna, no istovremeno uvelike i opća, odnosno ovisna o univerzalnim normama i principima. Također, osim samog unutarnjeg osjećaja, važna komponenta savjesti usmjerena je na čovjekovo djelovanje, odnosno akciju. No, treba reći da je religijska etika podvrgnuta kritikama jer se čini da nije više u skladu sa suvremenim svijetom kojeg obilježavaju pluralizam, individualizam, skepticizam, globalizam, tehnicizam i etički relativizam koji mijenjaju starija shvaćanja savjesti. Za kraj potpoglavlja o savjesti izdvojila bih citat za koji smatram da lijepo i ukratko dočarava sam pojam: „Čin savjesti je čin poslušnosti prema istini i istovremeno najviši čin odgovornosti, vladanja i raspolaganje sobom“ (Gušić, Tićac, 2007:9).

## Priziv savjesti u medicinskoj praksi

Prema Witcclairu zdravstveni djelatni, odnosno u našem slučaju liječnik, odluči se pozvati na priziv savjesti (PS) kada odbije izvesti određeni postupak, osigurati uslugu i tome slično, podrazumijevajući da bi taj postupak/usluga bili protivni njegovoj savjesti (Coronelli, 2020:2). Puppinick nalaže da je priziv savjesti moralna i legalna dužnost koja forsira pojedinca da odbije izvršenje nepravednog čina. A prema Čizmiću PS istovremeno i pravo i odluka pojedinca da izvrši, odnosno odbije izvršiti neku radnju, jer bi se njeno izvršenje protivilo savjesti tog pojedinca, gdje se uviđa korelacija između moralnog prava i pravnog prava u smislu pojedinčeve dužnosti (Grahovac, 2020:7). Time rečeno, PS štiti zdravstvene djelatnike i znanstvenike od sudjelovanja u radnjama kao što su: eutanazija, izvršavanje abortusa, propisivanje kontracepcijskih sredstava, sterilizacija, potpomognuta oplodnja, kloniranje, obdukcija, medicinski eksperimenti i sl., odnosno „sudjelovanje u ikakvim istraživanjima, dijagnostikama i terapeutskim postupcima koji nisu u skladu s njihovom savjesti“ (Coronelli, 2020:3). Witcclair naglašava tri slučaja u kojima se liječnik može prizvati na savjest i odbiti pružati uslugu, a to su: (1) pojedinac ima set temeljnih moralnih (etičkih ili religioznih) uvjerenja; (2) pružanje usluge ili dobra inkompatibilno je s pojedinčevim temeljnim moralnim uvjerenjima; i (3) pojedinčevo odbijanje pružanja usluge bazirano je na njegovim temeljnim moralnim uvjerenjima (Coronelli, 2020:4). Ključni pojam su temeljna moralna uvjerenja, pa ga treba adekvatno definirati kako bi mogli razumjeti prethodno. Temeljna moralna uvjerenja su fundamentalni moralni stavovi pojedinca, a uključuju vjerovanja koja su pojedincu najbitnija, ona su dio čovjekovog identiteta i shvaćanja o tome tko je on, uglavnom su stalna i promjenjiva u slučajevima značajnih životnih trenutaka - primjerice tragičan događaj ili duhovno iskustvo (Coronelli, 2020:4). Dakle, pravo na PS legitimno je samo ako se usluga/radnja suprotstavlja pojedinčevim temeljnim moralnim uvjerenjima, a ne ako je ono temeljeno na osobnim interesima ili željama. Primjerice liječnici se mogu pozvati na savjest i odbiti pružati određenu uslugu jer vjeruju da je neispravno tako postupiti, no takva vjerovanja ne moraju nužno biti povezana s njihovim temeljnim moralnim uvjerenjima (Coronelli, 2020:4-5). Isto tako, treba reći da je pravo na PS individualno, a ne kolektivno pravo, što ukazuje na činjenicu da pojedini liječnik može iskoristiti to pravo, ali ne i cijela bolnica (Coronelli, 2020:5)

## Pravna određenja priziva savjesti

Prvotna pojava prava na PS u medicinskoj praksi javlja se u obliku medicinske zakletve poznatije pod nazivom Hipokratova zakletva ili prisega u 16. stoljeću, dakle ne tako davno s obzirom na dugovječnost same medicinske prakse, što pokazuje da je njegova primjena uvelike rezultat razvoja medicine (primjerice eugenika, potpomognuta oplodnja, promjena spola), no i rezultat uvećanja važnosti ljudskih prava, slobode mišljenja i govora (Coronelli, 2020:3). Kao pravni institut, smatra se da je PS utemeljen na suđenjima nacističkih zločinaca u Nürnbergu sredinom 20. stoljeća, budući da se njihova obrana temeljila na opravdanju kako su oni samo izvršavali naredbe nadređenih, ali međunarodno pravna komisija ustvrdila je da činjenje u skladu s naredbama nadređenih i Vlade osobu ne oslobađa odgovornosti, s obzirom na to da je moralni izbor bio moguć (Grahovac, 2020:8). Isto tako, pravo na PS proizlazi iz slobode savjesti osigurane člankom 18. Opće deklaracije o pravima čovjeka, čime se štiti „dostojanstvo, sloboda i koherentnost svake osobe na individualnoj i institucionalnoj razini“ (Coronelli, 2020:3). Valja naglasiti važnost medicinskog prava, čije je područje interesa odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta u pogledu pružanja medicinske usluge. Prema medicinskom pravu zdravstveni djelatnik pravno je dužan slijediti načela medicinske etike, s obzirom na to da je odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata osnovan na pravu i etici (Coronelli, 2020:7). Kada je riječ o pravnom uređenju prava na PS, treba spomenuti neke od istaknutijih dokumenata liječničke etike: *Kodeks medicinske etike i deontologije, Kodeks ljekarničke etike i deontologije, Etički kodeks medicinskih sestara* – Hrvatskoj (Coronelli, 2020:7), a na međunarodnoj razini ističu se već spomenuta *Hipokratova zakletva, Ženevska deklaracija, Međunarodni kodeks medicinske etike i deontologije, Načela etike za europske liječnike, Lisabonska deklaracija, Deklaracija o nezavisnosti i profesionalnoj slobodi liječnika, Deklaracija o ljudskim pravima i osobnoj slobodi medicinskih radnika* i ostale (Kaličanin, 1999:35-57). Time rečeno, Čizmić naglašava da pravo na priziv savjesti ipak nije apsolutno pravo, već ograničeno u mjeri koju propisuju zakoni demokratskog društva, a kao cilj medicinskog prava ističe očuvanje života, tijela, ljudskog dostojanstva i zdravlja, odnosno humanost (Coronelli, 2020:7).

## Tri pristupa fenomenu priziva savjesti

Za daljnju raspravu potrebno je navesti i ukratko opisati tri različita pristupa prema fenomenu priziva savjesti, a to su; (1) apsolutizam savjesti; (2) teza inkompatibilnosti i (3) kompromisni pristup.

1. Apsolutizam savjesti predstavlja tezu prema kojoj liječnik ne mora pružiti uslugu ili izvršiti radnju kojom ugrožava vlastitu savjest, no također nema obavezu direktno ili indirektno sudjelovati u olakšavanju pacijentovog pristupa takvim uslugama ili radnjama (Coronelli, 2020:8). Primjerice anesteziolog koji odbije dati anesteziju ženi koja je došla izvršiti pobačaj, nema dužnost referirati pacijenticu kod anesteziologa koji tu uslugu želi pružiti.
2. Teza inkompatibilnosti nalaže da je svako odbijanje pružanja usluge koju je liječnik sposoban pružiti inkompatibilno s njegovim profesionalnim dužnostima, a obaveza pružanja usluga uvijek pobjeđuje pojedinčevu savjest (Coronelli, 2020:8-9).
3. Kompromisni pristup dopušta i uvažava liječnikovo pravo na priziv savjesti, no to čini samo u slučaju u kojem su zadovoljeni zahtjevi koji služe zaštiti pacijenata. Dakle, liječnik je obvezan postupati protivno vlastitoj savjesti za dobro pacijenta, odnosno u slučaju u kojem je pacijentu nemoguće doći do usluge (Coronelli, 2020:9).

Treba reći da apsolutizam savjesti i teza inkompatibilnosti predstavljaju dvije ekstremne pozicije kojima, s jedne strane, ne postoje etička ograničenja priziva savjesti, a s druge strane, priziv savjesti smatra se inkompatibilnim s profesionalnim obvezama liječnika, dok kompromis predstavlja srednju poziciju kojom se nastoji pomiriti integritet liječnika i zdravlje i potrebe pacijenata. U slučaju kompromisnog pristupa, pokazuje se da je priziv savjesti ovisan o kontekstu, pa se sljedeće trebaju navesti granice priziva savjesti.

## Granice priziva savjesti

Medicinska profesija prepoznaje tri temeljne profesionalne obveze prema pacijentima, koje se kasnije granaju u mnoge specifičnije obveze, a to su; (1) Poštivanje dostojanstva pacijenta i zaštita od diskriminacije; (2) promicanje pacijentovog zdravlja i dobrobiti; i (3) poštivanje pacijentove autonomije (Coronelli, 2020:13). Iz navedenog slijedi da je liječnik posvećen liječenju pacijenata bez primjerice rasnih ili etničkih predrasuda, liječnik uživa povjerenje da će staviti dobrobit i zdravlje pacijenta iznad osobnih interesa te da on mora poštovati pacijentovu autonomiju primjerice u pristupu informacija o njegovom zdravstvenom stanju (Coronelli, 2020:13).

Time rečeno, temeljne profesionalne dužnosti ne zahtijevaju od liječnika da se ponaša suprotno vlastitoj savjesti, već mogu predstavljati smjernice u izboru profesije, odnosno specijalizacije kako bi se postigla ravnoteža između pojedinčevih moralnih uvjerenja i profesionalne dužnosti. Navedene temeljne profesionalne dužnosti ograničavaju priziv savjesti u pet slučaja; (1) diskriminacija; (2) pacijentova šteta; (3) otkrivanje opcija; (4) preporuke i/ili olakšanje prijenosa; i (5) unaprijed dana obavijest (Coronelli, 2020:13). Ukratko ću objasniti svaki od navedenih slučaja.

Kontradiktorno s liječnikovim profesionalnim dužnostima jest odbiti pružiti uslugu/dobro određenoj klasi pacijenata, odnosno odbijanje bazirano na individualnoj diskriminaciji. Neodobravanje, odnosno nesimpatiziranje određene rase, nacionalnosti, vjeroispovijesti ili seksualne orijentacije nije u skladu s dužnosti poštivanja pacijentove autonomije i dostojanstva te se smatra nemoralnim (Coronelli, 2020: 14). U drugom slučaju, temeljne profesionalne dužnosti liječnika kose se s prizivom savjesti u slučaju da on dovede do prekomjernog tereta ili štete pacijentu (Coronelli, 2020:14), primjerice odbijanjem pružanja anestezije (a da u bolnici istovremeno nema anesteziologa koji bi mogao pružiti uslugu) za vrijeme hitnog pobačaja čime se povećava pacijentova bol ili patnja. Da je u bolnici prisutan drugi anesteziolog koji pristaje dati uslugu, ograničenja priziva savjesti za prvog anesteziologa ne bi bilo. Sljedeće, liječnik je obvezan pružiti pacijentu sve informacije o usluzi ili dobru ako je to važno za njihovo zdravstveno stanje, budući da zbog neznanja ili manjka informacija može doći do neugodnosti i tereta (Coronelli, 2020:15). U četvrtom slučaju, zabranjeno je aktivno sprječavanje pacijentovog pristupa legalnim uslugama/dobrima, neinformiranje i blokiranje pacijenta da dođe do primjerice liječnika koji želi pripisati kontracepcijska sredstva ili pilule za dan poslije (Coronelli, 2020: 16). I u posljednjem slučaju, pacijent je vrlo ranjiv i ovisan o vremenu u kojem mu je potrebna zdravstvena skrb, pa je tako liječnik u mogućnosti smanjiti teret i štetu time što će ga na vrijeme obavijestiti o radnjama koje odbija vršiti zbog moralnih uvjerenja. Pacijent s adekvatnim informacijama može potražiti drugog liječnika koji je voljan pružiti uslugu i tako izbjeći nepotreban stres (Coronelli, 2020:17). Time rečeno, svi navedeni slučajevi u kojima je primjena priziva savjesti ograničena pokazuju da se liječnici njihovim kršenjem ne bi držali triju temeljnih profesionalnih dužnosti.

Kad je riječ o granicama priziva savjesti važno je naglasiti mogućnost njegove zloupotrebe, a kao primjer često se navodi odluka liječnika da u jednoj instituciji odbiju pružiti uslugu te se pozovu na savjesti, dok u drugoj instituciji u kojoj djeluju ne primjenjuju pravo na priziv savjesti. Konkretno, liječnik u državnoj bolnici odbija izvesti pobačaj na temelju priziva savjesti, dok u privatnoj praksi pristaju izvesti pobačaj i ne poziva se na savjest. U takvim slučajevima svakako se nameće pitanje autentičnosti, istinitosti i utemeljenosti priziva savjesti; je li PS baziran na religijskoj osnovi; ako jest, kakav je pojedinac vjernik i živi li u skladu sa svojom vjerom; prakticira li vjeru; razumije li postulate svoje religije i slično (Coronelli, 2020:17). U slučaju da liječnikov PS nije zasnovan na religiji, opet se postavljaju pitanja njegove moralnosti, odnosno vrijednosnog sustava kao i samog profesionalizma. Svakako bi bilo nužno dublje ispitati ostale aspekte života takvog pojedinca, što kod osobe može dovesti do osjećaja kompromitiranosti i neugodnosti (Coronelli, 2020:17), no svakako u ovakvim slučajevima gdje se pokazuje potpuna neusuglašenost između djelovanja u liječničkoj struci, ne treba zazirati od dubljeg ispitivanja legitimnosti pojedinčeve moralnosti ili kontinuiranog praćenja rada kako bi došli do razlikovanja između autentičnog i neautentičnog priziva savjesti. Liječnici ipak svojim djelovanjem i odlukama utječu na pacijentov život, uspješnost ili neuspješnost njegovog oporavka ili stanja općenito, a ovakvim nečasnim postupcima i na društvenu perspektivu liječničke struke i njene moralnosti. Isto tako, Čizmić naglašava da je moguće da se liječnik odlučio prizvati na savjesti radi vlastitih nekompetencija u određenom polju, pa time pokušavaju prikriti manjak vještine ili neznanje, što je potpuno inkompatibilno sa samom idejom priziva savjesti (Coronelli, 2020:17).

## Određenje medicinskog čina

Kako bi mogli nastaviti raspravu o prizivu savjesti treba razjasniti što se to podrazumijeva pod medicinskim činom, odnosno pod medicinskom djelatnošću. Budući da je medicinska struka obilježena djelovanjem iz dužnosti, valja razumjeti koje usluge budući liječnici moraju izvršavati i koje to usluge pripadaju esencijalnom shvaćanju medicine, a koje ne.

Sharif i suradnici te Nice i suradnici naglašavaju da ono što se shvaća medicinskim činom definiraju medicinska regulatorna tijela, pa prema tome „zakon i moć mogu postati kriteriji istine“ ako se prihvati teza prema kojoj je jedino važno da liječnici sudjeluju u svim legalnim mogućnostima, čime bi se djelovanje primjerice nacističkih liječnika moglo prihvatiti kao djelovanje prema vlastitom razumijevanju medicine (Grahovac, 2020:15). Nasuprot tome, Gamble i Pruski naglašavaju da istina i moralnost nadilazi ljude, vlast i politiku čime ističu da nije na vladi ili medicinskim regulatornim tijelima da definiraju vlastite „istine“, već da prihvaćaju i prepoznaju istinu koja ih nadilazi (Grahovac, 2020:15). Oni također smatraju da je esencijalna svrha medicine unaprijediti zdravlje i cjelovitost osobe, a Watt navodi da liječnici ne bi trebali biti prisiljeni raditi čine koji nisu usmjereni prema promociji zdravlja ili činiti ono što može biti suprotno funkciji zdravlja. (Grahovac, 2020, 15-16). Tu valja spomenuti „unutarnju moralnost medicine“ prema kojoj određeni postupci nisu nemoralni sami po sebi, ali nije ispravno da ih liječnici izvode jer su suprotni shvaćanju medicinske struke (Hershenov, 2021:107). Važno je navesti razlikovanje između medicinskog čina koji predstavlja postupak usmjeren na postizanje zdravlja pacijenta, od sociokliničkog čina koji se poduzima u odsustvu patologije (Grahovac, 2020:16). Kao primjer medicinskog čina Gamble i Pruski navode postupak plastične kirurgije u liječenju teških opeklina kod pacijenta, a kao primjer sociokliničkog čina ističu plastičnu kirurgiju korištenu u kozmetičke svrhe, što nam govori da sociokliničke djelatnosti nisu nužno medicinske. Tako primjerice pobačaj u normalnoj trudnoći ne predstavlja patološko, nego zdravo stanje, dakle socioklinički čin, dok se pobačaj koji se vrši radi komplikacija i koji može biti opasnost za ženin život predstavlja medicinski čin (Grahovac, 2020:16). Time rečeno, ako pojedinac odbije liječiti bolesne, ublažiti posljedice njihovog patološkog stanja ili spriječiti bolest, ali pristaje propisati kontracepcijska sredstva, ublažiti bol prirodnog poroda ili uklanjati neprivlačne madeže, rekli bismo da taj pojedinac nije liječnik. No, u slučaju da ta osoba prevenira bolesti, liječi bolesne i smanjuje utjecaj bolesti, ali odbija propisati kontracepcijska sredstva ili izvesti estetsku operaciji, smatrali bismo ih liječnicima (Hershenov, 2021:110). Boose shvaća djelovanje u svrhu borbe protiv bolesti kao; (1) prevenciju patoloških stanja; (2) smanjivanje njihove ozbiljnosti; i (3) ublažavanje njihovih loših utjecaja (Hershenov, 2021:107). Poštivanjem „unutarnje moralnosti medicine“ liječnici bi trebali odbiti sudjelovati u postupcima kao što je primjerice mučenje ili smaknuće (što može uključivati i pobačaj, eutanaziju, sterilizaciju itd.), čak i ako su takve prakse u skladu s „vanjskom“ moralnosti društva, odnosno u skladu s društvenim normama (Hershenov, 2021:107). Norme i vrijednosti nekog društva mogu poticati liječnike da djeluju u skladu s njima, odnosno da pružaju usluge koje su „vanjske“ medicinskoj struci kao što je primjerice propisivanje tableta za spavanje putnicima koji mijenjaju vremenske zone, ali nemaju poremećaj spavanja; ili propisivanje lijekova za menstrualne grčeve, no takvi postupci nisu esencijalni medicini i ne predstavljanju njenu bit (Hershenov, 2021:108). „Izvršavanje ne-medicinskog čina može se očekivati od liječnika samo onda kad direktno podržava medicinski čin, a u svim drugim slučajevima imaju ih pravo odbiti izvršiti temeljem svoje savjesti“ (Grahovac, 2020:16). Time rečeno, liječnicima bi trebalo biti dozvoljeno da se suzdržavaju od izvođenja određenih postupaka jer su oni suprotni prirodi profesije u koju su ušli, profesije kojoj su se zavjetovali u svrhu izlječenje i postizanja cjelovitosti osobe (Hershenov, 2021:112).

