

Između života i smrti - eutanazija

Šuvaka, Lorena

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:671818>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-03**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1636/SS/2022

Između života i smrti- eutanazija

Lorena Šuvaka, 4306/336

Varaždin, listopad 2022. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1636/SS/2022

Između života i smrti- eutanazija

Student

Lorena Šuvaka, 4306/336

Mentor

Doc.dr.sc. Ivan Čehok

Varaždin, listopad 2022. godine

Predgovor

Zahvaljujem se doc.dr.sc. Ivanu Čehok na danim uputama, strpljenju i mentorstvu kroz tri godine školovanja na Sveučilištu Sjever kao i svim profesorima koji su svoje znanje i vještine strpljivo prenosili na nas studente. Veliko hvala i roditeljima, sestri, kolegama i kolegicama na pomoći i podrški. Čast mi je bila studirati na Sveučilištu Sjever i veselim se novim izazovima i stjecanju iskustva u profesiji sestriinstva.

Sažetak

Pravo na život ili pravo na smrt. Kako se nositi sa pacijentima u terminalnim fazama bolesti te imaju li oni pravo na izbor je pitanje na koje se još danas ne može odgovoriti. Etička načela, religijska uvjerenja, zakoni država i ostale stavke bitne su u odlučivanju o nastavku liječenja ili prekidu nečijeg života. Eutanazija, potpomognuto samoubojstvo uz prisustvo liječnika nude rješenja za prekid nečije patnje, boli i spasa za dostojanstvo, ali je još u većini zemalja ilegalno. Autonomija, cjelokupna skrb, očuvanje dostojanstva i smanjenje boli glavni su razlozi za mogući prekid nečijeg života. Eutanazija može biti aktivna i pasivna. Razlika između te dvije eutanazije je u samom pristupu pacijentu i načinu ophođenja. Aktivna eutanazija je u većini država ilegalna, a pasivna eutanazija se pojavljuje svuda u svijetu, pogotovo u palijativnoj skrbi, kada se umirućem pacijentu ne spašava život, već ga se pušta da umre uz smanjenje simptoma. Osim aktivne i pasivne eutanazije, javljaju se pojmovi eugeničke eutanazije, socijalne eutanazije, kriminalističke eutanazije i svaka od njih povlači etička i moralna pitanja. Amerika je jedna od država u svijetu u kojoj je legalna kriminalistička eutanazija i u kojoj je medijski popraćena ista. Najveću ulogu u brizi za pacijenta u terminalnoj fazi bolesti ima upravo medicinska sestra, odnosno medicinski tehničar. Medicinske sestre i medicinski tehničari su osobe koje o pacijentima skrbe svakodnevno i prate njihovu patnju i bol, upućeni su i svojim prisustvom pacijentu daju osjećaj sigurnosti i povjerenja. Ukoliko se jednog dana eutanazija legalizira u cijelom svijetu, moglo bi doći do zlouporabe iste, palijativna skrb više ne bi imala smisao te bi se morao oformiti stručan tim za odobrenje eutanazije, koji bi uključivao i medicinske sestre i tehničare što bi predstavljalo veliki problem za njih same. Pravo na život ili pravo na smrt, tko ima pravo suditi o tome? Ovim radom prikazat će se svi nedostaci, ali i moguće pozitivne stvari eutanazije.

Ključne riječi: eutanazija, potpomognuto samoubojstvo, palijativna skrb, liječnik, medicinska sestra, etička načela, dostojanstvo, autonomija

Summary

The right to live or the right to die. How to deal with patients in the terminal stages of the disease and whether they have the right to choose is a question that still cannot be answered. Ethical principles, religious beliefs, state laws and other issues are important in deciding whether to continue treatment or end someone's life. Euthanasia, assisted suicide with the presence of a doctor offer solutions to end someone's suffering, pain and save dignity, but it is still illegal in most countries. Autonomy, total care, preservation of dignity and reduction of pain are the main reasons for possible termination of someone's life. Euthanasia can be active or passive. The difference between the two euthanasias lies in the very approach to the patient and the way they are treated. Active euthanasia is illegal in most countries, and passive euthanasia appears all over the world, especially in palliative care, when a dying patient is not saved, but is allowed to die with reduced symptoms. In addition to active and passive euthanasia, the concepts of eugenic euthanasia, social euthanasia, and criminal euthanasia appear, and each of the countries in the world where criminal euthanasia is legal and where it is covered by the media. The biggest role in the care of a patient in the terminal phase of the disease is played by the nurse, that is, the medical technician. Nurses and medical technicians are people who take care of patients every day and monitor their suffering and pain, they are knowledgeable and with their presence they give the patient a sense of security and trust. If one day euthanasia is legalized all over the world, it could be misused, palliative care would no longer make sense, and a professional team for euthanasia approval would have to be formed, which would include nurses and technicians, which would be a big problem for them alone. Right to live or right to die, who has the right to judge that? This work will show all the shortcomings, but also the possible positive aspects of euthanasia.

Key words: Euthanasia, assisted suicide, palliative care, doctor, nurse, ethical codex, dignity, autonomy

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Palijativna zdravstvena skrb	2
3. Potpomognuto samoubojstvo.....	3
3.1. Dostojanstveno umiranje.....	3
3.2. Etički prigovori društva.....	4
3.3. Društvene odgovornosti	4
3.5. Prikaz slučaja pacijentice u Švicarskoj	5
4. Eutanazija.....	8
4.1. Razlika između aktivne i pasivne eutanazije.....	8
4.2. Patnja i pravda u odlučivanju	9
4.3. Etika i dileme zdravstvenih djelatnika	9
4.4. Ponos, autonomija i izbor zdravstvenih djelatnika.....	10
4.5. Uloga medicinskih sestara i tehničara u eutanaziji	11
4.5.1. Sudjelovanje u donošenju odluka	12
4.5.2. Provođenje eutanazije	12
4.5.3. Zdravstvena skrb o obitelji nakon eutanazije	13
5. Eutanazija novorođenčadi	14
6. Etička razmatranja o skrbi na kraju života.....	16
6.1. Univerzalni etički principi/ dovode li oni do pasivne eutanazije?	17
6.3. Razlika između palijativne skrbi i pasivne eutanazije	18
7. Pravo na smrt ili pravo na život	20
8. Argumenti za i protiv eutanazije.....	22
9. Zaključak.....	24
10. Literatura.....	25

1. Uvod

Odluke koje se odnose na završetak života, bile one legalne ili ne, donose se u svim dijelovima svijeta, ali postoji vrlo malo legalnih zapisa o tome. U svijetu se vodila velika rasprava o dobrovoljnoj eutanaziji i samoubojstvu uz pomoć liječnika nakon što su dva britanska liječnika priznala da su davali smrtonosne doze lijekova kako bi ubrzali smrt terminalno bolesnih pacijenata. Nedostatak svijesti između različitih postupaka na temelju pravnog statusa koji im je dodijeljen u nekim zemljama, drugo je područje koje zabrinjava. Neki poistovjećuju ukidanje mjera održavanja života sa samoubojstvom uz pomoć liječnika, dok se samoubojstvo uz pomoć liječnika često pogrešno tumači kao eutanazija. Rasprava među liječnicima, zakonodavcima i javnošću, uzimajući u obzir kulturni, društveni i religijski etos, mogla bi dovesti do povećane svijesti, više zaštitnih mjera i poboljšanja medicinskih odluka u vezi s krajem života. Međunarodni zakon o ljudskim pravima može pružiti konsenzusnu osnovu za takvu raspravu o eutanaziji. [1]

Naziv eutanazija je nastala od grčke riječi eu što znači dobar i thanatos što je jednako smrti, no to ne znači dobra smrt, nego je definicija potpuno drugačija te bi definicija eutanazije bila da je to hotimičan čin koji uzrokuje smrt kako bi se na taj način uklonila svaka bol i patnja pojedinca. Eutanazija nije isključivo individualna odluka, već prije svega ima važnu društvenu reperkusiju. Kada bi se eutanazija legalizirala, sama priroda lijeka i identitet liječnika doživjeli bi duboku transformaciju. Odnos liječnik-pacijent, koji se temelji na međusobnom povjerenju, bio bi prekinut. Također, ako bi se eutanazija podržala, potaknulo bi se da se čovjek ne cijeni kao cjelovito biće, već kao stvar koja je tu samo za proizvodnju. Svi ljudski životi su vrijedni življenja, koliko god njihova tijela bila bolesna i oronula. Priznati suprotno znači ući u spiralu u kojoj bi dostojanstvo ljudskog bića postalo predmet vaganja u odnosu na drugu vrijednost, koja bi u hipotetskom sukobu mogla biti odgođena drugom vrijednosti. Međutim, palijativna skrb uzima u obzir socijalnu dimenziju kraja života ljudskog bića. Zbrinjavaju pacijente u cijelosti te su zato opcija koja najviše odgovara dostojanstvu čovjeka na kraju njegova života. [2]

Umiranje s dostojanstvom za različite ljude znači posve različite stvari kao što s jedne strane znači napuštanje liječenja koje samo produžuje život i primjerenu kontrolu boli i drugih simptoma, a s druge strane povlači pitanje eutanazije ili asistiranog samoubojstva. [3]

2. Palijativna zdravstvena skrb

S fokusom na poboljšanje kvalitete života pacijenata, palijativna skrb je brzo rastuća medicinska subspecijalnost usmjerena na skrb za pacijente s teškim i neizlječivim bolestima. Osnovno upravljanje simptomima, rasprave o prognostičkom razumijevanju i otkrivanje ciljeva liječenja ključni su dijelovi u praksi gotovo svih liječnika. Unatoč tome, mnogi složeni pacijenti s ozbiljnom bolešću opasnom po život imaju koristi od konzultacija sa stručnjacima za palijativnu skrb, koji su obučeni i imaju iskustva u ublažavanju određenih simptoma bolesti i spretni u izazovnim komunikacijskim interakcijama, uključujući medicinsko uključivanje i usklađivanje ciljeva skrbi. [4]

Liječnici kod pacijenata s ozbiljnim bolestima imaju primarni fokus na ublažavanje simptoma, smanjenje boli i olakšanje od psihosocijalnog distresa, bez obzira na dijagnozu, odnosno prognozu. Srž palijativne skrbi bavi se fizičkom, emocionalnom, socijalnom i duhovnom patnjom koju pacijent može doživjeti nakon proglašenja terminalne faze bolesti. U idealnom slučaju palijativnu skrb pruža tim liječnika, medicinskih sestara, odnosno tehničara, socijalnih radnika, psihologa i dušobrižnika. [5]