Shodno tome, bitno je uzeti u obzir kontekst i okolnosti medicinskog postupka, a krivim se pokazuje vrednovanje primjerice pobačaja kao apsolutno ne-medicinskog ili apsolutno medicinskog postupka, odnosno kao primjerenog ili neprimjerenog medicinskoj struci. Tako shvaćen i definiran medicinski čin ukazuje na to da liječnici ne bi trebali izvršavati ili ne izvršavati sociokliničke djelatnosti, već da ih nisu obvezni izvršiti. Time se zaključuje da su budući liječnici dužni izvršavati medicinske čine etično, a trebaju moći slobodno prigovoriti izvedbi onih čina koji su suprotni svrsi liječenja, čime priziv savjesti treba biti dopušten u određenoj mjeri (Grahovac, 2020:16).

# TEORIJSKA ANALIZA FENOMENA: PRIZIV SAVJESTI, PROFESIONALNI IDENTITET I RELIGIOZNOST

Kao što je već rečeno u uvodu, u ovom radu fokus je na potencijalnoj povezanosti fenomena priziva savjesti s religioznosti i profesionalnim identitetom. Iz prethodnog poglavlja uočljiv je značaj osobnih uvjerenja liječnika u formiranju stava prema medicinskoj struci, kao i prema pacijentima. Medicinska struka svakako je neodvojiva od moralnosti i etičnosti u djelovanju i promišljanju, budući da se bavi samim čovjekom, njegovim životom te unapređenjem njegovog zdravlja i dobrobiti. Sukladno tome, fenomen religioznosti pokazuje se važnim za ovu temu budući da je Hrvatska pretežito katolička zemlja u kojoj se njeguju i promiču kršćanske vrednote koje imaju značajno mjesto u formiranju pojedinčevih moralnih uvjerenja, pa time i moralnih uvjerenja kod nekih liječnika. Religija i religioznost promatrane iz sociološke perspektive pridonose jačanju društvene kohezije, zajedništva i osjećaja pripadnosti zahvaljujući zajedničkim uvjerenjima, obredima i ritualima, kao i moralnim vrednotama. Time rečeno, postavlja se zanimljivo pitanje o utjecaju religije i religioznosti kod liječnika u odluci prizivanja na savjest. Naravno, na priziv savjesti liječnici se pozivaju jer odbijaju činiti protivno svojoj savjesti, odnosno protivno temeljnim moralnim uvjerenjima, koja mogu, ali i ne moraju biti religijski utemeljena, no u kontekstu hrvatskog društva vrijedi ispitati potencijalnu povezanost religioznosti i priziva savjesti utemeljenog na istoj. Također, promjene u shvaćanju i prakticiranju religije i religioznosti u suvremenom društvu značajno se mijenjaju radi već spomenutog procesa sekularizacije i sveopćeg pluralizma, pa je zanimljivo ispitati promjene koje se događaju u generacijama budućih liječnika, odnosno trenutnih studenata medicine. Profesionalni identitet javlja se kao treći pojam kojim ću se baviti u ovom radu, a njegova posebnost u medicinskoj struci očituje se u činjenici da on nije temeljen samo na znanstvenim činjenicama, odnosno na znanstvenom znanju pojedinca, već i na moralnim vrijednostima, pa liječnici time istovremeno obnašaju ulogu moralnog agenta i profesionalca. Cilj formiranja ispravnog profesionalnog identiteta nije samo u poučavanju činjenica, već i u promicanju poželjnih vrijednosti, načina ponašanja prema pacijentima, kolegama i sebi. Sukladno tome, treba vidjeti na koji način se formira profesionalni identitet kod liječnika, kakav je utjecaj religije u formiranju uvjerenja, kakvu ulogu profesionalni identitet ima u odluci prizivanja savjest i naposljetku, koja je važnost u očuvanju prava na priziv savjesti.

## Profesionalni identitet liječnika

Pojam identiteta dolazi od latinske riječi *identitas*, odnosno *idem*, što znači isto, a Cifrić i Nikodem navode da postoje njegova dva temeljna značenja: potpuna identičnost i različitost koja pretpostavlja određenu konzistentnost u okviru vremena (Cifrić, Nikodem, 2006:173). U tom smislu, odnos između pojedinaca ili stvari određuje se kroz njihovu sličnost i različitost. Društveni život sastoji se od različitih vrsta identiteta, kao što je individualni („tko sam ja?“) i društveni identitet („tko smo mi?“) koji se grana u rodni, socijalni, jezični, vjerski, nacionalni, klasni, profesionalni, politički, tradicionalni, moderni i drugi (HE, 2021). Svi identiteti, pa čak i onaj individualni donekle su dijelovi društvenog identiteta budući da su vezani uz značenja, „a ona su uvijek rezultat sporazuma ili nesporazuma, uvijek donekle zajednička“ (Cifrić, Nikodem, 2006:173-174). Pitanje identiteta obilježeno je kulturnim i povijesnim specifičnostima koje dovode do društvenih promjena, pa je tako ono kao kulturno, politično ili znanstveno pitanje dobilo na svojoj važnosti u 19. stoljeću zahvaljujući Prosvjetiteljstvu, raznim industrijskim revolucijama koje dovode do nestanka feudalizma i opadanja religijskih autoriteta. Sukladno tome, došlo je do anomičnog, dezorganiziranog, destabiliziranog i delegitimiranog odnosa prema društvenim vrijednostima, pa su tako tradicija, predci, zajednica, klasa, rod, religija koji su stvarali osjećaj sigurnosti, morali biti „modernizirani“ (Cifrić, Nikodem, 2006:174). Također, stvaranje identiteta u općem smislu podrazumijeva određene odnose koji se svode na pet temeljnih individualnih ili kolektivnih odnosa: odnos prema sebi, prema drugima, prema svijetu, prema prirodi i prema bogu, kojima se stvara veza između toga kako netko vidi sebe, kako ga drugi vide, no i vezu između želja i mogućnosti da se te želje ostvare u određenoj društvenoj strukturi (Cifrić, Nikodem, 2006:175). Važno je reći da na konstrukciju identiteta utječu i organizacija društva u kojem živimo, dakle obitelj, rod, etnicitet, religija, mjesto boravka i sl., a uključuje simboličko shvaćanje sebe, što uvelike ovisi o drugima (Cifrić, Nikodem, 2006:175).

Nakon kratkog razjašnjenja identiteta, za medicinsku struku treba objasniti i pojam profesionalizma, odnosno profesije. Riječi profesija i profesionalac dolaze od latinske riječi *professio*, što znači „javno priznavanje“, a profesija je „društvena grupa koja javno objavljuje na koji način su njeni članovi dužni da obavljaju svoje aktivnosti te podliježu sankcijama društva ako ne ispunjavaju svoje dužnosti ili ih zloupotrebljavaju“ (Spahić, 2016:85). Osnovna obilježja profesije su: specifične obaveze i odgovornosti prema društvu, kompetencije u određenim znanjima i vještinama, pravo na obučavanje, certificiranje, sankcioniranje i isključivanje svojih članova u slučaju povrede profesije (Spahić, 2016:85). Profesionalizam u medicini nastoji potaknuti usvajanje stavova, vještina i ponašanja kao što su: altruizam, izvrsnost, dužnost prema profesiji i zajednici, čast i integritet u obliku pravednosti, istinoljubivosti i iskrenosti, odgovornost prema pacijentima, društvu i profesiji, i poštovanje prema pacijentima (Spahić, 2016:85), što čini temelj za povjerenje koje javnost ima u liječnike (Cruess et al., 2014:1447). U tom smislu, medicinski profesionalizam shvaća se kao „normativni vrijednosni sustav sa svrhom zajedničkog stvaranja, javnog iskazivanja i razvijanja pouzdanih mehanizama provođenja zajedničkog obećanja“ prema bolesnicima i zajednici (Ćurković, 2017:5). Navode se tri temeljne dimenzije medicinskog profesionalizma; (1) osobna – iskazana kao ponašajna manifestacija proizašla iz kognicije, osobnih vrijednosnih sustava i karakternih osobina; (2) međuljudska – proizlazi iz svakodnevnih međuljudskih interakcija i odnosa; i (3) društvena – definirana kroz stalno promjenjiv moralni ugovor koji povezuje medicinu kao profesiju i društvo kojem služi (Ćurković, 2017:5-6).

Za razliku od pojma profesionalizma, profesionalni identitet predstavlja „set karakteristika ili opisa koji razlikuju osobu ili stvar od drugih“ (Cruess et al., 2014:1447). Liječnikov identitet predstavlja njega, a postignut je kroz različite faze u vremenu u kojem su se karakteristike, vrijednosti i norme medicinske struke internalizirale, a očituju se kroz pojedinčevo promišljanje, ponašanje i osjećanje o njemu kao o liječniku (Cruess et al., 2014:1447). Dok postoje neke varijacije u shvaćanju liječnika i medicinske struke u različitim kulturama i društvima, ipak postoje određene suštinske vrijednosti koje moraju biti prihvaćene i oko kojih liječnici pri ulasku u profesiju nemaju slobode izbora (Cruess et al., 2014:1448). Tu valja spomenuti medicinsku etiku koja predstavlja skup načela kojima se medicinski radnik treba voditi kada donosi odluke što je ispravno, a što pogrešno, odnosno što je dobro, a što loše za pacijenta i društvo (Kaličanin, 1999:1). Hipokritova zakletva ukazuje na četiri načela medicinske struke;   
*načelo dobrohotnosti* – sinonim za humanost, podrazumijeva ljubav prema pacijentu, volju da mu se pruži pomoć kada je u nevolji, zaštitu njegovih interesa i spremnost da se preuzme odgovornost za svoje postupke;  
*načelo pravednosti* – podrazumijeva nediskriminatorno ponašanje koje ističe pravo na život i zdravlje svih ljudi;  
*načelo poštovanja ličnosti prema pacijentu* – uključuje pravo na informirani pristanak, pravo na slobodan izbor liječnika, zaštitu od mučenja, nehumanih postupaka i eksploatacije, pravo na liječenje uz što manje ograničenje slobode i slično;  
*načelo poštovanja života* – podrazumijeva pravo na život svih ljudskih bića, i u novije vrijeme, pravo na kvalitetu života i pravo na unaprjeđenje zdravlja (Kaličanin, 1999:16-17).

Medicinska profesija u svojoj biti sadrži vrijednosne sustave koji oblikuju moralni ugovor prema zajednici, društvu i prema pojedincu, pacijentu, a time se istovremeno stvara izazov za liječnike koji uvijek moraju djelovati u najboljem interesu pacijenata. Odnos između liječnika i pacijenta baziran je na međusobnom povjerenju koje je temeljeno na „višim“ vrijednostima (Sullivan, 2000:673), pa se od liječnika očekuje da ne teže postizanju financijskog dobitka, statusa ili autoriteta. Liječnici dakle jesu moralni agenti, no bitno je reći da se moralnim agentom ne postaje odjednom, već se ispravno moralno djelovanje i promišljanje razvija kroz složen i dugotrajan proces promatranja, prosuđivanja i djelovanja (Grahovac, 2020:14). Medicinski profesionalizam, odnosno profesionalni identitet mora biti poučavan, kao i medicina koja je profesija u svrsi ozdravljenja (Cruess et al.,2014:1146). Time rečeno, medicinska edukacija treba biti organizirana tako da poduči studente medicine ne samo da budu kompetentni u svojoj struci, već i kako da napreduju u formiranju svog profesionalnog identiteta. To uključuje razumijevanje samog profesionalizma, internaliziranje medicinskog vrijednosnog sistema, kao i neprestano demonstriranje ponašanja koji se očekuju od profesionalca (Cruess et al., 2014:1146). Važno je napomenuti da se profesionalni identitet razvija u kontekstu pojedinčevog razvoja identiteta, odnosno procesa koji započinje rođenjem i rezultat je kompleksne mješavine identiteta – spol, nacionalnost, rod, religija, klasa i sl., koji reprezentiraju kako svaki pojedinac doživljava sebe i kako ga drugi doživljavaju. Osobni identitet predstavlja temelj za formiranje profesionalnog identiteta, što znači da su značajni dijelovi tog originalnog identiteta prisutni kod budućih liječnika (Cruess et al., 2014:1447-1448). Formiranje profesionalnog identiteta se prema Cruessu i suradnicima odvija na dvije razine: na individualnoj razini, koja uključuje psihološki razvoj osobe, i na kolektivnoj razini, koja uključuje socijalizaciju pojedinca u primjerene uloge i forme sudjelovanja u radu zajednice. Druga razina tiče se sekundarne socijalizacije, koja najprije uključuje razvoj identiteta studenta medicine; zatim prolaze kroz specijalizaciju gdje na sebe gledaju kao na specijalizante, nakon čega napokon ulaze u medicinsku struku s do tad višestrukim usvojenim identitetima (Cruess et al., 2014:1448). Stvaranje profesionalnog identiteta je proces, a iz prethodno rečenog da se zaključiti kako se podrazumijeva da pojedinci koji ulaze u medicinsku struku imaju *a priori* moralne vrijednosti bliske medicinskoj profesiji.

Sukladno rečenom, liječničko zvanje nije samo profesija nego i poziv, „trajna egzistencija osobe, za koju se opredijelila svojim znanjem i etičkim stavom“ (Rumboldt i Rumboldt, 2019:31). Moralni integritet liječnika može se shvatiti kao dosljedno i konzistentno poštovanje vlastitog svjetonazora i vrijednosnih sudova. Iako nije realno očekivati da osoba bude apsolutno dosljedna, moralnom integritetu i dosljednosti svakako se treba težiti budući da oni čine presudan dio liječničkog identiteta. Time rečeno, temeljne moralne kvalitete dobrog liječnika mogu se iskazati kroz sljedeća tri pojma; *Decorum* - izraz koji se odnosi na vanjske znakove unutrašnjih vrlina koje se iskazuju svakodnevnim ponašanjem, od oblačenja do pristojnog govora, koje služi kao primjer kolegama, pacijentima i ostalim građanima; *deontologija* – većinski se odnosi na obveze poštivanja principa humanosti, ćudoređa i dosljednosti u odnosu s kolegama i pacijentima; i *politička etika* – označava moralna pitanja liječnika kao javne osobe s naglaskom na „ravnoteži ovlasti i odgovornosti te izbjegavanju sukoba interesa u zaštiti općeg dobra“ (Rumboldt, Rumboldt, 2019:31).

## (In)kompatibilnost medicine i religije

Odnos između medicine i religije zanimljivo je proučiti, budući da na prvu mogu izgledati kao dvije odvojene sfere djelovanja i promišljanja. Jedna je znanstvena, praktična, empirijska i temeljena na činjenicama i dokazima, a druga svoje uporište nailazi u transcendentnom biću, dogmama i vjerovanju. Za ovu raspravu o prizivu savjesti u liječničkom zanimanju javlja se potreba za ispitivanjem uloge religije i religijskih uvjerenja jer ipak, slučajevi priziva savjesti koji najčešće dobivaju pozornost tiču se odbijanja pružanja usluge na temelju religijskih uvjerenja liječnika. Je li, i može li medicina u svojoj srži biti odvojena od religije?

Religija predstavlja sveobuhvatno zamišljanje i uređenje ljudskog postojanja unutar prirode i kozmosa, što podrazumijeva vjerovanje u uglavnom nadnaravno Biće ili Bića, razlikovanje između svetog i profanog, kao i između dopuštenog i zabranjenog u životu, a također usađuje karakteristične emocije, motivacije i vrline (Vanderpool, Levin, 1990:10). Pomoću religije čovjek stvara smisao u kaotičnosti i tragičnosti života te upoznaje vrijednosti. Medicina, s druge strane predstavlja praksu razumijevanja i liječenju fizičke i emocionalne bolesti i patnje, s ciljem povratka zdravlju, produženju života i izbjegavanja smrti. Iako je medicina kao znanost shvaćena i provođena u okviru naturalističkog pogleda na svijet, prepoznate su i neke religijske karakteristike znanosti. Liječnici se oslanjaju na već provođena, ritualna djelovanja uz postojanje „apostolskog autoriteta“, kao i na moćne simbole koji prikazuju značenje i validnost njihove struke (primjerice bijela kuta kao simbol znanosti i čistoće) te kod pacijenata bude određene osjećaje i raspoloženja, primjerice povjerenje i ozbiljnost. Time rečeno, postoje određene dinamičke sličnosti između medicine i religije (Vanderpool, Levin, 1990:10).

U religiji i medicini postoje tvrdnje koje se smatraju istinitima i postojanima, kao i fundamentalni principi koji se tiču ljudskog života. Oni se sastoje od općih istina glede poštivanja pojedinčeve vrijednosti i smisla, od značenja i svetosti života, kao i od poštivanja prirode i međuodnosa između uma i tijela. Zajedničke karakteristike medicine i religije očituju se i u shvaćanju postojanja i svrhe patnje, bolesti, seksualnosti i smrti, što obje objašnjavaju kao prirodnost tijeka čovjekovog života i dio prirodne „okrutnosti“ (Vanderpool, Levin, 1990:11). No, one također utječu jedna na drugu, pa tako primjerice moderna medicina svojim dostignućima i znanstvenim saznanjima glede početka čovjekovog života utječe na religijsku tradiciju u shvaćanju razvoja fetusa, odnosno priznavanja postojanja čovjekove osobnosti. Isto tako, unatoč sve raširenijoj sekularizaciji koja se odvija u Zapadnom svijetu, medicinska struka ipak reflektira judeo-kršćanska vjerovanja o neupitnoj vrijednosti individue, svetosti života i smatranja smrti kao neprijatelja (Vanderpool, Levin, 1990:12). Sukladno tome, religija i medicina propisuju i zabranjuju što se može činiti s ljudskim životom, odnosno kontinuirano definiraju i redefiniraju etički ispravne i neispravne postupke, a može se reći da obje služe kao „etički vratari“ u svakodnevnim odlukama individue (Vanderpool, Levin, 1990:12). Pojedinci se pouzdaju u religiju i medicinu da uspostave institucije, uloge i programe poduke koji trebaju potaknuti i reformirati postojeće moralne norme, što uključuje fizičke institucije (bolnice, domove za starije), uloge (liječnik, sestra, kapelan…) i različite tipove standardiziranih treninga za utjelovljenje navedenih uloga (Vanderpool, Levin, 1990:13). Isto tako, obje se fokusiraju na ublažavanje i nošenje s bolnim i tragičnim aspektima ljudskog života, pa u tom smislu možemo uočiti medicinski i religijski menadžment koji su evidentni i zajednički u vrijeme značajnih životnih trenutaka – rođenje, djetinjstvo, adolescencija i odrastanje, brak, roditeljstvo, starenje i smrt (Vanderpool, Levin, 1990:13-14). Shodno navedenom, obje nastoje poboljšati i unaprijediti ljudski života u smislu stvaranja mira, stabilnosti, spokoja, sreće, snage, kao i emocionalne i fizičke dobrobiti (Vanderpool, Levin, 1990:14).

Medicina i religija imaju više sličnosti nego što se na prvu dade zaključiti, a dijele i snažnu međuovisnost u formiranju mišljenja i djelovanja prema čovjeku i čovjekovom životu. Obje naglašavaju vrijednost čovjekovog života, važnost njegovog održanja i unaprjeđenja te imaju fundamentalnu ulogu u određenju pojedinačne i zajedničke moralnosti. Može se čak reći da bolje razumijevanje religijskih vrijednosti potiče bolje razumijevanje medicinske struke i djelovanja unutar nje. No, nakon navedenih sličnosti treba razmotriti i potencijalne probleme i različitosti koji se javljaju u današnjem suvremenom svijetu u pogledu religije i medicine. Pluralitet koji pretpostavlja postojanje različitih poimanja stvarnosti, dovodi do oblika zbunjenosti i relativizma u pogledu normi, ali i do otvorenosti koja je sukladna današnjim fenomenima moderniteta, globalizacije, sekularizacije, relativizacije, racionalizacije, urbanizacije i sl. Spomenuti fenomeni ne znače da je religioznosti u društvima sve manje, već naprotiv, ona je jednako jaka ali promijenjena u svom obliku (Coronelli, 2020:20). Sekularizacija je omogućila odvajanje nekih dijelova života od Crkve i religije, što je posebno vidljivo u znanstvenom i tehnološkom diskursu, gdje dokazive činjenice predstavljaju temelj, no ona ipak nije dovela do „ukidanja“ religije i njezinog značaja za pojedinca i društvo (Coronelli, 2020:23). Čini se bitnim istaknuti razliku između slobode savjesti i slobode religije koju spominje Weinstock. Sloboda savjesti štiti sposobnost kritičkog promišljanja o moralnim pitanjima koja se pojavljuju u društvu, a sloboda religije štiti pojedinčevo sudjelovanje u praksama i ritualima čija je moralna funkcija posvećivanje života u svakodnevici (Grahovac, 2020:12). Prizivanje na slobodu savjesti i na slobodu religije u oba slučaja odnosi se na „unutarnje“ motive, no Weinstock smatra da je teže odobriti i uvažiti priziv savjesti baziran na slobodi religije, nego li na slobodi savjesti. One se razlikuju utoliko što se sloboda savjesti izražava u validnim „vanjskim“ razlozima za koje ne postoji analogija u slučaju savjesti temeljene na religiji (Grahovac, 2020:12). No, prema Powelu vjerska sloboda označava „poštivanje prema načinu na koji vjerske obveze oblikuju ljudsku savjest u vezi s pitanjima kako treba djelovati u svim domenama života, uključujući njihov rad u zdravstvu“ (Grahovac, 2020:13).

Ali važno za ovu raspravu jest pokušati razumjeti gdje je granica u utjecaju religijskih uvjerenja na medicinsku praksu. Hershenov navodi da liječnicima koji žele biti oslobođeni od određenih praksi koje ne induciraju patologije, odnosno bolesti, pozivanje na priziv savjesti ne bi trebalo biti uvaženo. Kao primjer navodi žensku studenticu medicine i pripadnicu Islama koja ne želi vidjeti gole muške pacijente, ili učiti o spolno prenosivim ili alkoholom induciranim bolestima jer to ugrožava njenu religijsku osjetljivost (Hershenov, 2021:114-115). Isto se odnosi na liječnika koji pripada Jehovinim svjedocima i ne želi sudjelovati u pružanju transfuzije krvi jer takvi slučajevi mogu samo ugroziti pacijenta i pogoršati njegovo stanje (Hershenov, 2021:115). No vrlo je problematično govoriti o potencijalnoj šteti i ugrozi koju pacijent može doživjeti radi liječnikovog prizivanja na savjest. U gore navedenim primjerima religijskog priziva savjesti on se smatra nelegitimnim jer može dovesti do nepotrebne štete za pacijenta, pa se treba zapitati dolazi li do nepotrebne neugodnosti i patnje u slučaju pacijentice koja želi izvesti pobačaj, a prisiljena je to učiniti „na živo“ jer su se svi anesteziolozi u bolnici pozvali na savjest. Kako mjeriti i definirati nepotrebnu patnju i štetu? Nameće se ideja da su priziv savjesti i njegova primjena uvelike ovisni o kontekstu i interpretacijama situacije, što također dovodi do različitosti u mišljenju i djelovanju u takvim situacijama.

## 3.3. (In)kompatibilnost priziva savjesti i profesionalnog identiteta

Pitanje priziva savjesti najčešće budi najviše pozornosti radi slučajeva u kojima liječnik odbije pružiti određenu uslugu pacijentu na temelju vlastite savjesti, a pacijent uglavnom trpi negativne posljedice i neugodnost. Takve situacije potiču bujicu pitanja o prizivu savjesti, medicinskoj struci i odnosu između pacijenta i liječnika: kako regulirati primjenu priziva savjesti?; u kojim situacijama liječnik treba djelovati suprotno vlastitoj savjesti?; treba li uopće, ili je pojedinčev moralni integritet iznad potreba drugih?; kako zaštititi pacijenta od nepotrebne patnje i neugodnosti?; jesu li interesi i potrebe pacijenta iznad liječnikovih?; u kojim je slučajevima priziv savjesti legitiman, a u kojima nije?; je li priziv savjesti inkompatibilan s medicinskom strukom?, i još mnoga druga. Za ovu raspravu čini se zanimljivo pitanje inkompatibilnosti medicinske struke, odnosno medicinskog profesionalizma i priziva savjesti. Neal i Fovargue navode da stav pojedinca koji se odluči prizvati na savjest stoji u opoziciji s onim što očekujemo od „dobrog“ liječnika, pa se postavlja pitanje kako se to ponaša „dobar“ liječnik (Neal, Fovargue, 2019:1).

Kao jedna od prednosti priziva savjesti navodi se vrijednost integriteta, pa time njegova primjena održava moral ili osobni integritet pojedinog profesionalca, s tim da se prihvaća postojanje veze između savjesti i integriteta (Neal, Fovargue, 2019:1-2). Savjest nas tjera ili ograničava od određenih postupaka, a kada pojedinac prepozna svoje djelovanje unutar profesionalne uloge kao konfliktne s njegovom savjesti, mora donijeti moralnu odluku: ili će prihvatiti svu odgovornost profesionalne uloge, ili će odabrati drugu profesionalnu ulogu koja će biti u skladu s njegovim osobnim uvjerenjima (Eberl, 2019:484). Druga opcija ne čini se ispravnom, budući da se njome potiče vrijednosna i perspektivna istovrsnost, a ne različitost unutar struke (Coronelli, 2020:6). Također, prihvaćanje i poštivanje prava na priziv savjesti održava unutarnju harmoniju, moralnu konzistenciju, a izbjegava osjećaj krivnje i *sebeizdaju*, što se može smatrati „nasiljem“ nad moralnim agentima i njihovim integritetom (Neal, Fovargue, 2019:2). Uvažavanje priziva savjesti omogućava prostor u kojem pojedinci mogu razvijati i održavati svoju ulogu moralnog agenta, kao što i štiti njihovo funkcioniranje ograđujući ih od prisilnih povreda savjesti (Neal, Fovargue, 2019:3). Savjesno ponašanje je sveprisutno, a društvo prema Sulmasyu treba nastaviti njegovati različite oblike savjesti – pogotovo u sklopu medicinske struke. „Pravilno formirana savjest je neophodna kako bi osigurala da medicinski profesionalci mogu najbolje pomoći pacijentima“ (Eberl, 2019:484). Iz navedenog uočljivo je kako savjest i moralnost pojedinca, u ovom slučaju budućih liječnika, na neki način predstavljaju samu moralnost društva, njegove vrijednosti, ali i različitost u shvaćanju i tumačenju onoga što je ispravno ili neispravno. Schuklenk i Smalling smatraju da profesionalci koji se voljno pridruže određenoj profesiji ne bi trebali biti „obdareni“ legalnim zahtjevom da ne pruže usluge koje su u sklopu njihove struke i sukladne onima koje društvo od njih očekuje da će pružiti. Inzistiraju da se prizivu savjesti medicinskih profesionalaca ne mora ugoditi u liberalno-demokratskim društvima te bi takvo ugađanje oborilo neke od glavnih razloga zašto uopće postoji medicinska struka kao takva (Neal, Fovargue, 2019: 3). Schuklenk i Smalling vide inkompatibilnost između prioritiziranja savjesti nad pacijentovim interesima i ponašanja koje s pravom očekujemo od liječnika, što ističe dva pitanja: ono o inkompatibilnosti u principima i ono o inkompatibilnosti u praksi (Neal, Fovargue, 2019:4).

Prema tome, najprije se treba upitati kakav bi stav liječnici trebali utjeloviti? U medicinskoj struci često se ističe altruizam kao nesebična briga za dobrobit drugih, primjerice rad izvan radnog vremena, besplatno liječenje siromašnih, pa se iz toga izvodi da kada bi liječnik djelovao suprotno pacijentovim vrijednostima, on bi se udaljio od medicinskog standarda altruizma (Neal, Fovargue, 2019:4-5). Fiala i Arthur smatraju da je priziv savjesti odraz „nečasne neposlušnosti“, jer se suprotstavlja etičkoj obavezi da se služi javnosti, dok prema Schuklenku i Smallingu profesionalizam liječnika zahtijeva voljnost ili spremnost da se najprije služi pacijentovim interesima, a Savulescu gleda na liječnike kao na „javne službenike“ koji bi trebali potisnuti svoj moral i činiti sve kako bi služili pacijentu u okviru zakona (Neal, Fovargue, 2019:5). U navedenim stavovima uočljivo je shvaćanje liječnika kao profesionalca, kao osobe koja služi drugima, njihovim potrebama, interesima i željama, no umanjuje važnost liječnikove savjesti. Pouzdanost se također navodi kao jedan od primarnih moralnih atributa kod zdravstvenih djelatnika, budući da je odnos između liječnika i pacijenta temeljen na povjerenju i uključuje poznavanje pacijentovih najprivatnijih domena života (Neal, Fovargue, 2019:6). Takav oblik slijepog povjerenja bazira se na najranijem odnosu između liječnika i pacijenta, tzv. paternalizam koji liječnika vidi kao „vrhunskog poznavaoca svoje struke koji se u svom radu rukovodi poštivanjem osnovnih principa medicinske etike kako bi djelovao u interesu pacijenta“ (Spahić, 2016:79). No, paternalizam polako počinje slabiti, a sve više pažnje posvećuje se poštivanju autonomije pacijenta, čime se sama odgovornost za liječenje prenosi na pacijenta (Spahić, 2016:80). Pacijenti tu dobivaju slobodu da se sami informiraju i istražuju opcije liječenja, traže savjet i konzultacije od liječnika, pa tako njihov odnos postaje sve više suradnički. U deklaraciji o zdravstvenoj zaštiti orijentiranoj na pacijenta navodi se da zdravstvena zaštita mora biti bazirana na pet principa: poštovanje, izbor i osnaživanje, učešće pacijenata u kreiranju zdravstvenih politika, pristup i podrška, i informiranost (Spahić, 2016:80). Također, ova dva prikaza odnosa između liječnika i pacijenta ne moraju se nužno pobijati, niti isključivati, budući da je svaki pojedinačan odnos poseban te uključuje elemente i paternalističkog i autonomnog shvaćanja (Spahić, 2016:81).

Poštivanje prava na priziv savjesti pokazuje se nužnim za održavanje integriteta individue, jer ako je važnost integriteta moralnog agenta umanjena, onda je i moralna vjerodostojnost, kao i dobar profesionalizam (Neal, Fovargue, 2019:8). Budući liječnik kao moralno vjerodostojna osoba je osoba kojoj dajemo povjerenje jer ima ugrađenu motivaciju i želju da izvodi ispravne postupke, što nas dovodi do tvrdnje da oni trebaju živjeti paralelne profesionalne i privatne „moralne živote“ u kojima iskazuju kontradiktoran set vrijednosti, odnosno moralnu nekonzistentnost. Glavna šteta u kršenju savjesti ne sastoji se samo od nastanka negativnih emocionalnih i psiholoških stanja, već u nasilju učinjenom nad pojedincima kao moralnim agentima i njihovom integritetu (Grahovac, 2020:14). Altruizam i nesebičnost nisu samo standardi profesionalnog ponašanja koji mogu biti naučeni, već su vrline, odnosno pokazatelji izvrsnosti karaktera koji se postupno razvijaju kroz učenje i praksu uzimajući u obzir i kontekst moralnih odnosa i zajednice. Navedene vrline time postaju fundamentalni dijelovi pojedinčevog karaktera (Neal, Fovargue, 2019:9). Sukladno navedenom, pokazuje se da ne postoji principijelna inkompatibilnost između dobrog profesionalizma i održavanja prava na priziv savjesti, već suprotno, moralna vjerodostojnost pokazuje se kao neophodnom karakteristikom dobrog liječnika, a priziv savjesti nije inkompatibilan s moralnom vjerodostojnošću, već ju on priznaje, uvažava i osigurava u praksi (Neal, Fovargue, 2019:10).

Zagovaratelji prava na priziv savjesti predložili su raspon prijedloga u kojima je to pravo ograničeno i neprimjereno, a to uključuje sljedeće;   
1) situacije u kojima liječnikovo odbijanje usluge može rezultirati smrću pacijenta;  
2) pravo na priziv savjesti treba biti ograničeno na specifične slučajeve prema nekom kriteriju;  
3) primjena priziva savjesti mora biti iskrena i razumna;  
4) priziv savjesti mora biti otvorena opcija u slučajevima gdje bi liječnikovo djelovanje bilo direktno (Neal, Fovargue, 2019:10). Navedeni prijedlozi čine se razumni, primjereni i usklađeni s ciljem medicinske struke, a to je održanje ljudskog života i dobrobiti, ali ne zanemaruju ekstremne slučajeve u kojima priziv savjesti može dovesti do veće štete i patnje kod pacijenta nego što bi ona bila da se liječnik nije prizvao na savjest. No ne treba izostaviti i potencijalne probleme vezane uz navedene prijedloge.

S druge strane, vrlo slično gore opisanim prijedlozima vrijedi dodati i kriterije prihvatljivosti priziva savjesti koje u svom radu spominju Mirjana i Zvonko Rumboldt, a oni su sljedeći:

1) predmetna intervencija predstavlja ozbiljnu povredu dubokih uvjerenja liječnika;

2) prigovor počiva na čvrstim, uvjerljivim moralnim ili religijskim temeljima;

3) liječnik je dosljedan u svojim stavovima;

4) intervencija ne predstavlja temeljnu aktivnost tog liječnika;

5) uskraćivanje zahvata ne ugrožava život pacijenta i nema teške, nesagledive posljedice;

6) postoje drugi stručnjaci koji mogu izvršiti intervenciju bez odgađanja

(Rumboldt, Rumboldt, 2019:27). U ovim kriterijima vidljivo je poštovanje i uvažavanje liječnika kao moralnog agenta, kao osobe čija je „čista“ savjest vrijedna i poželjna te ne bi trebala biti povrijeđena, ali isto tako ne ignorira ekstremne slučajeve u kojima bi pravo na priziv savjesti trebalo biti limitirano.

Time rečeno, kako bi priziv savjesti bio kompatibilan s profesionalizmom liječnika on mora biti temeljen na iskrenosti i razumu, što u najmanju ruku pokazuje da su neiskrena pozivanja na savjest inkompatibilna s liječničkim profesionalizmom (Neal, Fovargue, 2019:10-11). Testiranje i ispitivanje iskrenosti prizivanja na savjest pokazuje se kao jedino mjerilo po kojem se može odrediti njegova plauzibilnost, no nemoguće je ustvrditi istinitost i iskrenost nečijih uvjerenja, odnosno dokazati da pojedinac zaista drži do uvjerenja koja izražava. U slučajevima u kojima se pokaže da je priziv savjesti neiskren ne treba ga uvažiti, primjerice ako liječnik odbija izvesti uslugu pobačaj jer ga smatra neukusnim i neprimjerenim, budući da nedostaje komponenta iskrenog odbijanja temeljenog na moralu. Isto tako, čini se neprimjerenim uzeti u obzir osobna duhovna ili religiozna uvjerenja pojedinca budući da ona ne mogu proći test „razumnosti“, primjerice ne može se odrediti iskrenost ili razumnost pojedinčevog stava da je svaki ljudski embrij namjerno stvoren i voljen od strane Boga (Neal, Fovargue, 2019:11-12). Uočljiv je problem koji se javlja, a to je problem nemogućnosti utvrđivanja istinitosti ili neistinitosti nečijih moralnih uvjerenja, što znači da su prizivu savjesti otvorena vrata svojevoljnosti, što može dovesti do nepotrebne štete ili patnje za pacijenta (Neal, Fovargue, 2019:12). Tu se dakle treba naglasiti razlikovanje između priziva savjesti koji je vrijedan poštovanja i očuvanja, od netolerancije, pa tako Sulmasy pod iskrenim prizivom savjesti smatra onaj koji je „usmjeren spram određenog čina kojeg bi kliničar odbio izvršiti svakoj osobi koja ga traži, neovisno o rasi, religiji, rodu ili seksualnoj orijentaciji“ (Grahovac, 2020:20). Priziv savjesti treba biti usmjeren na postupak, a ne na osobu, njezinu situaciju ili karakteristike. Kako bi priziv savjesti bio toleriran, liječnik bi trebao dokazati kako je medicinski čin u kojem odbija sudjelovati važan za ponašanje kojem prigovara, mora imati kriterije moralne složenosti i biti konzistentno primjenjivan u svim slučajevima i za sve pacijente (Grahovac, 2020:21). Suprotno Sulmasyu, McConell nalaže da svojim argumentom o toleranciji jednako uvažava interese pacijenata i interese liječnika, čime se zanemaruje liječnička obaveza stavljanja pacijentovih interesa i potreba iznad vlastitih, kao i sama autonomija pacijenta (Grahovac, 2020:21).