U modernoj eri medicine postoji velika potreba za palijativnom skrbi. Unatoč napretku medicine, pacijenti s bolestima koje ograničavaju život još uvijek značajno pate. Palijativna skrb pojavila se prije pola stoljeća kao etos temeljen na suosjećanju i brizi za pacijente i njihovih obitelji kako bi se ublažila patnja. To podrazumijeva promjenu paradigme s biomedicinskog modela na biopsihospiritualni model. Svjetska zdravstvena organizacija priznaje palijativnu skrb kao bitan dio kontinuuma univerzalne zdravstvene zaštite. Godine 2014. Svjetska zdravstvena organizacija skupština odobrila je rezoluciju o „Jačanju palijativne skrbi kao komponente sveobuhvatne skrbi tijekom cijelog života.“ [6]

3. Potpomognuto samoubojstvo

Pozivi da se legalizira samoubojstvo uz pomoć liječnika su se uvelike povećali, a interes javnosti za tu temu porastao je posljednjih godina unatoč etičkim zabranama. Mnogi ljudi brinu o tome kako će umrijeti, a naglasak medicine i društva na intervenciji i liječenju nije svaki put prepoznat u vidu dobre skrbi na kraju života. Nekolicina ljudi je snažno zagovaralo, na temelju autonomije, da bi samoubojstvo uz pomoć liječnika trebalo biti legalna opcija na kraju života. Kao zagovornik skrbi usmjerene na pacijenta, Američki medicinski fakultet obraća pažnju na sve glasove, uključujući one koji govore o želji da se kontrolira kada i kako će život završiti. Međutim Američki medicinski fakultet vjeruje da su etički argumenti protiv legalizacije samoubojstva uz pomoć liječnika i dalje najuvjerljiviji. Nadalje, načela etike također su temelj odgovornosti medicine u pogledu drugih pitanja i dužnosti liječnika da pruži skrb temeljenu na kliničkoj prosudbi, dokazima i bioetici. Fokus društva na kraju života trebao bi biti na nastojanjima da se riješi patnja i potrebe pacijenata i obitelji, uključujući poboljšanje pristupa učinkovitoj hospicijskoj i palijativnoj skrbi. Prednost ide poboljšanju skrbi za pacijente tijekom i na kraju života. [7]

3.1. Dostojanstveno umiranje

Danski filozof Soren Kierkegaard je izjavio „Umrijeti dobro je najveća mudrost u životu“. [8] Sve veća prevalencija legalizirane smrti uz liječničku pomoć održava moralnu logiku koncepta „prava na smrt“, koji je uveden u javni i profesionalni diskurs te u sudskim slučajevima koji postavljaju presedane o obustavi respiratora 1970-ih i prestanku prehrane i hidratacije putem različitih sondi 1980.-ih i 1990.-ih. [9]

Usvajanje Oregonskog zakona o dostojanstvenoj smrti 1994. godine kojim se terminalno bolesnim pacijentima dopušta da od svog liječnika zatraže lijekove za kraj života predstavljao je novi profesionalni, etički i pravni prag. Filozofsko i političko zagovaranje legalizacije oslanjalo se na temeljnu moralnu logiku prava na smrt dok je tvrdilo da takva logika opravdava proširenje opsega prava na smrt s odbijanja ili povlačenja opterećujućih medicinskih intervencija koje produljuju život na pravo neizlječivo bolesnog pacijenta da zatraži pomoć od liječnika, ostvareno propisanim lijekovima, koji bi ubrzali njihovu smrt na „human i dostojanstven način“. [10]

3.2 Etički prigovori društva

Postoje uvjerljiva filozofska razmatranja koja podupiru legalizaciju smrti uz liječničku pomoć i medicinsko potpomognuto umiranje: Na širokoj konceptualnoj razini, tko bi se doista protivio dostojanstvenoj smrti? Međutim, argumenti legalizacije koji se u potpunosti pozivaju na samoodređenje pacijenta pogrešno pretpostavljaju da takve radnje uključuju „privatni“ izbor pacijenta i stoga su imune na moralnu procjenu. Pacijent koji zatraži liječničku pomoć u umiranju, potrebna je pomoć stručne osobe, kvalificiranog liječnika ili medicinske sestre, odnosno osobe koja je dio moralne profesije u koju društvo ima povjerenje da će pripadnici struke primijeniti svoja znanja, vještine i pristup iscjeljivanja za dobrobit pacijenta i društva. Umiranje uz liječničku pomoć i medicinsko potpomognuto umiranje nužno su „javne“ akcije koje zahtijevaju forume za profesionalnu i javnu odgovornost. Usredotočenost zagovornika legalizacije na prava i interese pacijenata stvorila je moralnu kratkovidnost u vezi s prisutnošću drugih sudionika, uključujući razne posredne zajednice kao što su obitelji, liječničke profesije, hospicijska skrb i savjetnici za duhovnu skrb, kao sudionicima skrbi na kraju života. [11]

Moralna logika okončanja ljudskog života u bilo kojem kontekstu zahtijeva da se takve radnje poduzimaju kao posljednje sredstvo. Postoje alternativne opcije u skrbi na kraju života koje umirućim osobama mogu podariti određenu mjeru kontrole nad procesom umiranja, dati vrijednost umiranju i otvoriti puteve ka značenju osim uočene potrebe da se medicinskim sredstvima ubrza smrt. Čak su i liječnici koji zagovaraju legalizirano umiranje uz liječničku pomoć identificirali nekoliko opcija „posljednjeg utočišta“ za osiguranje iskustva umiranja neizlječivo bolesnih osoba, uključujući korištenje značajnih zakonskih prava koje osobe i njihovi opunomoćenici već imaju u svim državama da odbiju medicinske tretmane koji produljuju život kroz prethodne upute; zlatni standard hospicijske skrbi i palijativne medicine; praksa dvostrukog učinka pružanja dovoljne sedacije za ublažavanje boli čak i ako je neželjeni ishod brza smrt i dobrovoljno prestati jesti i piti. [12]

3.3. Društvene odgovornosti

Zagonetka je zašto postoji veće javno zagovaranje prava na smrt i legaliziranje smrti uz liječničku pomoć u društvu koje kontinuirano ne uspijeva svojim građanima zajamčiti univerzalni pristup osnovnoj zdravstvenoj skrbi. Čini se etički perverznim zagovarati jednak pristup smrti u nedostatku jednakog pristupa zdravstvenoj skrbi. Značajno je da svaka nacija koja je legalizirala medicinsko potpomognuto umiranje i liječničku eutanaziju, uključujući ne samo Kanadu, već i

Belgiju, Nizozemsku, Švicarsku i države u Australiji, ima sustav univerzalnog pristupa zdravstvenoj skrbi. [13]

Etičke, profesionalne i pravne kontroverze nastavit će se pojavljivati kako smrt uz liječničku pomoć postaje društveno prevladavajuća i nagovještava prijelaz na umiranje uz pomoć liječnika. Etička kritika ovih novih praksi i novih tumačenja medicine ne podrazumijeva bešćutnost prema potrebama pacijenata. Pacijenti s teškom ili neizlječivom bolešću imaju legitimne interese kontrolirati vlastiti proces umiranja i zahtijevaju profesionalnu i zajedničku odgovornost u skrbi na kraju života. Najvrjedniji i najsmisleniji aspekti umiranja uključuju prisutnost zajednice skrbi koja umirućoj osobi svjedoči da nikada ne će biti napuštena. To zahtijeva vraćanje povijesne tradicije da je medicina profesionalni poziv orijentiran predanošću liječenja, dinamičnom procesu koji se može dogoditi čak i kada izlječenje nije moguće. Primarna profesionalna odgovornost u njezi na kraju života je olakšati pacijentovu bol i patnju, korištenjem medicinskog znanja, empatije i suosjećanja te provođenjem zdravstvene skrbi, utjehe kako bi se ublažila patnja bez prekidanja života osobe koja pati. [14]

Dužnost zdravstvenih djelatnika prema društvu jest dati sve od sebe i jasno izraziti prijetnju koju bi legalizirano potpomognuto samoubojstvo donijelo ranjivim i popustljivim pacijentima, koje je društvo već toliko obezvrijedilo da mnogi više nemaju koristi od standarda skrbi propisanih u državnom sektoru. Skrb za stare i kronično bolesne će vjerojatno biti dodatno oslabljeno i prebačeno na komercijalna poduzeća kako se mijenjaju ekonomski i politički uvjeti. [15]

3.5. Prikaz slučaja pacijentice u Švicarskoj

Potpomognuto samoubojstvo nudi se u Švicarskoj od 1985., s više od pet organizacija koje su trenutačno aktivne s različitim kriterijima u pogledu uvjeta pod kojima ljudi mogu iskoristiti njihovu ponudu s obzirom na dob i osnovnu bolest. Troškovi za to variraju i kreću se od dobrovoljne donacije do nekoliko tisuća eura odnosno švicarskih franaka. [16]

O pacijentici: Gospođa M.M. prvi puta je potražila psihijatrijsko liječenje u privatnom angažmanu kada je bila u srednjim tridesetima. Prijavila je depresivno raspoloženje, poremećaj prehrane, kleptomaniju i psihološki distress zbog nezadovoljavajuće veze. Zamjetno je bilo i histrionsko ponašanje. U godinama koje su uslijedile, pacijentica je dolazila u ordinaciju samo u neredovitim razmacima. Za liječenje depresivnog poremećaja korišteni su antidepresivi, što je dovelo do opsežne remisije. U daljnjem tijeku, međutim, uočeno je pogoršanje histrionskog ponašanja i kleptomanije. U razdoblju od šest godina započeto je i ponovo prekinuto nekoliko psihoterapija. Pacijentica je izvijestila o promjeni odnosa i profesionalnih aktivnosti. Kada je

pacijentica imala gotovo četrdeset godina, prijavljeno je nekoliko pokušaja krađe i uslijedio je sudski spor. To je rezultiralo teškim depresivnim simptomima, pri čemu je pacijentica također prekinula uzimanje antidepresiva. U više je navrata odbila svaki daljnji pokušaj psihoterapije uz obrazloženje da je terapija trebala biti ranije i da više nije moguće pomoći. Pacijentica M.M. također je odbila bolničku psihoterapiju ili bolničko liječenje. Sve se više povlačila u sebe i na kraju više nije izlazila iz stana. Unatoč tome, nastavili su se tjedni psihijatrijski telefonski pozivi, iako je pacijentica odbijala svaki intenzivniji oblik liječenja. Postojao je sve veći deficit samozbrinjavanja i gospođa M.M. nije napuštala dom gotovo godinu dana. Roditelji su vodili brigu o prehrani nekoliko mjeseci. Dva puta je dobivena uputnica od službenika za javno zdravstvo nadležnom područnom odjelu za psihijatriju, ali niti jednom nije primljena u bolnicu. Nakon otprilike godinu dana, tijekom kojih pacijentica nije izlazila iz stana, poslala je prijavu na institut za eutanaziju u Švicarskoj te je primljena kao „kandidatkinja“. Obećano joj je sniženje cijene od nekoliko tisuća eura ako se odluči brzo zakazati. Uplatila je polog i dobila termin. Uz pristanak, liječnik specijalist telefonirao je švicarskom stručnjaku koji je pregledao pacijenticu putem videokonferencije. Tijekom videokonferencije psihijatar je obaviješten da bi, prema mišljenju vještaka, pacijentica ispunjavala sve kriterije te da je pravi kandidat za potpomognuto samoubojstvo. Teški poremećaj ličnosti dovoljan je razlog za potpomognuto samoubojstvo zbog loše prognoze. [17]