Iz navedenog zaista je evidentna veličina problematike oko priziva savjesti. Teško se složiti oko pitanja čiji bi interesi i potrebe u ovom slučaju trebale prevladati, liječnikove ili pacijentove. Svakako ne treba umanjivati važnost moralnog integriteta pojedinca, pa tako ni budućih liječnika, budući da individualna moralnost odražava onu kolektivnu, društvenu moralnost. Zasigurno je očuvanje priziva savjesti važno jer štiti slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijesti, omogućuje postojanje pluralizama u pogledu mišljenja, štiti čovjekovu autonomiju, potiče toleranciju i jamči jedinstvenost unutar struke (Coronelli, 2020:5).

# PREGLED DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

Za ovu temu važno je uzeti u obzir dosadašnja istraživanja i spoznaje na globalnoj razini o utjecaju religijskih vrijednosti na liječničku praksu. Odnos religioznosti i medicinske prakse propituje se u cijelom svijetu, kao i njihov međusobni utjecaj na liječnikovo i pacijentovo donošenje odluka vezanih uz ozdravljenje.

Istraživanja koja su se provodila po cijelom svijetu pokazuju da stav liječnika prema religiji i duhovnosti utječe na njihovu interakciju prema pacijentima (Kørup et al. Medicine, 2019:2). Također, vjerojatnije je da će religiozni liječnici razgovarati o religioznosti i duhovnosti sa svojim pacijentima, manje vjerojatno da će pacijentu preporučiti liječenje u ustanovi za mentalno oboljele, manje vjerojatno da će pružiti informacije ili referirati pacijenta kod drugog liječnika kada je riječ o pružanju usluga kojima se protive na moralnoj osnovi (slučaj priziva savjesti) te će se češće pozvati na religijski priziv savjesti u slučajevima eutanazije. Ali isto tako, pokazuje se da religijske i duhovne vrijednosti uvećavaju empatiju, altruizam i motivaciju kod liječnika (Kørup et al. Medicine, 2019:2). Na uzorku od 3342 liječnika u SAD-u, Indoneziji, Njemačkoj, Indiji, Danskoj, Brazilu i Austriji ustvrđena je snažna pozitivna korelacija između religioznosti i utjecaja religije na njihovo medicinsko djelovanje, odnosno pola ispitanika u istraživanjima su naveli da su pod utjecajem njihovih osobnih religijskih uvjerenja (Kørup et al. Medicine, 2019:5). Pri tome su liječnici iz Austrije najviše pod utjecajem religijskih uvjerenja u praksi – što je povezano s bolnicom koja je pod vodstvom Katoličke Crkve, dok su liječnici iz Brazila pokazali manji utjecaj religije na njihovu praksu, ali su usredotočeniji na osobnu religioznost i poistovjećivanje s religijom, umjesto korištenja religijskih vrijednosti u brizi za pacijente. Liječnici iz Indonezije najviše pripadaju Islamu, a kod tih ispitanika nitko se nije izjasnio kao agnostik ili ateist, dok je u slučaju turskih liječnika u Njemačkoj koji također pripadaju Islamu drugačiji te se kod njih uočava utjecaj sekularizacije kroz slabije izjašnjavanje pripadnosti religiji (Kørup et al. Medicine, 2019:6-7).

U drugom istraživanju koje je provedeno na uzorku od 2000 liječnika u SAD-u, njih 55% navelo je da njihova religijska uvjerenja utječu na njihovu medicinsku praksu (Curlin et al., 2005:629). Karakteristike koje su se uzele u obzir u ovom istraživanju su: pripadnost religiji, unutarnja religioznost, frekventnost odlaska u Crkvu, vjerovanja, duhovnost nasuprot religioznosti, vjersko suočavanje i demografija, a iz rezultata se ustvrdilo da je kod liječnika u usporedbi s ostatkom populacije jednako vjerojatno da se izjasne kao pripadnici određene religije, no razlika je u tome što se više liječnika izjašnjava kao pripadnicima manjih religijskih zajednica (Curlin et al., 2005:630-632). Različitosti između liječnika i ostatka populacije očituju se u sljedećem; liječnici više prisustvuju religijskim službama od ostatka populacije, ali manje implementiraju religijska uvjerenja u ostalim aspektima života; liječnici se više opisuju kao „duhovnima“, dok su religioznost i duhovnost povezaniji pojmovi kod ostale populacije; liječnici se manje oslanjaju na Boga u nošenju i donošenju odluka u kontekstu bolesti nego ostatak populacije (Curlin et al., 2005:632).

U trećem istraživanju koje je provedeno na 3630 studenata medicine u Brazilu ustvrdilo se sljedeće; njih 71,2% vjeruje u utjecaj duhovnosti na pacijentovo zdravlje, od čega 68,2% da je taj utjecaj pozitivan; 58% studenata je htjelo apostrofirati religioznost/duhovnost u njihovoj kliničkoj praksi i njih 75.3% to smatra relevantnim, dok ih 48,7% smatra da za to nisu spremni (Lucchetti et al., 2013:1). Važno je naglasiti stavove studenata medicine u Brazilu kada je riječ o ulozi duhovnosti/religioznosti u njihovom obrazovanju te podatci nalažu da su njih 78,3% od svojih mentora rijetko ili nikad čuli značaj navedenih fenomena u medicinskoj praksi, a više od pola ispitanika smatra da bi trebali biti obučavani u povezivanju religije/duhovnosti sa zdravljem njihovih budućih pacijenata. Ovdje se postavlja pitanje o tome bi li uključivanje navedenih tema u medicinski kurikulum uzrokovalo izbacivanje drugih važnih tema, a kao glavni razlog implementacije religioznosti i duhovnosti u obrazovni program navodi se bolje razumijevanje njihove uloge u brizi za pacijente (Lucchetti et al., 2013:1).

Sljedeće istraživanje provedeno na 528 liječnika iz Poljske prikazuje slabiju pozitivnu korelaciju između religioznosti i empatije, altruizma i holizma (J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, 2012:505). Kada je riječ o Božjem utjecaju na suočavanje s profesionalnim teretima, čak 70% ispitanika složilo se da im vjera u Boga pomaže u nošenju s teškim profesionalnim situacijama, a kod 33% ispitanika vjera je utjecala na njihovu odluku da postanu liječnici. Treba istaknuti da su kirurzi u ovom istraživanju ispali manje religiozni od ne-kirurških područja djelovanja, što može biti posljedicom zahtijevanja više činjeničnog znanja i direktnog pristupa liječenju u kirurgiji, dok je rad u drugim sferama medicine više povezan s apstraktnim mišljenjem i indirektnim učinkom - primjerice u radu s ovisnicima, što zahtijeva snažniji uvid u pojedinčevu osobnost (J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, 2012:505). Isto tako, vrijedi istaknuti manjak korelacije između religioznosti liječnika i poštivanja pacijentove autonomije, što može biti rezultatom antropoloških i etičkih, a ne religijskih koncepcija o čovjekovoj autonomiji. Shvaćanje autonomije proizlazi iz liberalnije, relativističke i agnostičke filozofije života, u kojoj je sloboda pojedinca često viđena kao najviša vrijednost, dok je u religijskom shvaćanju ljudsko dobro povezano sa shvaćanjem o smislu života, a sloboda je samo u funkciji postizanja tog smisla ((J. Pawlikowski, J. Sak, K. Marczewski, 2012:505).

Prema istraživanju provedenom na 733 studenata medicine u Velikoj Britaniji, 41,2% ispitanika izjasnilo se kao da ne pripadaju niti jednoj religiji ili da su ateisti, no 45,2% studenata medicine smatra da liječnici imaju pravo odbiti izvesti bilo koji postupak s kojim se ne slažu na moralnoj, kulturalnoj ili religijskoj osnovi, dok se 40,6% s tim ne slaže (Strickland, 2011:23). Međutim, treba istaknuti da iako veliki postotak studenata podržava priziv savjesti u bilo kojoj situaciji, to ne znači da bi se svaki od njih nužno prizvao na savjest. Isto tako, valja reći da se veći postotak prizivanja na savjest temeljio na ne-religijskim razlozima, nego na religijskim, što ukazuje da ne-religijska uvjerenja mogu biti jednako važna u pojedinčevom životu kao i religijska.

U skladu sa svim navedenim, može se zaključiti da su religijska uvjerenja i religioznost kod liječnika važan dio njihovog profesionalnog djelovanja i odnosa liječnik-pacijent, kao i kod samog shvaćanja medicinske struke. Međutim, u shvaćanju rezultata navedenih istraživanja treba uzeti u obzir i religioznost same države i činjenicu da među opisanim istraživanjima nisu prikazana ona u manje religijski orijentiranim državama (primjerice skandinavske države) radi nemogućnosti pronalaska relevantne literature za ta područja.

# CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Priziv savjesti u medicinskoj struci, kao što je rečeno u teorijskom dijelu, uključuje moralnu i pravnu komponentu, odnosno vrijednosne orijentacije pojedinca koje odražavaju djelovanje prema njegovoj savjesti i osobnom shvaćanju moralno ispravnog i neispravnog čina, kao i pravnu utemeljenost prema kojoj je pojedinac zakonski dužan djelovati prema načelima medicinske etike. Time rečeno, ponašanje sukladno prizivu savjesti podrazumijeva osoban i intiman dio čovjekove osobnosti, kao i onaj društveni, kolektivni dio koji je ograničavajući jer je baziran na zakonskoj reguliranosti. Iz ovoga proizlaze dihotomna i često isključujuća shvaćanja o samoj ispravnosti i legitimnosti prava na priziv savjesti, budući da se s jedne strane podržava postupanje isključivo prema vlastitoj savjesti (bila ona utemeljena na religijskim vrijednostima, sekularnim ili oboje), a druge strane javlja se mišljenje da bi budući i sadašnji liječnici trebali djelovati isključivo kao profesionalci odvojeni od osobnih vrijednosti. Međutim, kroz teorijski dio prikazalo se da liječničko zvanje nije samo profesija nego i poziv, što uključuje kompetentnost u struci, razumijevanje i formiranje profesionalnog identiteta, postojanje vrijednosnog sistema i djelovanje sukladno s njim. Budući liječnici istovremeno će preuzeti ulogu moralnog agenta i profesionalca te se pokazalo da jedno nadopunjuje drugo, a ne isključuje, no ono što ostaje upitno jest u kojoj je mjeri i u kojim situacijama pravo na priziv savjesti legitimno i uvažavajuće, a u kojim situacijama nije.

U istraživanju je fokus na stavovima studenata jer oni predstavljaju budućnost suvremene liječničke struke u Hrvatskoj i čini se vrijednim ispitati njihove stavove o navedenom fenomenu. U tom smislu, ovaj rad bavi se istraživanjem percepcija i stavova vezanih za religioznost i priziv savjesti koji su relevantni u kontekstu artikulacije „otpora“ prema primjenjivanju priziva savjesti u određenim situacijama (primjerice u slučaju pobačaja, eutanazije, medicinski potpomognute oplodnje i sl.). Na temelju svega rečenog, oblikovan je glavni cilj istraživanja:  
Ustvrditi povezanost između religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj, a specifični ciljevi određeni su na sljedeći način:  
1) Ustvrditi povezanost između religioznosti i priziva savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj s obzirom na spol;  
2) Ustvrditi povezanost između religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj s obzirom na godinu studija;  
3) Ustvrditi povezanost između religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj s obzirom na broj stanovnika u mjestu prebivališta.

Cilj istraživanja dotiče se analize stupnja religioznosti kod budućih liječnika kao potencijalno značajnog elementa u oblikovanju njihovih stavova prema primjeni priziva savjesti. Naime, kako bi se odgovorilo na pitanje međuovisnosti određenih vrijednosnih orijentacija i pozivanja na savjest, vrijedno je razlučiti koliko religijske vrijednosti utječu ili ne utječu na tu odluku. Isto tako, iz toga proizlazi njihovo shvaćanje i uvažavanje religijskih uvjerenja kao dijela profesionalnog identiteta kod budućih liječnika. Drugim riječima, pokušava se ustvrditi utjecaj elemenata na mikro razini – osobnih uvjerenja, na formiranje stavova o djelovanju na makro razini – djelovanje u zdravstvenom sustavu. Pitanje prava na priziv savjesti izaziva polemike te se čini da je teško naći ispravan odgovor na njega, s obzirom na to da se to pravo odražava na one koji se na njega pozivaju, na one koji traže uslugu, ali i na pitanje moralnosti društva, vrijedno je ispitati koliko se religioznost pojedinca reflektira na donošenje sudova o navedenom fenomenu. Time rečeno, ispitivanje utjecaja koji religioznost potencijalno ima na formiranje stavova o prizivu savjesti relevantno je za znanstvenu misao u širem smislu. U radu se istražuje odnos religioznosti i stavova o prizivu savjesti s obzirom na njihove socio-demografske karakteristike. Slijedeći taj koncept, istražuje se kako su stavovi o prizivu savjesti i stupanj religioznosti povezani s obzirom na spol, godinu studiranja i broj stanovnika u mjestu prebivališta. Sociološka relevantnost teme proizlazi iz promatranja stavova o prizivu savjesti trenutnih studenata medicine, te načinima na koje stupanj religioznosti doprinosi njihovom formiranju tradicionalnijih ili liberalnijih stavova prema fenomenu. Najvažnije komponente istraživanja tiču se razmatranja 4 osnovne hipoteze vezane uz ranije spomenuti odnos religioznosti i stavova o prizivu savjesti:  
1) Postoji pozitivna povezanost između stupnja religioznosti i priziva savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj.

2) Postoji statistički značajna razlika između stupnja religioznosti i priziva savjesti kod studenata medicine u RH s obzirom na spol.

3) Postoji statistički značajna razlika između stupnja religioznosti i priziva savjesti kod studenata medicine u RH s obzirom na godinu studiranja.

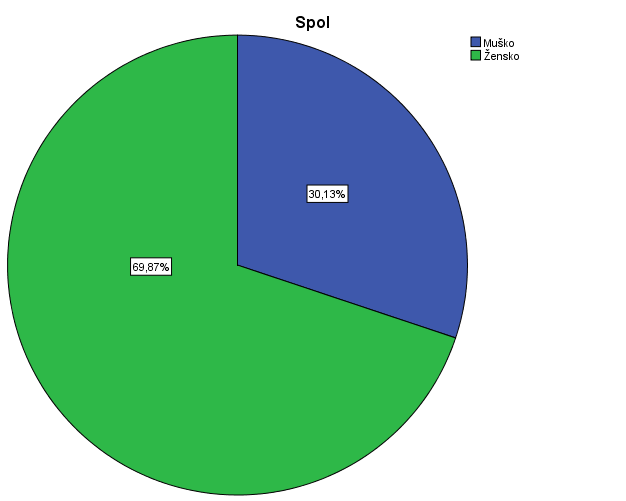
4) Postoji statistički značajna razlika između stupnja religioznosti i priziva savjesti kod studenata medicine u RH s obzirom na mjesto stanovanja.

# METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

## Uzorak

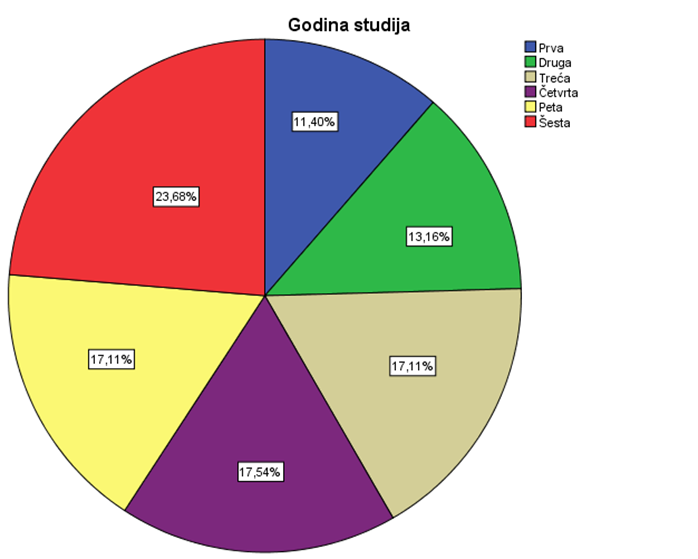
U ovom radu analizira se odnos religioznosti i stavova studenata medicine o prizivu savjesti na četiri sveučilišta u Republici Hrvatskoj – Zagreb, Split, Rijeka i Osijek. Istraživanje je provedeno na 229 ispitanika, a tip uzorkovanja bio je kvotni i to prema kvotama razrađenim na temelju podataka sabranih iz Agencije za znanost i visoko obrazovanje (AZVO, 2021). Kvote su razrađene prema spolu, godini studija i broju stanovnika u mjestu prebivališta. Kvotni uzorak proporcionalan je populaciji prema spolu, godini studija i broju stanovnika u mjestu prebivališta - sveukupno 6456 studenata i studentica medicine. Sveukupno je u istraživanju sudjelovalo 160 žena i 69 muškaraca. Kada je riječ o godini studija, relativno je jednaki broj ispitanika sa svih šest godina studija, iako prednjače ispitanici sa šeste godine - njih 54, a najmanje ih je s prve godine studija - njih 26. Druga godina studija bila je zastupljena u 30 slučajeva, treća godina u 39 slučajeva, četvrta u 40 slučajeva i peta godina u 39 slučajeva.

**Graf 1. Prikaz ispitanika s obzirom na spol**



Ukupno ispitanika: 229

**Graf 2. Prikaz ispitanika s obzirom na godinu studija**



Ukupno ispitanika: 229

## Metoda

U svrhu spomenutih ciljeva odabrana je metoda online ankete (putem Google obrasca). Istraživanje je provedeno u razdoblju od 25. ožujka do 5. travnja 2021. godine, u sklopu kojeg je sudjelovalo 229 ispitanika. Metoda istraživanja koja će se koristiti jest korelacijska metoda pomoću koje će se ustvrditi je li se stanje i promjene u zavisnoj varijabli podudaraju sa stanjem i promjenama u nezavisnoj varijabli. Predviđeno trajanje upitnika je 8 minuta. Istraživanje će obuhvatiti studente bez obzira na broj stanovnika u mjestu prebivališta, godinu studiranja i spol.

## Instrument

Upitnik se sastoji od 44 pitanja i 44 varijable, a konstruiran je na temelju 5 instrumenata. Prvi instrument sastoji se od 7 afirmativnih i općih pitanja o osobnim stavovima o prizivu savjesti te načinima na koji se prema navedenom fenomenu treba odnositi. Pitanja o stavovima konstruirana su takozvanom Likertovom ljestvicom (od 1 – uopće se ne slažem do 5 – u potpunosti se slažem), gdje se od ispitanika zahtijeva označavanje jednog od ponuđenih brojeva. Drugi instrument sastoji se od pitanja kojemu je cilj utvrditi koje usluge ulaze u spektar usluga na koje se u medicinskoj struci može prizvati na savjest. Od ispitanika se traži kratki odgovor. Treći instrument sastoji se od 7 negacijskih i općih pitanja o osobnim stavovima o prizivu savjesti te načinima na koji se prema navedenom fenomenu treba odnositi. Pitanja o stavovima konstruirana su takozvanom Likertovom ljestvicom (od 1 – uopće se ne slažem do 5 – u potpunosti se slažem), gdje se od ispitanika zahtijeva označavanje jednog od ponuđenih brojeva. Navedena tri instrumenta konstruirana su od strane autorice u suradnji sa sumentorom. Instrumentom se mjeri stupanj osobne razine tolerancije na temelju instrumenta The Interpersonal Tolerance Scale (ITPS) (Thomas i sur., 2016). Također, sastoji se od jednog pitanja kojim se izriče općeniti stav o religioznosti ispitanika. Pitanje zahtijeva odabir jednog od 6 ponuđenih odgovora. Instrument je izrađen slijedeći smjernice Glocka i Starka o dimenzijama religioznosti (1968) te koncepata duhovnosti (Gallup; Jones, 2000). Peti instrument obuhvaća pitanja socio-demografskih obilježja ispitanika (spol, godina studija, broj stanovnika mjesta prebivališta) te zahtijeva odabir jednog odgovora. Instrument je konstruiran na temelju već postojeće opće mjerne ljestvice za socio-demografske varijable. Koristeći se Cronbach's alpha koeficijentom, pokazala se zadovoljavajuća razina pouzdanosti formiranih indeksa za mjerenje pozitivnih, odnosno negativnih stavova o prizivu savjesti. Za indeks negativnih stavova o prizivu savjesti Cronbach's alpha iznosila je 0.8, a za indeks pozitivnih stavova o prizivu savjesti Cronbach's alpha iznosila je 0,89.

## Provedba istraživanja

Što se tiče obrade kvantitativnih podataka, podatci istraživanja kvantitativno su obrađeni programom IBM SPSS statistics 21, programom za statističku obradu podataka. Rezultati su slijedili deduktivnu logiku u smislu da se pri samom početku prikazala osnovna slika općenitih stavova o prizivu savjesti u njegovoj primjeni, kao i o odnosima između liječnika i pacijenata. Taj dio obrađen je deskriptivno. Nakon toga predstavljena je povezanost između kategorija negativnih i pozitivnih stavova o prizivu savjesti s individualnom i kolektivnom religioznosti, što je učinjeno korelacijskom analizom. Zatim je testirana prosječna vrijednost zavisne varijable, odnosno negativnih stavova o prizivu savjesti i individualne religioznosti, što je ustvrđeno linearnom regresijom. Sljedeće se testirala usporedba aritmetičkih sredina između negativnih stavova o prizivu savjesti i stupnja individualne religioznosti, kao i između grupa negativnih stavova o prizivu savjesti i grupa pozitivnih stavova o prizivu savjesti, za što je korištena multivarijantna analiza varijance (MANOVA test). Nakon toga, kako bi se odredilo koja se skupina međusobno podudara s kojom unutar kategorija pozitivnih i negativnih stavova o prizivu savjesti, izvršen je Post Hoc test (LSD). Zatim su predstavljene osnovne dimenzije društvenih aspekata stavova o prizivu savjesti i religioznosti – prvenstveno povezanost sa spolom, godinom studirana i brojem stanovnika u mjestu prebivališta. S tom svrhom rađena je analiza varijance. Po pitanju spola koristio se T-test kako bi se ustvrdilo postoje li statistički značajne razlike u (pozitivnim ili negativnim) stavovima o prizivu savjesti. Po pitanju godine studiranja i broja stanovnika u mjestu prebivališta koristi se Post Hoc test (LSD) kako bi se ustvrdilo postoje li statistički značajne razlike u (pozitivnim ili negativnim) stavovima o prizivu savjesti.

## 6.5. Zaštita sudionika istraživanja

Prije ispunjavanja anketnih upitnika ispitanici će biti pismeno (kroz uvodni tekst online upitnika) informirani o temi i ciljevima istraživanja. Rezultati istraživanja bit će korišteni isključivo u znanstvene svrhe. Isto tako, bit će jasno naglašeno da nisu obavezni sudjelovati u ispunjavanju upitnika, odnosno da je njihovo sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno te da u svakom trenutku mogu odustati od anketiranja.

Istraživanje će se provoditi anonimno te će svaki ispitanik anketu ispunjavati samostalno.

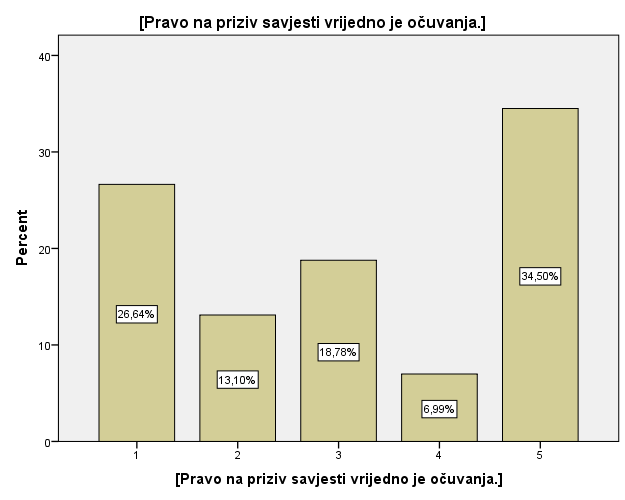
Originalne podatke namjeravamo čuvati isključivo u elektronskom obliku na računalima autora i sumentora studije. Odgovore ispitanika namjeravamo uništiti nakon provjere unosa podataka.

## 6.6. Nedostatci istraživanja

Poteškoća ovog istraživanja prvenstveno je bila vezana uz samu temu. Naime, istraživanje stavova o prizivu savjesti povezanih s religioznosti ispitanika izazovno je po sebi zato što se uz nju veže vrlo osjetljiv i intiman sadržaj koji se tiče osobnih uvjerenja pojedinaca, pa je temi trebalo pristupiti s određenim senzibilitetom. Druga poteškoća očituje se u tome što se istraživanje provodilo online upitnikom zbog nemogućnosti pristupa studentima sa svih medicinskih fakulteta uživo, pa nije bilo moguće realizirati veći uzorak. Također, kao jedna od poteškoća javlja se u nedostatku relevantne literature koja ustvrđuje odnos između dvaju navedenih fenomena (konkretno priziva savjesti i religioznosti), što ukazuje na važnost daljnjeg proučavanja fenomena i njihove potencijalne srodnosti. U okvirima uzorka pojavio se nedostatak jer se radi očuvanja anonimnosti odgovora nije zahtijevalo da se upiše sveučilište na kojem osoba studira, pa u uzorkovanju nije bilo kvote po sveučilištima u Hrvatskoj.

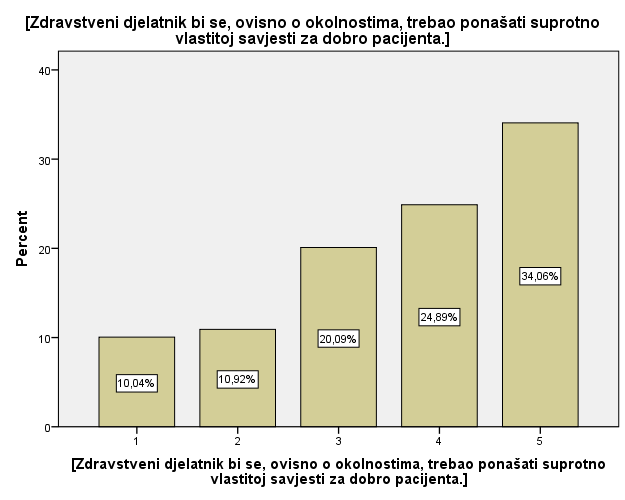
# REZULTATI

Prije samih rezultata treba napomenuti da se u grafikonima koji se tiču stavova o prizivu savjesti nalaze rezultati podataka izvedenim od 229 ispitanika, koji su na pitanja mogli odgovarati birajući odgovore između 1 i 5, pri čemu 1 označava „uopće se ne slažem“; 2 „slažem se“; 3 „neodlučan/a sam“; 4 „ne slažem se“; i 5 „u potpunosti se slažem“, što je temeljeno na Likertovoj skali.

**Graf 3.1. Pravo na priziv savjesti vrijedno je očuvanja**

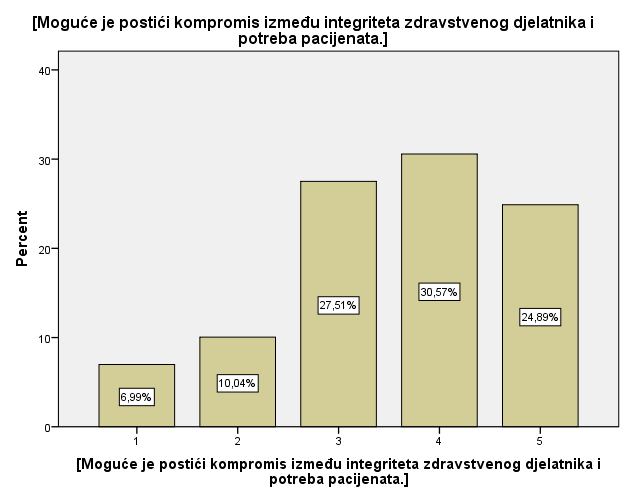
Ukupno ispitanika: 229

U grafikonu 3.1. prikazani su stavovi o vrijednosti očuvanja priziva savjesti. Iz grafikona je vidljivo kako se najveći broj ispitanika, njih 34,5%, odnosno njih 79 u potpunosti slaže da je pravo na priziv savjesti vrijedno očuvanja, a drugi najveći broj ispitanika uopće se ne slaže s tvrdnjom (26,6% ili 61 ispitanik). S tvrdnjom se slaže 7%, neodlučno ih je 18,8%, a s tvrdnjom se ne slaže njih 13,1%. Iz rezultata je vidljiva slabija većina onih koji vjeruju u vrijednost očuvanja priziva savjesti (sveukupno njih 95), dok je onih koji se s tim ne slažu sveukupno 91. To ukazuje na polariziranost ispitanika u izjašnjavanju svog stava, a uz to neodlučnost ispitanika je zamjetna.

**Graf 3.2. Zdravstveni djelatnik bi se ovisno o okolnostima trebao ponašati suprotno vlastitoj savjesti za dobro pacijenta**

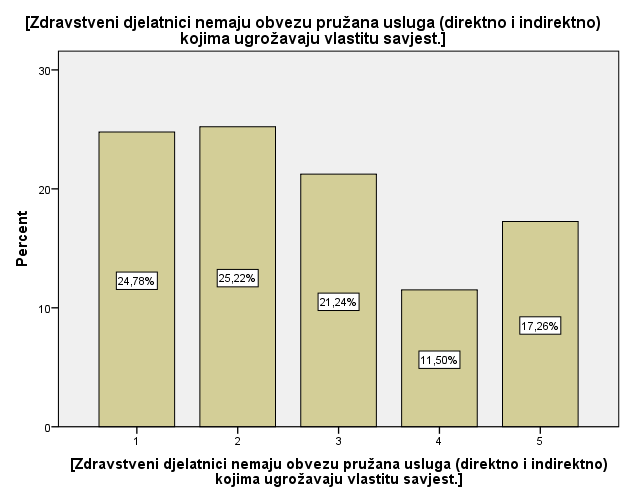
Ukupno ispitanika: 229

Nakon tvrdnje o vrijednosti očuvanja priziva savjesti sljedeća tvrdnja odnosi se na to trebaju li se zdravstveni djelatnici ponašati suprotno vlastitoj savjesti za dobro pacijenta (Grafikon 3.2.). Najveći dio ispitanika (njih 34,1%, odnosno 78 ispitanika) u potpunosti se slaže ili se slaže s tvrdnjom (njih 24,9%), dok ih je 46 neodlučnih. Nešto manji broj ispitanika uopće se ne slaže (10%) ili se ne slaže s tvrdnjom (10,9%). U ovom slučaju većina ispitanika (njih 135) ipak smatra da, uzevši u obzir situaciju i kontekst, liječnici trebaju djelovati za dobrobit pacijenta, pa time i protiv vlastite savjesti.

**Graf 3.3. Moguće je postići kompromis između integriteta zdravstvenog djelatnika i potreba pacijenata**

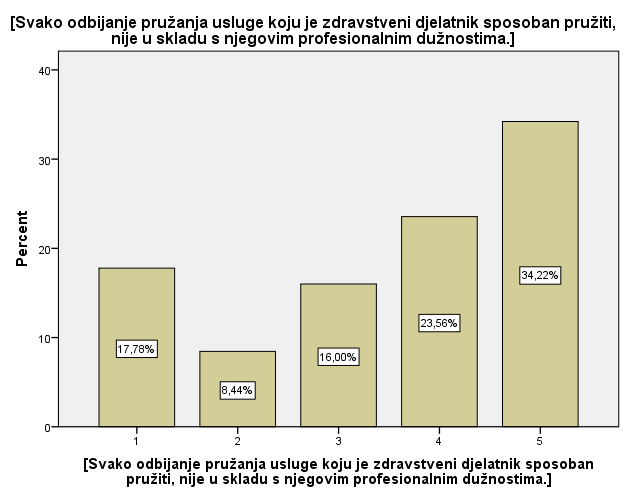
Ukupno ispitanika: 229

Kada je riječ o mogućnosti kompromisa između integriteta zdravstvenih djelatnika i potreba pacijenata, većina smatra da se kompromis može postići te se njih 70 slaže s tvrdnjom, dok se 57 u potpunosti slaže. Značajan dio; 27,5% je neodlučan u pogledu mogućnosti postizanja kompromisa, a manji dio smatra da je do kompromisa teško ili nemoguće doći, pa se s tvrdnjom ne slaže 10%, a u potpunosti se ne slaže 7% ispitanika. Time rečeno, grafikon 3.3. ukazuje na optimizam u pogledu postizanja kompromisa između dvije spomenute strane.

**Graf 3.4. Zdravstveni djelatnici nemaju obvezu pružanja usluga (direktno i indirektno) kojima ugrožavaju vlastitu savjest**

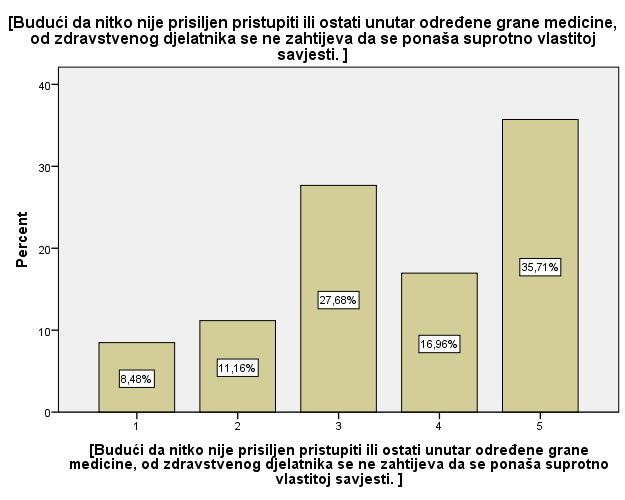
Ukupno ispitanika: 229

Sljedeća tvrdnja na koju su ispitanici označili svoje slaganje (Grafikon 3.4.) tiče se toga imaju li zdravstveni djelatnici obvezu direktno ili indirektno pružiti uslugu kojom ugrožavaju vlastitu savjest. Ovdje su rezultati bili vrlo podijeljeni, pa je najveći broj njih rekao da se uopće ne slaže (24,5%) ili ne slaže (24,9%) s tvrdnjom. Značajan broj ispitanika je neodlučan; njih 48, a dio se u potpunosti slaže (17%) ili se slaže (11,4%) s tvrdnjom. Na tvrdnju je svoje slaganje izrazilo 226 ispitanika, dok troje nije odgovorilo. Ovdje treba napomenuti da značajan dio smatra da su zdravstveni djelatnici, odnosno liječnici na neki način obvezni sudjelovati u djelovanju koje je suprotno njihovoj savjesti, no s druge strane značajan je broj onih koji su po tom pitanju neodlučni.