U isto vrijeme kada se pacijentica prijavila za potpomognuto samoubojstvo, rodbina je zatražila pomoć i intervenciju od Psihosocijalne službe grada Beča te su oni kontaktirali specijalista za liječenje u svrhu planiranja i dogovora o daljnjem postupku, pravnu službu za posebno pojašnjenje pravnog okvira i razgovora o uputnici jer prema Zakonu o smještaju: Pokušaj samoubojstva po sebi nije uvjerljiv simptom duševne bolesti te isto vrijedi i za ozbiljne suicidalne namjere. Stoga se od slučaja do slučaja mora ispitati je li duševna bolest uzrok želje za smrću, zbog čega sposobnost donošenja takve odluke nije u potpunosti dostupna ili je želja utemeljena na slobodnoj volji sa sposobnošću odlučivanja. U prvom slučaju smještaj je dopušten ako postoji vjerojatnost ponovnog pokušaja samoubojstva, a time i ozbiljnog ugrožavanja samog sebe. U ovom slučaju liječnik je želju za smrću pripisao duševnoj bolesti. Rizik koji predstavlja bolesna osoba mora biti ozbiljan i značajan za smještaj. To se ne odnosi samo na visok stupanj vjerojatnosti nastanka štete, već i na posebnu težinu nadolazeće štete. Opasnost je tim ozbiljnija i značajnija što je veća vjerojatnost ili veličina štete. U konkretnom slučaju, nedvojbeno je da je šteta bila osobito teška (smrt pacijenta) i da je vjerojatnost njenog nastanka ocijenjena visokom, budući da je pacijent već poduzeo odgovarajuće mjere (kapara, vještačenje) te bi se potpomognuto samoubojstvo trebalo dogoditi za nekoliko dana. [18]

U Austriji još nije određen pravni okvir pod kojim okolnostima potpomognuto samoubojstvo može biti traženo. Od posebno velike važnosti u ovom kontekstu je mjera kojoj će zakonodavac propisati da se potpomognuto samoubojstvo može zahtijevati samo u slučaju znatno skraćenog životnog vijeka i nepodnošljive patnje ili bi nepodnošljiva patnja bez mogućnosti liječenja bila dovoljna kao kriterij, kao što je to već slučaj u Švicarskoj ili Nizozemskoj. Ako bi se potpomognuto samoubojstvo moglo koristiti i bez bolesti koja skraćuje život, to bi znatno proširilo skupinu ljudi koji bi si legalno mogli pomoći u samoubojstvu. To bi bilo posebno problematično za osobe s duševnim bolestima jer može postojati česta, ali i dugotrajna želja za samoubojstvom, osobito u slučaju afektivnih poremećaja i poremećaja ličnosti- kao što je i slučaj kod pacijentice M.M.. To je od posebne zdravstvene i sociopolitičke važnosti, budući da su afektivni poremećaji i poremećaji ličnosti među najčešćim psihičkim bolestima. [19]

4. Eutanazija

Načela samoodređenja i individualne dobrobiti podržavaju korištenje dobrovoljne eutanazije od strane onih koji nemaju moralnih ili profesionalnih primjedbi na nju. Protivnici ovog stava navode etičku pogrešnost samog čina i nesuvislost svake javne ili pravne politike koja dopušta eutanaziju. Pozitivne posljedice pravno dopuštene eutanazije poštuju autonomiju kompetentnih pacijenata koji to žele, proširuju populaciju pacijenata koji mogu odabrati opciju i oslobađaju umirućeg pacijenta od inače dugotrajne patnje i agonije. Potencijalno loše posljedice dopuštanja eutanazije uključuju potkopavanje moralnog središta medicine dopuštanjem liječnicima da ubijaju, slabljenje predanosti društva u pružanju optimalne skrbi za umiruće pacijente i, što je najviše zabrinjavajuće, argument „skliske padine“. Procjena argumenata dovodi do podrške eutanaziji, pri čemu je njezino izvođenje nespojivo s profesionalnim angažmanom liječnika. [20]

Pobornici eutanazije na temelju aktivne i pasivne eutanazije daju si za pravo predlagati različite primjere iste te shodno tome dolazi do pojave naziva eugenička eutanazija što znači da prekid života zaslužuju unakaženi ili nasljedno opterećeni pojedinci u želji da se postigne čista rasa. Takvom teorijom se vodio i sam Adolf Hitler u nadi da će doći do iste. Ekonomska eutanazija predstavlja bezbolno uklanjanje mentalno bolesnih osoba, osoba s poteškoćama u razvoju, starijih osoba i osoba u terminalnim fazama bolesti. Kriminalna eutanazija je u prošlim stoljećima bila jako popularna vodeći se izjavom „Tko tebe kruhom, ti njega kamenom“, a danas je još uvijek popularna u Americi gdje se i dalje znaju izreći smrtonosne kazne za društveno opasne i nepoželjne osobe. Eksperimentalna eutanazija je ona o kojoj se najmanje zna i o kojoj mediji ne govore puno te se tu određeni ljudi podvrgavaju ubijanju u tijeku pokusa radi unapređivanja znanosti. [21]

4.1. Razlika između aktivne i pasivne eutanazije

Tradicionalni medicinski stav je da je gore ubiti nego pustiti da se umre. Ako liječnik ubije neizlječivo bolesnog pacijenta da spasi proračun odjela, taj postupak je moralno pogrešan i spada pod aktivnu eutanaziju. Nadalje, ako se dopusti da isti pacijent umre od infekcije prsnog koša, na zahtjev bolesnika, gleda se kao moralno pravo, odnosno kao pasivna eutanazija. U početku se može činiti da poštovanje autonomije ima mali utjecaj na moralnu razliku između ubijanja i puštanja pacijenta da umre, ali dojam je pogrešan. Ako liječnici nastave aktivno liječiti, a pacijent koji je izrazio želju da ne želi taj tretman, ne bi poštovali pacijentovu autonomiju. Uskraćivanje uzaludnih medicinskih tretmana koji produžuju život takvim pacijentima nije samo moralno dopušteno, već i moralno potrebno. Liječnici dijele intuitivni osjećaj da ako nekoga ubiju oni su

odgovorni za smrt, ali puštanjem pacijenta da umre, pacijent umire od osnovne bolesti. Međutim, liječnici imaju posebnu dužnost prema svojim pacijentima i moglo bi se tvrditi da su u pasivnoj eutanaziji djelovali kao da im nije namjera liječiti. Opasnost ovog argumenta je u tome što se ne prepoznaje da postoji svijet izvan shvaćanja pojedinaca. Argumenti o ubijanju i prepuštanju daju ljudima za pravo pretpostavke da liječnici mogu kontrolirati sve, i unutar i izvan pacijenta. Liječnici osjećaju poniznost i priznaju smrtonosnu moć mnogih bolesti. [22]

4.2. Patnja i pravda u odlučivanju

Autonomija i patnja su uobičajena opravdanja za promjenu. Argument autonomije je slab. U svim zakonodavstvima, konačna odluka za samoubojstvo uz pomoć liječnika ili eutanazija ostaje na liječniku. Pacijentova percepcija potpune kontrole nad ovom vrstom smrti je iluzorna. Dokazi iz Oregona pokazuju da pacijenti moraju tražiti poslušne liječnike, a u Nizozemskoj se oko petina zahtjeva odbija jer pacijenti ne pate dovoljno. [23]

Glavni argument protiv legalizirane eutanazije je nerješivi etički sukob između ispunjavanja zahtjeva pojedinaca za terapijskom smrću i osiguravanja da nesposobnim, ranjivim pacijentima ili pacijentima bez prava glasa ne će biti propisan smrtonosni tretman kao njihovo najbolje rješenje. Prisila je stvaran, nemjerljiv rizik. Kao i kod kardiopulmonalne reanimacije, kliničari će morati razgovarati o mogućnosti potpomognutog samoubojstva sa svim umirućim pacijentima. Vjerojatno to promiče slobodu, povjerenje i otvorenost, ali, kao što osobe s invaliditetom otkrivaju u raspravama o oživljavanju, također može dovesti do zaključka o dužnosti umiranja. [24]

4.3. Etika i dileme zdravstvenih djelatnika

Pojavljaju se situacije koje suprotstavljaju primjenu razumnog načela s osjećajima sažaljenja, empatije, krivnje, odgovornosti i čistom sposobnošću da se prevladaju dileme koje se javljaju kroz patnju i smrt. Ako se oslanja na slobodu izbora ili korištenje autonomije u zakonodavstvu kako bi se olakšala pragmatična rješenja svakog teškog slučaja, manipulira i subjektivizira se pravni sustav koji mora sve odvagati kako bi ostao u ravnoteži. Po prirodi medicine i ljudskih života, susreću se pacijenti koji se lakše nose sa dijagnozama i oni koji se nikako ne mogu. Ponekad su problemi koji se javljaju preteški i za same doktore. Srce i glava odbijaju se spojiti. Najbolje rješenje u danim okolnostima često nije i najjednostavnije. Doista, najbolje rješenje se možda ne će moći

identificirati sve dok ne istekne određeno vrijeme i retrospektivno, ponekad žalosno. Liječnici su u suštini u nepovoljnom položaju zbog imperativa da se nešto mora učiniti. Primjena kliničke prosudbe uključuje ograničenje kliničke slobode. Mora se poštivati okvir unutar kojeg su zdravstveni djelatnici ovlašteni djelovati, dok se koriste svim legitimnim sredstvima za ublažavanje patnje. Uz očuvanje dostojanstva ljudskog života, bez službenog nastojanja da se održi na životu i upadanja u medicinsko pretjerano postupanje, kapaciteti za intervenciju, brigu, prevenciju i ublažavanje nikada nisu bili veći. [25]