**Graf 3.5. Svako odbijanje oružanja usluge koju je zdravstveni djelatnik sposoban pružiti, nije u skladu s njegovim profesionalnim dužnostima**

Ukupno ispitanika: 229

Na tvrdnju da svako ne pružanje usluga koje zdravstveni djelatnik može pružiti nije u skladu s njegovim profesionalnim dužnostima izrazilo je svoje (ne)slaganje 225 ispitanika (Grafikon 3.5.). Od ukupnog broja ispitanika njih 77 u potpunosti se slaže s tvrdnjom, dok se njih 53 slaže s tvrdnjom. Dio ispitanika je neodlučan (16%), a zamjetan dio ispitanika se uopće ne slaže s tvrdnjom (17,8%) ili se ne slaže (8,4%). Ovdje je vidljivo da većina ispitanika (njih 130) smatra da je prizivanje na savjest neusklađeno s profesionalnim dužnostima liječnika.

**Graf 3.6. Budući da nitko nije prisiljen pristupiti određenoj grani medicine, od zdravstvenog djelatnika se ne zahtijeva da se ponaša suprotno vlastitoj savjesti**

Ukupno ispitanika: 229

Sljedeća tvrdnja odnosi se na to da budući nitko nije prisiljen baviti se određenom granom medicine, od zdravstvenog djelatnika se ne zahtijeva da se ponaša suprotno vlastitoj savjesti (Grafikon 3.6.). Na tvrdnju je svoje slaganje izrazilo 224 ispitanika, a najveći dio (njih 35,7%) u potpunosti se slaže s tvrdnjom, dok se 17% slaže. Značajan dio ispitanika ponovno je neodlučan; njih 62. S ovom tvrdnjom uopće se ne slaže 8,5% ispitanika, a 11,2% ih se ne slaže. Iz navedenog slijedi da 118 ispitanika smatra da bi se odluka o prizivu savjesti i potencijalnim

situacijama u kojima se pravo planira koristiti, trebalo uzeti u obzir pri odlučivanju o ulasku u određenu granu medicine.

**Tablica 4.1 Korelacija između negativnih/pozitivnih stavova o prizivu savjesti i individualne/kolektivne religioznosti**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Negativni\_savjest | Pozitivni\_savjest | Individualna\_religioznost | Kolektivna\_religioznost |  |
| Negativni\_savjest | Pearsonova korelacija | 1 | -,691\*\* | -,550\*\* | -,456\*\* |  |
| Sig. (2-tailed) |  | ,000 | ,000 | ,000 |  |
| N | 221 | 220 | 216 | 220 |  |
| Pozitivni\_savjest | Pearsonova korelacija | -,691\*\* | 1 | ,708\*\* | ,662\*\* |  |
| Sig. (2-tailed) | ,000 |  | ,000 | ,000 |  |
| N | 220 | 225 | 220 | 224 |  |
| Individualna\_religioznost | Pearsonova korelacija | -,550\*\* | ,708\*\* | 1 | ,855\*\* |  |
| Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |  | ,000 |  |
| N | 216 | 220 | 224 | 223 |  |
| Kolektivna\_religioznost | Pearsonova korelacija | -,456\*\* | ,662\*\* | ,855\*\* | 1 |  |
| Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |  |  |
| N | 220 | 224 | 223 | 228 |  |

**\*\*** p<0,01

U tablici je prikazana srednje jaka pozitivna korelacija između individualne i kolektivne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti, kao i srednje jaka pozitivna korelacija između individualne i kolektivne religioznosti i pozitivnih stavova o prizivu savjesti, uz p-vrijednost 0,01 ili 1%. U prvom slučaju postojala je statistički značajna negativna korelacija stupnja religioznosti (individualna religioznosti -0,55 i kolektivna religioznost -0,456) i negativnih stavova o prizivu savjesti. U drugom slučaju, odnosa stupnja kolektivne i individualne religioznosti i pozitivnih stavova o prizivu savjesti pozitivna je, a iznosi 0,708 za individualnu religioznosti i 0,662 za kolektivnu religioznost.

**Tablica 4.2** **Regresija između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |
| Model | R | R na kvadrat | Prilagođeni R na kvadrat | Standardna pogreška procjene |  |
| 1 | ,550a | ,303 | ,300 | ,63866 |  |

**Nezavisna varijabla:** Stupanj individualne religioznosti

**Zavisna varijabla:** Negativni stavovi o prizivu savjesti

**Tablica 4.3 Prikaz prosjeka koeficijenata između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| Model | | Nestandardizirani koeficijenti | | Standardizirani koeficijenti | t | Sig. |
| B | Standardna pogreška | Beta |
| 1 | (Konstanta) | 4,571 | ,086 |  | 52,862 | ,000 |
| Individualna\_religioznost | -,270 | ,028 | -,550 | -9,641 | ,000 |

**Zavisna varijabla:** Negativni stavovi o prizivu savjesti

U tablici je uočljiva linearna regresija između negativnih stavova o prizivu savjesti i stupnja individualne religioznosti, pri čemu se 30% ukupne varijacije u stupnju individualne religioznosti može objasniti linearnom ovisnošću između dvije navedene varijable. Pri tome, ako se individualna religioznost poveća za jednu jedinicu, negativni stavovi o prizivu savjesti smanjit će se za 0,27.

**Tablica 4.4 Analiza varijance između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| Model | | Suma kvadrata | df | Kvadrat aritmetičkih sredina | F | Sig. |
| 1 | Regressija | 37,910 | 1 | 37,910 | 92,943 | ,000b |
| Ostaci | 87,287 | 214 | ,408 |  |  |
| Ukupno | 125,197 | 215 |  |  |  |

**Zavisna varijabla:** Negativni stavovi o prizivu savjesti

**Nezavisna varijabla:** Stupanj individualne religioznosti

U navedenoj tablici nalazi se prikaz rezultata analize varijance između zavisne i nezavisne varijable, pri čemu se uspoređuju njihovi prosječni rezultati, odnosno njihove aritmetičke sredine. Utvrđeno je da je SS između grupa 37,9, uz *df* (stupanj slobode) 1, dok je SS unutar grupa 87,2, uz *df* 214. F(1,214) = 92,943, p > 0,001, pri čemu se odbacuje nulta hipoteza, a prihvaća alternativna. Na temelju rezultata jednosmjerne analize varijance zaključuje se da postoji statistički značajna razlika između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti. Rezultati provedenog testiranja ne ukazuju koja se skupina međusobno podudara s kojom skupinom.

**Tablica 4.5 Multivarijantna analiza varijance između negativnih stavova o prizivu savjesti i pozitivnih stavova o prizivu savjesti**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
|  | | Suma kvadrata | df | Kvadrat aritmetičkih sredina | F | Sig. |
| Negativni\_savjest | Između grupa | 51,652 | 5 | 10,330 | 28,408 | ,000 |
| Unutar grupa | 78,183 | 215 | ,364 |  |  |
| Ukupno | 129,835 | 220 |  |  |  |
| Pozitivni\_savjest | Između grupa | 131,575 | 5 | 26,315 | 39,180 | ,000 |
| Unutar grupa | 147,089 | 219 | ,672 |  |  |
| Ukupno | 278,664 | 224 |  |  |  |

**Zavisne varijable:** Negativni stavovi o prizivu savjesti  
Pozitivni stavovi o prizivu savjesti

U tablici nalazi se prikaz rezultata multivarijantne analize varijance između dviju nezavisnih varijabli - negativnih stavova o prizivu savjesti i pozitivnih stavova o prizivu savjesti. Utvrđeno je da je u grupi negativnih stavova o prizivu savjesti SS između grupa 51,65 uz *df* 5, a SS unutar grupa iznosi 78,18 uz *df* 215. F(5, 215) = 28,408, p > 0,001. S druge strane, utvrđeno je da je u grupi pozitivnih stavova o prizivu savjesti SS između grupa 131,57 uz *df* 5, a SS unutar grupa 147,09 uz *df* 219. F(5, 219) = 39,18, p > 0,001. Na temelju rezultata odbacuje se nulta hipoteza, a prihvaća alternativna prema kojoj postoji pozitivna povezanost sa stupnjem religioznosti i stavovima o prizivu savjesti. Rezultati provedenog testiranja ne ukazuju koja se skupina međusobno podudara s kojom skupinom.

**Tablica 4.6 Deskriptivni prikaz aritmetičkih sredina**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | N | Aritmetička sredina | Standardna devijacija | Standardna pogreška |
|
| Negativni\_savjest | Nisam religiozan/a i protivnik/ca sam religije | 29 | **4,4253** | ,33342 | ,06192 |
| Nisam religiozan/a, iako nemam ništa protiv religije | 56 | 4,2103 | ,52744 | ,07048 |
| Prema religiji sam ravnodušan/a | 16 | 3,8542 | ,44207 | ,11052 |
| Dosta razmišljam o tome, ali nisam na čistu vjerujem li ili ne | 21 | 4,1534 | ,70139 | ,15306 |
| Religiozan/a sam premda ne prihvaćam sve što me moja vjera uči | 63 | 3,6490 | ,68963 | ,08689 |
| Uvjeren sam vjernik/ca i prihvaćam sve što me moja vjera uči; a kategorije za | 36 | **2,9321** | ,70737 | ,11790 |
| Total | 221 | 3,8391 | ,76822 | ,05168 |
| Pozitivni\_savjest | Nisam religiozan/a i protivnik/ca sam religije | 30 | **1,6867** | ,62075 | ,11333 |
| Nisam religiozan/a, iako nemam ništa protiv religije | 58 | 1,9828 | ,75234 | ,09879 |
| Prema religiji sam ravnodušan/a | 16 | 2,5625 | 1,08865 | ,27216 |
| Dosta razmišljam o tome, ali nisam na čistu vjerujem li ili ne | 21 | 2,3048 | 1,09657 | ,23929 |
| Religiozan/a sam premda ne prihvaćam sve što me moja vjera uči | 65 | 3,1815 | ,86943 | ,10784 |
| Uvjeren sam vjernik/ca i prihvaćam sve što me moja vjera uči; a kategorije za | 35 | **3,9257** | ,62888 | ,10630 |
| Total | 225 | 2,6631 | 1,11536 | ,07436 |

\*\*p<0,05

Prema deskriptivnom prikazu utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između kategorije individualnih stavova o prizivu savjesti (pozitivnih ili negativnih) i kategorija religioznosti. U kategoriji negativnih stavova u prizivu savjesti kao statistički značajnije kategorije (p<0,05) pokazale su se sljedeće: pokazuje se statistički značajna razlika u negativnih stavova o prizivu savjesti između; onih koji su religiozni premda ne prihvaćaju sve što ih vjera uči i onih koji su uvjereni vjernici koji prihvaćaju sve što ih njihova vjera uči s onima koji nisu religiozni i protivnici su svoje religije. Također, pokazuje se statistički značajna razlika između onih koji su uvjereni vjernici i prihvaćaju sve što ih njihova vjera uči i onih koji nisu religiozni s onima koji su djelomično religiozni. Kad je riječ o pozitivnim stavovima o prizivu savjesti pokazuje se statistički značajna razlika između onih koji nisu religiozni i onih koji su religiozni/uvjereni vjernici. Isto tako, pokazuje se statistički značajna razlika s obzirom na one koji su religiozni i one koji nisu religiozni. Razlika aritmetičkih sredina značajna je, što je vidljivo kod onih koji su nereligiozni gdje iznosi 4,42 i između onih koji su religiozni gdje iznosi 2,93.

**Tablica 4.7 Prikaz razlika aritmetičkih sredina s obzirom na spol ispitanika**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| Spol | | N | Aritmetička sredina | Standardna devijacija | Pogreška standardne devijacije |
| Negativni\_savjest | Muško | 67 | 3,7595 | ,75374 | ,09208 |
| Žensko | 154 | 3,8737 | ,77430 | ,06240 |
| Pozitivni\_savjest | Muško | 68 | 2,5912 | 1,15510 | ,14008 |
| Žensko | 157 | 2,6943 | 1,10001 | ,08779 |
| Individualna\_religioznost | Muško | 69 | 2,4076 | 1,51579 | ,18248 |
| Žensko | 155 | 2,7653 | 1,55515 | ,12491 |
| Kolektivna\_religioznost | Muško | 69 | 2,8822 | 1,35850 | ,16354 |
| Žensko | 159 | 3,2720 | 1,20698 | ,09572 |

\*\*p>0,05

Sljedeće treba obratiti pozornost na rezultate kojima je utvrđeno postoji li statistički značajna razlika u stupnju religioznosti i pojedinčevih stavova o prizivu savjesti s obzirom na spol, godinu studija i broj stanovnika u mjestu prebivališta. Za navedeno je korišten T-test kako bi se ustvrdile statističke značajnosti razlika aritmetičkih sredina. Kada je riječ o spolu, rezultati nam govore da ne postoji statistički značajna razlika između spola u sve četiri kategorije: negativni stavovi o prizivu savjesti, pozitivni stavovi o prizivu savjesti, stupanj individualne religioznosti i stupanj kolektivne religioznosti. Time rečeno, ženski i muški ispitanici ne razlikuju se značajno u svojim stavovima. Isto tako, kao i u slučaju spola, rezultatima se pokazalo da ne postoji statistički značajna razlika između negativnih ili pozitivnih stavova o prizivu savjesti s obzirom na godinu studija, kao što ne postoji statistički značajna razlika u pozitivnim ili negativnim stavovima s obzirom na broj stanovnika u mjestu prebivališta.

# RASPRAVA

## Priziv savjesti u medicini

Već spomenuti cilj ovoga rada bio je *Ustvrditi povezanost između religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj*, no najprije treba razložiti zanimljivosti rezultata proizašlih iz odgovora na tvrdnje vezane uz sam priziv savjesti. U teorijskom dijelu rada navela su se različita viđenja i mišljenja glede priziva savjesti, njegove primjene, utemeljenosti i važnosti. Ta različitost ukazuje upravo na kolektivnu nesigurnost, odnosno fragmentiranost u razmatranju ovog fenomena, na što upućuju i rezultati istraživanja. U prilog tome ide i činjenica da je u malom broju odgovora ispitanika vidljiva složnost, odnosno uniformnost u pogledu mišljenja o prizivu savjesti. Dvije tvrdnje u kojima su ispitanicu pokazali složnost u stavovima (a da nisu prikazane u rezultatima) bile su sljedeće:   
1) *Ulaskom u određenu granu medicine zdravstveni djelatnik ima dužnosti prema pacijentima.* Na tvrdnju je 205 ispitanika odgovorilo da se „slaže“ i „u potpunosti se slaže“.  
2) *Nije primjereno iskorištavanje autoriteta koji liječnik posjeduje u svrhu nametanja vlastitih etičkih ili religijskih uvjerenja.* Na tvrdnju je 191 osoba odgovorila da se s njom „slaže“ ili se „u potpunosti slaže“.

Iz navedenih tvrdnji može se zaključiti da ispitanici prihvaćaju tezu o određenim dužnostima koje liječnici imaju prema pacijentima, što znači da određene grane medicine podrazumijevaju neke postupke koje druge grane medicine ne podrazumijevaju. Druga tvrdnja ukazuje na važnost neiskorištavanja autoriteta koji liječnik ima nad pacijentom u pogledu vlastitih uvjerenja. Moguće je da se ispitanici usmjeravaju sve više prema modernijem odnosu između liječnika i pacijenta, odnosu koji je temeljen na suradnji i poštivanju pacijentove autonomije, nasuprot paternalističkog odnosa u kojem liječnikovo mišljenje ima puno izraženiji autoritet i važnost naspram pacijentovog mišljenja.