U svijetu praktične etike čini se da se pojedinci slažu kada je u pitanju ideja o tome što je ispravno ili pogrešno, međutim, ljudi se obično ne slažu kada je u pitanju primjena etičkih ideja. Eutanazija je oduvijek bila kontroverzna tema i po tom pitanju se poznati filozof, poznat kao Aristotel, nije slagao s konceptom ove prakse. S druge strane, Kant je zastupao proturječnu perspektivu. Iako je vjerovao da svaki zahtjev za samoubojstvom ne poštuje nečije racionalne sposobnosti ili sposobnost odlučivanja, također je vjerovao da se mora poštivati dostojanstvo pojedinca. Stoga, ako će nečije razumne sposobnosti biti kompromitirane bolešću, a to će narušiti nečije dostojanstvo, tada je zahtjev za eutanaziju bio dopušten. Treba poštivati pravo pojedinca na autonomiju, stoga bi u cijelom svijetu trebalo legalizirati mogućnost samoubojstva uz pomoć liječnika za smrtno bolesne. Smrt pojedinca osobna je stvar i stoga bi izbor trebao biti na pacijentu, a ne na zakonu. Iako se čini da je praksa eutanazije danas više prihvaćena nego prije, još uvijek postoje argumenti protiv te prakse. [26]

4.4. Ponos, autonomija i izbor zdravstvenih djelatnika

Što to govori o izboru, autonomiji, opterećenjima društva i dostojanstvenom umiranju? Usmjerenost na pacijenta zahtijeva uho koje istinski sluša uključujući um i srce. Autentičan odgovor zahtijeva njihovo razmatranje unutar okvira razumijevanja koji, u isto vrijeme, uključuje etičku prosudbu. Nositi teret je ono što društvo čini, a dostojanstveno umrijeti nije samo stvar estetike. Dostojanstvo je intrinzična ljudska kvaliteta, poštivanje žive osobe, čak i kada je kvaliteta života žalosno niska. Zakon je podložan vjetrovima promjena. Etički kodeks, osobito ako je vrijedan, trebao bi biti trajniji. Kada su pravni i etički okviri u sukobu, izazvani su ekstremnim okolnostima, koji je moralni ekvivalent GPS satelita koji lebde izdaleka iznad detalja neposredne topografije? Njihova udaljenost pruža perspektivu koja može voditi putnika kroz lokalnu zbrku i hitne izbore smjera. Takve hitne odluke, koliko god bile zbunjujuće, ne odnose se samo na autonomiju. U legendarnom pristupu složenosti, Aleksandar Veliki, vojskovođa krvavih ruku, riješio je problem Gordijskog čvora izbrisavši ga svojim mačem. Ne reflektirano, posebno za

učenika Aristotela, velikog prirodnog filozofa. Možda će poziv tek biti upućen da se liječnici odreknu povijesnog humanističkog načela, nepovredivosti života. Postavlja se pitanje trebaju li si liječnici dopustiti da postanu ovlaštene agenti društva u okončanju života. Dopustiti nekolicini njih da tako postupaju narušilo bi integritet profesije. Čak ni ovlaštene stručnjaci u američkom kaznenom sustavu nisu baš dobri u davanju smrtonosne doze. Na ovakve situacije se ne bi trebalo pristati, nego ustrajati primjenjujući intelekt i suosjećanje. Učiniti eutanaziju dostupnom radikalno bi promijenilo ravnotežu, čak i ako se ta opcija nikada ne bi koristila. Nadalje, činiti radnju zakonitom ne znači da je automatski i etička. Medicinska etika je previše važna da bi je diktirale grupe pod pritiskom, lobisti, osobna svjedočanstva slavni osoba ili mišljenja medijskih komentatora. [27]

Oni koji su suočeni s neposrednošću vlastite patnje imaju pravo tražiti što god žele i njihov se glas mora slušati s poštovanjem. Ali suosjećanje, bilo od liječnika ili društva, samo je jedan od elemenata koji pridonose donošenju odluka u ekstremnim slučajevima. Druge elemente, uključujući vrijednosti koje poštuje vrijeme i transcendentno načelo, ne bi trebali ostaviti po strani ako se ikada približe raskrižju odluka koje bi medicinske djelatnike mogle natjerati da postanu društveni agenti u izravnoj akciji za okončanje života. Doduše, među moralnim filozofima postoji mnogo rasprava i razilaženja u svijesti o prirodnom zakonu i nepovredivosti života. Koliko god kontroverzno bilo, koje vrijednosti se mogu poštivati ako se ne podržava posebna vrijednost ljudskog života? Etika ne može postojati u moralnom vakuumu. Postoje neke granice koje kad se prijeđu, povlačenje nije moguće. Struka bi trebala podržavati svoj etički stav, dok udvostručuje napore za postizanje optimalne terminalne skrbi za sve. [28]

4.5. Uloga medicinskih sestara i tehničara u eutanaziji

U etičkim raspravama o eutanaziji, fokus je često i isključivo na uključenosti i odgovornosti liječnika dok se o uključenosti medicinskih sestara rijetko pridaje mnogo pažnje. Iako eutanazija može biti dio medicinske odluke vezane za kraj života, medicinske sestre taj problem uvelike pogađa. Medicinske sestre i tehničari su ti koji su svakodnevno uključeni u zbrinjavanje umirućih pacijenata. U bolnicama su uz pacijente 24 sata dnevno. Stalna, brižna uključenost u neizlječivo stanje pacijenta, podučavaju medicinske sestre mnogo o tjeskobi, retoričkim pitanjima i potrebama pacijenata. Posljedično tome, pacijenti se nerijetko prvo njima obrate s pitanjima o eutanaziji. [29]