Još neki od zanimljivijih rezultata govore nam sljedeće. U teorijskom dijelu rada razmotreni su mnogi argumenti koju upućuju na činjenicu da je pravo na priziv savjesti svakako vrijedno očuvanja iz moralnih razloga te da je i pravno utemeljeno, što upućuje na dimenziju moralnost i dimenziju legalnost. Istraživanjem je ustvrđeno da se većina ispitanika slaže s tim da je pravo na priziv savjesti vrijedno očuvanja, no zamjetan broj se s tvrdnjom ne slaže. To može ići u prilog vrednovanju moralne dimenzije priziva savjesti, njegove važnosti za očuvanje pojedinčeve „čiste“ savjesti i moralnog integriteta. Sljedeća zanimljiva tvrdnja tiče se toga da nitko nije prisiljen baviti se određenom granom medicine, pa se od liječnika ne zahtijeva da se ponaša suprotnoj savjesti (primjerice ako je izvršavanje pobačaja protivno pojedinčevoj savjesti, onda se on ne bi trebao baviti ginekologijom). Značajan dio ispitanika (njih 62) po ovom pitanju je neodlučno, no većina (52,7%) ipak se slaže s tvrdnjom. Kao što je već rečeno, liječnik je istovremeno moralni agent i profesionalac, a njegov profesionalni identitet razvija se u kontekstu već postojećih vrijednosti. Moralni integritet liječnika podrazumijeva dosljedno poštovanje vlastitih vrijednosnih sudova, ali i ponašanje sukladno njima. Nečuvanje prava na priziv savjesti bilo bi kao prvo protivno zakonu, odnosno ljudskim pravima, a kao drugo ograničavalo bi mogućnost različitosti u struci ili ugrožavalo pojedinčevu savjest. Različitost svjetonazora, vrijednosti i uvjerenja trebala bi se njegovati s obzirom na globalni fenomen pluralizma, pa tako i u medicinskoj struci ne bi trebalo biti diskriminatornog ponašanja i potencijalnog (ne)zapošljavanja radi moralnih uvjerenja pojedinca. No, rekli smo da liječnikove temeljne profesionalne dužnosti mogu predstavljati smjernice u odabiru profesije kako bi se postigla ravnoteža između moralnih uvjerenja i obveza liječnika. Isto tako, pravo na priziv savjesti vrijedno je očuvanja jer svakako nije dobro zahtijevati od nekoga da djeluje suprotno vlastitoj savjesti. Istraživanjem je utvrđeno je da je većina ispitanika svjesna njegove važnosti, no ne u apsolutnom smislu. Sukladno tome govori sljedeća tvrdnja koja izaziva pojedinca – budućeg liječnika da odabire struku u skladu s moralnim uvjerenjima. Bilo je govora o iznimnim situacijama i specifičnim okolnostima u kojima se pravo na priziv savjesti smatra posebno upitnim – primjerice izvođenje pobačaja na ženi čiji je život u opasnosti, ili prepisivanje pilule za dan poslije u ruralnim područjima gdje nema izbora posjete drugog liječnika. Zanimljivo je da kada je riječ o tome trebaju li se liječnici u nekim situacijama ponašati suprotno vlastitoj savjesti za dobrobit pacijenata, većina ispitanika odgovorila je afirmativno (njih 136). U radu je rečeno kako pravo na priziv savjesti ipak nije apsolutno pravo te da postoje određene situacije u kojima ono nije dopušteno (primjerice u slučajevima gdje liječnikov priziv savjesti može dovesti do smrti pacijenta). Naglašeno je da ono mora biti iskreno i razumno, a valja napomenuti da postoje slučajevi u kojima se pravo na priziv savjesti zloupotrebljavalo i nije bilo iskreno. Neiskrena pozivanja na savjest svako su inkompatibilna s liječničkim profesionalizmom. Spomenuti Mirjana i Zvonko Rumboldt također jasno naglašavaju da prigovor mora počivati na „čvrstim, uvjerljivim moralnim ili religijskim temeljima“ te da je ono prihvatljivo kada postoje drugi liječnici koji mogu izvršiti zahvat bez odgode (Rumboldt, Rumboldt, 2019:27). Tome u prilog idu i rezultati koja pokazuje da većina ipak smatra da, ovisno o kontekstu, pacijentove potrebe treba staviti iznad vlastitih i djelovati suprotno savjesti. Isto tako, kada je riječ o usklađenosti profesionalnih dužnosti liječnika i odbijanja pružanja usluga koje je liječnik sposoban pružiti, većina ispitanika (preko 57%) smatra da odbijanje pružanja takvih usluga nije u skladu s liječnikovim profesionalnim dužnostima. U radu je navedeno pet ograničenja priziva savjesti, no također su navedene i same definicije medicinskog čina i toga što to on uključuje, odnosno ne uključuje. Ovdje opet dolazimo do kontekstualne ovisnosti priziva savjesti. Primjerice ne može se jednostavno reći da je priziv savjesti legitiman u slučaju pobačaja, jer ipak nije legitiman ako je razlog pobačaj sprječavanje majčine ugroze ili smrti. No s druge strane, isto se tako ne može jednostavno reći da nije legitiman u slučaju pobačaja, jer osoba čija temeljna uvjerenja nalažu da život počinje začećem i da je pobačaj ubojstvo ugrožava svoju savjest izvršavanjem pobačaja. Kompromisni pristup jedan je od tri navedena pristupa fenomenu priziva savjesti u ovom radu, a prema njemu je moguće postići kompromis između liječničkog prava na priziv savjesti i potreba pacijenata, no on ponovno ukazuje na to da se priziv savjesti u određenim okolnostima ne uvažava. Ispitanici su u pogledu mogućnosti postizanja kompromisa optimistični, no i neodlučni. Pri tome, većina (njih 127) smatra da je kompromis moguć, što može ukazivati na važnost odnosa između liječnika i pacijenta. Oni ipak žele surađivati u svrhu ozdravljenja pacijenta, no svaki za sebe je autonomna ličnost s vlastitim uvjerenjima, pozadinama i kulturom, što treba uvažavati. No u navedenim rezultatima opet je vidljivo da su pacijentove potrebe važnije od liječnikovih. Ovdje treba naznačiti da se medicinska struka s razlogom smatra strukom poziva, jer zahtijeva djelatnikovu požrtvovnost, suosjećajnost, altruizam, empatiju i znanje.

S obzirom na manjak relevantnih istraživanja vezanih specifično za priziv savjesti, za njegovo dublje razumijevanje predlaže se daljnje istraživanje njegovog utjecaja na primjerice odnos između liječnika koji koriste to pravo i onih koji ne koriste, javnog mnijenja o prizivu savjesti, stavova liječnika u različitim strukama o prizivu savjesti i slično.

## Priziv savjesti i religioznost

Vratimo se na cilj rada i na samu hipotezu kojom se željelo ustvrditi da *postoji pozitivna povezanost između stupnja religioznosti i priziva savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj*. Kada je riječ o utjecaju stupnja religioznosti na pozitivne ili negativne stavove o prizivu savjesti, istraživanje ukazuje na postojanje statistički značajne razlike između navedenih varijabli. Najprije, korelacijom su utvrđene pozitivna i negativna povezanost između stupnjeva individualne i kolektivne religioznosti i pozitivnih, odnosno negativnih stavova o prizivu savjesti. Drugim riječima, religiozniji pojedinci imaju pozitivniji stav prema pravu na priziv savjesti, dok manje religiozni pojedinci imaju negativniji stav prema prizivu savjesti, što potvrđuje navedenu hipotezu. Također, regresijom je ukazano da se povećanjem stupnja individualne religioznosti smanjuje negativni stav o prizivu savjesti. Navedenim rezultatima pokazuje se da religijska uvjerenja utječu na poimanje i uvažavanje prava na priziv savjesti. Kao što je u radu već rečeno, uvjerenja na kojima se temelji priziv savjesti ne moraju biti religijske prirode, no ona su u svrhu ovog istraživanja uzeta kao određujuća komponenta nasuprot sekularnim uvjerenjima ili moralnim uvjerenjima čija je priroda različita od religijskih. Isto tako, utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između religioznih i nereligioznih pojedinaca u negativnim i pozitivnim stavovima o prizivu savjesti. Dosadašnja spomenuta istraživanja ove tematike provedena u svijetu sugeriraju na znatan utjecaj religije ili duhovnosti na liječnikov odnos prema pacijentima, osobnu motivaciju i altruizam, ali i na njihovo medicinsko djelovanje, odnosno češće pozivanje na priziv savjesti. Iznenađujuće je da provedeno istraživanje ne upućuje na iste rezultate kao i svjetska istraživanja na tu temu, što dodatno pokazuje važnost daljnjeg istraživanja. Čini se da su trenutačni studenti medicine koji su sudjelovali u upitniku manje skloni implementiranju religijskih uvjerenja u svoju buduću struku.

## Priziv savjesti i socio-demografske karakteristike

Kada je riječ o sljedeće tri hipoteze koje su se pokušale dokazati kroz istraživanje, dolazimo do iznenađujućih rezultata. Zanimljivosti koje su se utvrdile rezultatima tiču se razlika u negativnim ili pozitivnim stavovima prema prizivu savjesti, kao i stupnja individualne i kolektivne religioznosti s obzirom na spol. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika među navedenim kategorijama s obzirom na spol, što je iznenađujuće. Očekivalo se da bi mogla postojati statistička značajnost u pogledu negativnih ili pozitivnih stavova o prizivu savjesti između muških i ženskih ispitanika radi same prirode priziva savjesti. Pretpostavljeno je da bi ženski ispitanici mogli imati izraženiji stav od muških ispitanika s obzirom na to da se pozamašan broj usluga u kojima se pojedinac može prizvati na savjest tiču žena – primjerice izvršavanje pobačaja (kao jedna od spominjanijih usluga), potpomognute oplodnje, izdavanje recepata za kontracepcijske pilule. Time rečeno, muški i ženski ispitanici vrlo su slični u poimanju navedene četiri kategorije.

Isto tako, utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u pozitivnim ili negativnim stavovima o prizivu savjesti s obzirom na godinu studija, što je također iznenađujuće jer je postojala pretpostavka da bi studenti medicine na nižim godinama mogli imati „emocionalniji“ pristup fenomenu priziva savjesti od studenata na višim godinama. Konstatacija je polazila od toga da se kroz obrazovanje studenti medicine na višim godinama (radi same prirode studija) sve više udaljuju od emocionalnog pristupa u poimanju fenomena. Nasuprot tome, rezultati su pokazali da ne postoji značajna razlika u stavovima o prizivu savjesti s obzirom na godinu studija.

Posljednja varijabla koja se uzela u obzir jest broj stanovnika u mjestu prebivališta. Istraživanjem se pokazalo da ni u ovom slučaju ne postoji statistički značajna razlika u pozitivnim ili negativnim stavovima o prizivu savjesti s obzirom na broj stanovnika u mjestu prebivališta, što je također bilo neočekivano. Bilo je pretpostavljeno da će ispitanici koji dolaze iz većih gradova (primjerice u gradovima 50 000 – 100 000 i preko 100 000 stanovnika) imaju liberalniji stav prema prizivu savjesti, od onih koji dolaze iz manjih mjesta. Suprotno tome, pokazalo se da se stavovi o prizivu savjesti značajno ne razlikuju s obzirom na broj stanovnika u mjestu prebivališta. Ovdje treba uputiti na potencijalnu grešku, s obzirom na to da nije sigurno da su ispitanici shvatili da se od njih traži mjesto prebivališta (dakle trajnog boravišta – u slučaju studenata često rodnog grada), umjesto mjesta boravišta, odnosno mjesta u kojem trenutno žive. Budući da su ispitanici studenti četiri medicinska fakulteta koja se nalaze u četiri najveća grada, treba uzeti u obzir potencijalnu pogrešivost.

# ZAKLJUČAK

Pitanje prava na priziva savjesti, njegove legitimnosti i moralnosti postavlja se kao izrazito kompleksno i višeslojno pitanje na koje ne postoji jednostavan i jednoznačan odgovor. Dodavanje fenomena religioznosti i religijski utemeljenog prava na priziv savjesti dodatno produbljuje temu, pa se činilo važno i značajno istražiti kakav utjecaj pojedinčeva religioznost ima na formiranje stavova o prizivu savjesti, kao i pitanje njihove (in)kompatibilnosti. Tome se pridodaje još i pojam profesionalnog identiteta kod liječnika, koji čini važan dio u razvoju budućih liječnika, njihovih vjerovanja i djelovanja, pa se postavlja pitanje (in)kompatibilnosti priziva savjesti i profesionalnog identiteta. U tom smislu, potrebna je uključenost različitih znanstvenih i neznanstvenih polja i disciplina u uopće razumijevanju dubine problematike fenomena, a pogotovo njihovom razjašnjenju. Sociologija i filozofija mogu dati svoj doprinos u raspravi i tumačenju zahvaljujući dijalektičnosti, raznolikosti, sveobuhvatnosti, racionalnosti, pluralnosti, analitičnosti, ali i razumijevanju koje ih obilježavaju. Predstavljaju razumijevanje i onog unutarnjeg, čovjeku osobnog, i onog vanjskog, društvenog.

Priziv savjesti tiče se pojedinčeve savjesti, njegovih osobnih moralnih uvjerenja, ali i prava u obliku različitih zakletvi, kodeksa, deklaracija kojima je ono uređeno. No, najprije je bilo potrebno razjasniti sam pojam savjesti, pri čemu su navedene različite interpretacije i shvaćanja, ali u svakom slučaju savjest se pokazala značajnom kao odraz čovjekovih najdubljih/temeljnih moralnih uvjerenja. Time rečeno, priziv savjesti štiti liječnike od sudjelovanja u radnjama koje ugrožavaju njihovu savjest – primjerice pobačaj, eutanazija, propisivanje kontracepcijskih sredstava, kloniranje itd. Pojava prava na priziv savjesti u medicini javlja se u obliku Hipokratove zakletve u 16. stoljeću, a smatra se da je pravno utemeljen u 20. stoljeću prilikom suđenju nacističkim zločincima u Nürnbergu. Treba reći da to pravo nije apsolutno pravo u današnjem demokratskom društvu, već ograničeno. U radu se dotaknulo tri pristupa prizivu savjesti; apsolutizam savjesti prema kojem liječnik ne mora ni na koji način sudjelovati u činu koji se protivi njegovoj savjesti; teza inkompatibilnosti prema kojoj je priziv savjesti inkompatibilno s liječnikovim profesionalnim dužnostima; te kompromisni pristup koji, ovisno o situaciji, uvažava potrebu liječnikovog djelovanja protiv savjesti. Osim što pravo na priziv savjesti nije apsolutno pravo, valja istaknuti da postoje temeljne profesionalne dužnosti koje ograničavaju priziv savjesti primjerice u slučaju diskriminatornog ponašanja, djelovanja na pacijentovu štetu i slično. Kompleksnost fenomena očituje se i u tome što nije potpuno jasno što to spada u „medicinski čin“. Pri tome, medicinski čin je obavezan i definiran kao postupak usmjeren na postizanje zdravlja pacijenta, a kao opreka spominje se pojam sociokliničkog čina koji se izvodi u odsustvu bolesti i nije obavezan. U pokušaju razumijevanja navedenog pojma ponovno se pokazala različitost u mišljenjima i interpretacijama, kao i ovisnost o kontekstu i okolnostima. Nadalje, bilo je važno razjasniti pojam profesionalnog identiteta kod liječnika kao postignutog identiteta koji promiče određene vrijednosti i norme, koje se manifestiraju kroz njegovo promišljanje i ponašanje kao liječnika. Budući da je kao važan faktor u ovom radu, a i razumijevanju priziva savjesti uzeta u obzir pojedinčeva religioznost, trebalo je propitati jesu li religija i medicina u svojoj srži kompatibilne ili inkompatibilne. Pokazalo se da postoji bitna ovisnost i utjecaj između medicine i religije – u shvaćanju bolesti, patnje, smrti, mišljenja o čovjeku i životu. No dolazi do izazova radi pojave globalizacije, pluralizma, sekularizacije, skepticizma, relativizacije koji propitkuju njihov međuodnos. Sljedeće se razjasnila (in)kompatibilnost priziva savjesti i profesionalnog identiteta pri čemu je ustvrđeno da su ova dva fenomena kompatibilna, ali pod određenim uvjetima kao što je primjerice utvrđivanja iskrenosti priziva na savjest. Ponovno se pokazalo da je priziv savjesti kao pravo vrlo važno, ali jednako tako ovisno o kontekstu i percepciji.

Dosadašnjim istraživanja provedenim u svijetu na temu utjecaja religije na liječnike i liječničku praksu uopće, utvrđeno je da su religijske uvjerenja i religioznost liječnika bitan dio njihovog profesionalnog djelovanja te se ukazuje na važnost i postojanost religije u njihovim privatnim i profesionalnim životima. Sukladno tome, cilj našeg provedenog istraživanje temeljilo se na utvrđivanju povezanosti između stupnja religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u RH, pri čemu su se uzele u obzir i socio-demografske varijable – spol, godina studija i broj stanovnika u mjestu prebivališta. Istraživanje je provedeno na kvotnom uzorku od 229 ispitanika na četiri Sveučilišta – Zagreb, Split, Rijeka i Osijek, a provedeno je metodom online ankete. Prema rezultatima istraživanja pokazala se svojevrsna ambivalentnost u pristupu prema fenomenu priziva savjesti. Ispitanici su svojim odgovorima ukazali na prihvaćanje značaja priziva savjesti, no ne u apsolutnom smislu, već kao pravo koje je ograničeno te ovisno o kontekstu i situaciji. Također, istraživanjem se potvrdila hipoteza prema kojoj postoji pozitivna povezanost između stupnja religioznosti i stavova o prizivu savjesti. Time rečeno, religiozniji pojedinci imaju pozitivniji stav o prizivu savjesti, dok manje religiozni ili nereligiozni pojedinci imaju negativnije stavove o prizivu savjesti. No, s druge strane ustvrdilo se da ne postoji statistički značajna razlika u poimanju priziva savjesti i religioznosti s obzirom na spol, kao što ne postoji statistički značajna razlika između negativnih ili pozitivnih stavova o prizivu savjesti s obzirom na godinu studija te s obzirom na broj stanovnika u mjestu prebivališta. Treba napomenuti da postoje određeni nedostatci istraživanja koji se uviđaju u osjetljivosti same teme, manjka relevantnih empirijskih istraživanja kao i veličina uzorka.

Zaključno možemo reći da je fenomen priziva savjesti izuzetno kompliciran fenomen za čije je razumijevanje i reguliranje potrebno uključivanje mnogih znanstvenih i ne znanstvenih polja. Zajedno s religioznošću, čini se da oko fenomena ne postoji jednostavno „ispravan“ ili „neispravan“ odgovor, pa se ukazuje na značajnu ovisnost o kontekstu i situaciji, ali i o samoj iskrenosti priziva. Ta ovisnost dodatno upućuje na zahtjevnost, ali i potrebitost u bavljenju navedenim fenomenima. Za razumijevanje potrebna je objektivnost, racionalnost, dijalektičnost i kritičnost. Pitanje priziva savjesti emocionalno je pitanje koje se tiče pojedinčeve i kolektivne savjesti, dok je religioznost ono unutarnje i intimno u čovjeku. Pokazalo se da oni u kontekstu Hrvatske kao pretežito katoličke zemlje utječu jedan na drugoga, i to na mikro razini – primjerice u profesionalnom odnosu između liječnika i pacijenta, kao i na makro razini – odraz društvenog moralnog i etičkog stajališta. Iz navedenih razloga, kao daljnji korak predlažem nastavak kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja primjerice u smjeru određivanja važnosti i (ne)opravdanosti implementiranja religijskih ili duhovnih vrijednosti na studiju medicine, istraživanje mišljenja o potencijalnom stvaranju „sekularne“ medicine i istraživanju promjena u mišljenja o prizivu savjesti kroz liječničku karijeru.

# DODACI

**Grafovi**

Graf 1 – Prikaz sudionika s obzirom na spol. Str. 28

Graf 2 – Prikaz sudionika s obzirom na godinu studija. Str. 28

Graf 3.1 – Pravo na priziv savjesti vrijedno je očuvanja. Str. 32

Graf 3.2 – Zdravstveni djelatnik bi se ovisno o okolnostima trebao ponašati suprotno vlastitoj savjesti za dobro pacijenta. Str. 33

Graf 3.3 – Moguće je postići kompromis između integriteta zdravstvenog djelatnika i potreba pacijenata. Str. 34

Graf 3.4 - Zdravstveni djelatnici nemaju obvezu pružanja usluga (direktno i indirektno) kojima ugrožavaju vlastitu savjest. Str. 35

Graf 3.5 - Svako odbijanje oružanja usluge koju je zdravstveni djelatnik sposoban pružiti, nije u skladu s njegovim profesionalnim dužnostima. Str. 36

Graf 3.6 - Budući da nitko nije prisiljen pristupiti određenoj grani medicine, od zdravstvenog djelatnika se ne zahtijeva da se ponaša suprotno vlastitoj savjesti. Str. 37

**Tablice**

Tablica 4.1 - Korelacija između negativnih/pozitivnih stavova o prizivu savjesti i individualne/kolektivne religioznosti. Str. 38

Tablica 4.2 – Regresija između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti. Str. 38

Tablica 4.3 – Prikaz prosjeka koeficijenata između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti. Str. 39

Tablica 4.4 – Analiza varijance između stupnja individualne religioznosti i negativnih stavova o prizivu savjesti. Str. 39

Tablica 4.5 – Multivarijantna analiza varijance između negativnih stavova o prizivu savjesti i pozitivnih stavova o prizivu savjesti. Str. 40

Tablica 4.6 – Deskriptivni prikaz Post Hoc testa (LSD). Str. 41

Tablica 4.7 – Prikaz razlika aritmetičkih sredina s obzirom na spol ispitanika. Str. 42

# ANKETNI UPITNIK ISTRAŽIVANJA

Dragi studenti,

pred Vama se nalazi upitnik kojemu je cilj istražiti stavove studenata medicine u Republici Hrvatskoj prema prizivu savjesti te utvrditi povezanost tih stavova sa stupnjem religioznosti.

Rezultati istraživanja koristit će se u poopćenom (skupnom) obliku te će se osigurati maksimalna povjerljivost i anonimnost Vaših privatnih podataka. Javno dostupni bit će samo podaci u zbirnom obliku (statistički podaci dobiveni odgovorima svih sudionika).

Molimo Vas da na ova pitanja odgovorite iskreno. Istraživanje je dobrovoljno te možete odustati kad god to poželite ili pak možete preskočiti pitanja na koja ne želite dati odgovor.

Predviđeno vrijeme trajanja upitnika je 8 minuta.

Za dodatna pitanja molimo Vas da se obratite na e-mail u nastavku: tcoronell@hrstud.hr

Zahvaljujemo na suradnji!

**ODNOS RELIGIOZNOSTI I STAVOVA O PRIZIVU SAVEJSTI KOD STUDENATA MEDICINE U REPUBLICI HRVATSKOJ**

1. **Na skali od 1 do 5 pri čemu 1 označava "uopće se ne slažem", a 5 "u potpunosti se slažem", molimo Vas da procijenite koliko se slažete s navedenim tvrdnjama.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pravo na priziv savjesti vrijedno je očuvanja. |  |  |  |  |  |
| Zdravstveni djelatnik bi se, ovisno o okolnostima, trebao ponašati suprotno vlastitoj savjesti za dobro pacijenta. |  |  |  |  |  |
| Ulaskom u određenu granu medicine zdravstveni djelatnik ima dužnosti prema pacijentima. |  |  |  |  |  |
| Ako zdravstveni djelatnik odbije pružiti uslugu na temelju priziva savjesti, on bi se trebao suzdržati od ulaska u granu medicine koja uključuje izvođenje te usluge. |  |  |  |  |  |
| Moguće je postići kompromis između integriteta zdravstvenog djelatnika i potreba pacijenata. |  |  |  |  |  |
| Treba propitivati autentičnost priziva savjesti budući da može doći do njegove zloupotrebe. |  |  |  |  |  |
| Pravo na priziv savjesti nije apsolutno pravo, već ograničeno, i to u mjeri koju propisuju zakoni u demokratskom društvu. |  |  |  |  |  |

1. **Navedite usluge za koje je primjenjivo pravo na priziv savjesti (npr. pobačaj).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Na skali od 1 do 5 pri čemu 1 označava "uopće se ne slažem", a 5 "u potpunosti se slažem", molimo Vas da procijenite koliko se slažete s navedenim tvrdnjama**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Zdravstveni djelatnici nemaju obvezu pružana usluga (direktno i indirektno) kojima ugrožavaju vlastitu savjest. |  |  |  |  |  |  |
| Svako odbijanje pružanja usluge koju je zdravstveni djelatnik sposoban pružiti, nije u skladu s njegovim profesionalnim dužnostima. |  |  |  |  |  |  |
| Pravo na priziv savjesti u medicini ne predstavlja konflikt između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. |  |  |  |  |  |  |
| Sve dok pacijent ima pristup zdravstvenim djelatnicima koji su voljni i u mogućnosti pružiti određenu uslugu, nije točno da zdravstveni djelatnici koji su se odlučili pozvati na priziv savjesti krše svoje obaveze. |  |  |  |  |  |  |
| Budući da nitko nije prisiljen pristupiti ili ostati unutar određene grane medicine, od zdravstvenog djelatnika se ne zahtijeva da se ponaša suprotno vlastitoj savjesti. |  |  |  |  |  |  |
| Zdravstveni djelatnik ne bi trebao prijevremeno obavijestiti nadležnog o primjeni priziva savjesti u određenim slučajevima. |  |  |  |  |  |  |
| Nije primjereno iskorištavanje autoriteta koji liječnik posjeduje u svrhu nametanja vlastitih etičkih ili religijskih uvjerenja. |  |  |  |  |  |  |

1. **Na skali od 1 do 5 pri čemu 1 označava "uopće se ne slažem", a 5 "u potpunosti se slažem", molimo Vas da procijenite koliko se slažete s navedenim tvrdnjama**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ponekad osjećam prisutnost Boga ili nekog Božanskog bića. |  |  |  |  |  |
| Kada mi je teško molitva mi predstavlja veliko olakšanje. |  |  |  |  |  |
| Osjećam se vjernikom. |  |  |  |  |  |
| Vjera mom životu daje puni smisao. |  |  |  |  |  |
| Zbog svoje vjere spreman/na sam na odricanja i žrtve. |  |  |  |  |  |
| Vjera za mene predstavlja nadu i utjehu. |  |  |  |  |  |
| Mnoge stvari u životu određene su Božjom voljom. |  |  |  |  |  |
| Kada mi se dogodi nešto lijepo zahvalim se Bogu. |  |  |  |  |  |
| Redovno odlazim u crkvu. |  |  |  |  |  |
| Svećenik mi redovno posvećuje dom. |  |  |  |  |  |
| Obavio/la sam većinu vjerskih obreda koje propisuje moja religija. |  |  |  |  |  |
| Znam ime svoje crkve i svećenika. |  |  |  |  |  |
| Poznajem osnovne molitve. |  |  |  |  |  |
| Dobro poznajem red bogosluženja. |  |  |  |  |  |
| Vjerski praznici za mene predstavljaju posebno svečan događaj. |  |  |  |  |  |
| Moju djecu ću odgajati u duhu moje religije. |  |  |  |  |  |
| Odustao/la bih od crkvenog vjenčanja ukoliko bi toj moj partner/partnerica zahtijevao/zahtijevala. |  |  |  |  |  |
| S ljudima druge vjere nikad nisam bio/la tako prisan kao sa svojima. |  |  |  |  |  |
| Nisam pristalica braka s pripadnicima druge religije. |  |  |  |  |  |
| Crkva mora igrati značajnu ulogu u društvu. |  |  |  |  |  |
| Pri izboru partnera uopće mi nisu važna njegova/njezina vjerska uvjerenja. |  |  |  |  |  |
| Protivnik sam vanbračne zajednice. |  |  |  |  |  |
| Mlade bi trebalo odgajati u duhu vjere. |  |  |  |  |  |
| Mnogi problemi u društvu posljedica su zanemarivanja religije. |  |  |  |  |  |
| Vjeronauk kao predmet potreban je u osnovnim i srednjim školama. |  |  |  |  |  |

1. **Koji je vaš stav o religioznosti?**
2. Nisam religiozan/a i protivnik/ca sam religije.
3. Nisam religiozan/a, iako nemam ništa protiv religije.
4. Prema religiji sam ravnodušan/a.
5. Dosta razmišljam o tome, ali nisam na čisto vjerujem li ili ne.
6. Religiozan/a sam premda ne prihvaćam sve što me moja vjera uči.
7. Uvjeren sam vjernik/ca i prihvaćam sve što me moja vjera uči.
8. **Spol**
9. Muško
10. Žensko
11. **Godina studija**
12. Prva godina
13. Druga godina
14. Treća godina
15. Četvrta godina
16. Peta godina
17. Šesta godina
18. **Broj stanovnika mjesta prebivališta**
19. Do 5000
20. 5000 – 10 000
21. 10 000 – 50 000
22. 50 000 – 100 000
23. Preko 100 000

# POPIS LITERATURE

1. Agencija za znanost i visoko obrazovanje. Udio studentica po akademskoj godini i području znanosti. Dostupno na: <https://www.azvo.hr/hr/visoko-obrazovanje/statistike/2122?fbclid=IwAR3YwRuAmPFOqG_22qa6HoOFdvjjtTkU57J1JQKGfhmboat845foxvuHu5Y>. (Citirano: 01.06.2021.)
2. Cifrić, I., Nikodem, K. (2006). „Socijalni identitet u Hrvatskoj. Koncept i dimenzije socijalnog identiteta. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline,* 15(3), 173-202. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/7546>. (Citirano: 05.05.2021.)
3. Coronelli, T. K. (2020.).„Odnos značenja priziva savjesti i religioznosti u medicinskoj struci u Republici Hrvatskoj“, završni rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
4. Cruess, R. L., et. al. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 89(11), 1446–1451.
5. Curlin, F. A., et. al. (2005). Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. Journal of general internal medicine, 20(7), 629–634. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0119.x>. (Citirano: 01.06.2021.)
6. Ćurković, M. (2017). „Razvoj instrumenata za procjenu profesionalnih odnosa među bolničkim liječnicima“, disertacija, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
7. Eberl J. T. (2019). Conscientious objection in health care. Theoretical medicine and bioethics, 40(6), 483–486. Dostupno na: <https://doi.org/10.1007/s11017-019-09511-x>. (Citirano: 20.04.2021.)
8. Gallup, G., & Jones, T. (2000). The next American spirituality: Finding God in the twenty-first century. Colorado Springs: Victor
9. Grahovac, I. (2020). „Priziv savjesti u medicini – pregled novijih rasprava i promišljanja“, diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.
10. Hershenov, D. B. (2021). Conscientious Objection or an Internal Morality of Medicine? Christian bioethics, 27(1), 104-121.
11. Hrvatska Enciklopedija. Identitet. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=26909>. (Citirano: 10.05.2021.)
12. Kaličanin, P. (1999). Medicinska etika i medicinsko pravo, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
13. Kørup, A. K., et. al. (2021). The International NERSH Data Pool of Health Professionals' Attitudes Toward Religiosity and Spirituality in 12 Countries. Journal of religion and health, 60(1), 596–619. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01077-6>. (Citirano: 06.06.2021.)
14. Kørup, A. K., et. al. (2019). Religious values of physicians affect their clinical practice: A meta-analysis of individual participant data from 7 countries. Medicine, 98(38), e17265. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000017265>. (Citirano: 03.05.2021.)
15. Lucchetti, G., et. al. (2013). Medical students, spirituality and religiosity--results from the multicenter study SBRAME. BMC medical education, 13, 162. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-162>. (Citirano: 05.06.2021.)
16. Neal, M., & Fovargue, S. (2019). Is conscientious objection incompatible with healthcare professionalism?. The New bioethics : a multidisciplinary journal of biotechnology and the body, 25(3), 221–235. Dostupno na: <https://doi.org/10.1080/20502877.2019.1651935>. (Citirano: 22.04.2021.)
17. Pawlikowski, J., Sak, J. J., & Marczewski, K. (2012). Physicians' religiosity and attitudes towards patients. Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM, 19(3), 503–507. Preuzeto s: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23020047/>. (Citirano: 06.06.2021.)
18. Popis stanovništva 2011. Stanovništvo prema narodnosti i vjeri. Državni zavod za statistiku. Preuzeto s: <https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/h01_01_12/h01_01_12.html>. (Citirano: 10.06.2021.)
19. Rumboldt, Z. i Rumboldt, M. (2019). Etička pitanja u obiteljskoj medicini. Medicina familiaris Croatica, 27 (1-2), 23-32. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/230750>. (Citirano: 25.04.2021.)
20. Spahić, A. (2016). Izgradnja povjerenja kao ključni faktor unapređenja odnosa između liječnika i pacijenta, pregledni znanstveni članak, 2(2), 77-90.
21. Stark, R., & Glock, C. Y. (1968). American piety: The nature of religious commitment. Berkeley:University of California Press.
22. Strickland S. L. (2012). Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. Journal of medical ethics, 38(1), 22–25. Preuzeto s: <https://doi.org/10.1136/jme.2011.042770>. (Citirano: 06.06.2021.)
23. Sullivan, W. M. (2000). Medicine under threat: professionalism and professional identity. Cmaj, 162(5), 673-675.
24. Thomae, Manuela & Birtel, Michele & Wittemann, Jörg. (2016). The Interpersonal Tolerance Scale (IPTS): Scale Development and Validation.
25. Tićac, I., Gušić, A. (2007). Uloga savjesti u etičkom prosuđivanju i djelovanju. Acta Iadetrina, 4(1), 0-0. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/190047>. (Citirano: 10.05.2021.)
26. Vanderpool, H., & Levin, J. (1990). Religion and Medicine: How Are They Related? Journal of Religion and Health, 29(1), 9-20. Dostupno na: <http://www.jstor.org/stable/27506042>. (Citirano: 01.05.2021.)

# SAŽETAK

Tea Karla Coronelli

**Odnos religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u Republici Hrvatskoj**

*Autorica u ovom radu polazi od pretpostavke međusobne povezanosti stupnja religioznosti i stavova o prizivu savjesti. Priziv savjesti se pokazao kao višedimenzionalan fenomen koji uključuje moralnost i legalnost, a religioznost se uzela kao odlučujući faktor u formiranju moralnih uvjerenja, a time i stavova o prizivu savjesti. Kao treći važan fenomen za ovu temu uzeo se profesionalni identitet kod liječnika, kojim se objasnio put oblikovanja liječničkog identiteta i njegov značaj za pojedinca i društvo u cjelini. Kroz rad se također objašnjava sam pojam savjesti, značaj priziva savjesti u medicini, njegova pravna utemeljenost, tri pristupa fenomenu, kao i samo određenje medicinskog čina. Teorijski se analizirao pojam profesionalnog identiteta kod liječnika, zatim (in)kompatibilnost između medicine i religije, kao i (in)kompatibilnost između priziva savjesti i profesionalnog identiteta. Veza između religioznosti i priziva savjesti istraživala se u socio-kulturnom kontekstu studenata medicine u Republici Hrvatskoj, a definiran je s osnovnim ciljem: Utvrđivanje povezanosti između stupnja religioznosti i stavova o prizivu savjesti kod studenata medicine u RH. Spomenuti cilj je odgovoren metodom kvantitativnog istraživanja, odnosno metodom anketnog online upitnika koji je konstruiran na temelju literature i u suradnji sa sumentorom. Uzorak je uključivao 229 ispitanika s četiri medicinska fakulteta u Hrvatskoj – Zagreb, Split, Rijeka i Osijek po kvotama spola, godine studija i broja stanovnika u mjestu prebivališta. Istraživanjem se pokazalo da postoji statistički značajna povezanost između religioznosti i stavova o prizivu savjesti, no i svojevrsna podvojenost u stavovima prema navedenom fenomenu. Rezultatima se ukazalo na priznavanje i uvažavanje prava na priziv savjesti, ali ne u apsolutnom, već u ograničenom smislu. Time rečeno, stavovi o fenomenu ovise o kontekstu i situaciji. Sukladno tome, pokazalo se da religiozniji pojedinci imaju pozitivniji stav prema prizivu savjesti, dok manje religiozni pojedinci imaju negativniji stav prema prizivu savjesti. Također, utvrdilo se da ne postoji statistički značajna povezanost između stavova o prizivu savjesti i religioznosti s obzirom na spol, kao i nepostojanje povezanosti između stavova o prizivu savjesti s godinom studija i brojem stanovnika u mjestu prebivališta. Pitanje priziva savjesti otkrilo je svoju ovisnost o kontekstu, situaciji i perspektivi koja se zauzima, pa tako i vrijednosnoj utemeljenosti, no veza s religijskim uvjerenjima je utvrđena. Kako bi došli do daljnjih saznanja i boljeg razumijevanja predlaže se daljnja provedba kvantitativnih i kvalitativnih istraživanja navedenih fenomena.*

**Ključne riječi:** (in)kompatibilnost, priziv savjesti, profesionalni identitet, religioznost.

Tea Karla Coronelli

**The relationship between religiosity and attitudes about the conscientious objection among medical students in the Republic of Croatia**

**Summary**

*In this essay the author is starting from the interpersonal assumption of connection between the degree of religious tendencies and attitudes about the conscientious objection. This phenomena has been shown as a multidimensional mater which includes morality and legality and religious tendencies were taken as a factor in forming moral believes and attitudes about the conscientious objection. The author decided to take the doctors professional identity as the third important factor in this subject as it explains the path of forming their identity and its significance for the individual and the society. The term conscience, the significance of the conscientious objection in medicine, its legality, three outlooks on the phenomena and the medical act itself has been addressed through out the paper as well. Doctors’ professional identity has been theoretically examined, as well as incompatibility of medicine and religion along with incompatibility between the conscientious objection and professional identity. The line between religious believes and the conscientious objection has been researched in the socio-cultural context of medical students in the republic of Croatia and was defined with a basic goal: Establishing connectivity among the degree if religious believes and attitudes about the conscientious objection among the medical student in RH. Above mentioned goal was examined by the method of qualitative research, in other words by using the online questionary which was constructed based on literature in collaboration with the mentor. The cause included 229 questioners from four medical universities in Croatia- Zagreb, Split, Rijeka and Osijek according to quotas of gender, years of study and number of citizens in the place of habitat. Research has shown that there is a statistically significant connection between religious believes and attitudes when it comes to the conscientious objection as well as the divide about this phenomena. The results have gone in favour of the conscientious objection but not in absolute, but limited way. That said, the attitudes about the phenomena depend on context and the situation. Accordingly, it has been shown that religious individuals have a more positive attitude to the conscientious objection, in opposition to less religious individuals who have a more negative attitude to the conscientious objection. Also, it has been determined that there is no statistical, significant connection between attitudes about the conscientious objection and religious believes considering the gender, as well as inexistence of connecting among the attitudes about the conscientious objection and the years of study or the population. The question of the conscientious objection has reviled its co-dependency of context, situation, perspective and valuable groundless, but the connection with the religious believes has been established. I suggest the continuation of qualitative and quantitative research so that we could have a further better understanding.*

**Key words:** conscientious objection, (in)compatibility, professional identity, religiosity