Ponekad izađu na vidjelo slučajevi u kojima su medicinske sestre aplicirale smrtonosnu injekciju na zahtjev pacijenta bez znanja liječnika ili obitelji pacijenta. Takva praksa obično izaziva veliku medijsku pozornost, a pojedinci tvrde da je takva sestrinska praksa raširenija nego

što javnost zna. Na temelju toga dolazi do zablude oko položaja medicinskih sestara u eutanaziji. [30]

4.5.1. Sudjelovanje u donošenju odluka

Sudjelovanje medicinskih sestara i tehničara u donošenju odluka obično je ograničeno samo na sudjelovanje u raspravama, ali imaju vrlo malu ulogu u stvarnom procesu donošenja odluka. Istraživanje provedeno u Nizozemskoj pokazalo je da su medicinske sestre i tehničari smatrali kako formalno glasovanje u donošenju odluka nije bilo nužno, ali su smatrali da je važno da se čuje i njihov glas, upravo zbog svakodnevne uključenosti u skrb za pacijenta u terminalnoj fazi bolesti i specifične stručnosti u tom području. [31]

4.5.2. Provođenje eutanazije

Uloga koju ima medicinska sestra u provođenju eutanazije može varirati od jednostavne osobne prisutnosti do stvarne primjene smrtonosnog lijeka. Općenito, medicinska sestra ima ulogu koja se prvenstveno odnosi na pomoć pacijentu i njegovoj obitelji. To znači da se pacijentova usmjerena skrb ne gleda samo u danima i satima koji prethode, već i tijekom primjene smrtonosnog lijeka. Iznenadujuće otkriće je da su nizozemske medicinske sestre iz kućne njege odsutne u trenutku kada se daje smrtonosni lijek u 90% slučajeva, u 3 % slučajeva je prisutna u kući, ali ne uz bolesnikovu postelju dok u 7 % slučajeva su prisutne uz pacijentov krevet. [32]

Među razlozima zbog kojih liječnici delegiraju davanje smrtonosnog lijeka često se spominje tehnička stručnost medicinskih sestara u rukovanju s uređajima za intravensku terapiju, što je ujedno i način na koji se smrtonosni lijek najviše aplicira. Drugi razlog je navika, želja i način kako graditi hijerarhijski odnos između liječnika i medicinske sestre. Iako su postoci jako niski, ne može se poreći da medicinske sestre ponekad provode eutanaziju bez da ju je liječnik propisao. Australsko istraživanje pokazalo je da 5% medicinskih sestara koje rade s pacijentima u terminalnoj fazi bolesti zaprimaju zahtjev za eutanaziju od pacijenta, ponekad udovolje zahtjevu bez ovlaštenja liječnika. Ova brojka je gotovo identična stopi od 4,5% među onkološkim medicinskim sestrama u jednoj američkoj studiji, a stopa od 2% među medicinskim sestrama gdje je uzorak

medicinskih sestara bio mješoviti. Međutim, u dvije posljednje studije nije jasno u kojoj mjeri je bio uključen nadležni liječnik. [33]

Razlozi koje medicinske sestre navode za provođenje eutanazije bez odobrenja liječnika uključuju osjećaj odgovornosti za dobrobit pacijenta, želja za olakšanjem patnje i želja za izbjegavanjem nepotrebnih terapijskih ispitivanja po nalogu liječnika. Medicinske sestre općenito doživljavaju svoju uključenost u donošenju odluke za eutanazijom prilično zahtjevnom. Prvenstveno zbog planirane prirode pacijentove smrti i brz prijelaz iz života u smrt. To ne umanjuje činjenicu da medicinske sestre pokazuju relativno visok stupanj spremnosti da sudjeluju u provođenju eutanazije. Vrlo malo medicinskih sestara spremno je samostalno ubrizgati smrtonosni lijek umirućem pacijentu. [34]

4.5.3. Zdravstvena skrb o obitelji nakon eutanazije

Naknadna njega odnosi se na ulogu medicinskih sestara u vezi podrške prema obitelji preminulog pacijenta. Nakon izvršene eutanazije često se održava razgovor između liječnika i obitelji, obično u prisustvu medicinske sestre, gdje članovi obitelji mogu izraziti svoje osjećaje te rezimirati tijekom bolesti. Liječnik i medicinska sestra općenito imaju kratku raspravu u kojoj iznose svoja iskustva. Temeljita procjena sestrinskih aspekata cjelokupnog procesa skrbi koji uokviruje eutanaziju često nije dovoljno prisutna, a ponekad je uopće nema. Javlja se dojam da medicinske sestre gotovo nikada ne razmišljaju o svom angažmanu u procesu eutanazije. [35]

5. Eutanazija novorođenčadi

Eutanazija za novorođenčad sa smrtonosnim i onesposobljenim stanjima je ilegalna u cijelom svijetu. Međutim, u stvarnosti se prihvaćanje eutanazije novorođenčadi razlikuje među različitim zemljama. U Nizozemskoj se godišnje rodi oko 200 000 djece, a od toga se smatra da je 10-20 beba, uglavnom s teškim kongenitalnim malformacijama, aktivno eutanazirano. Od 1997.-2004. godine prijavljena su samo 22 slučaja aktivne eutanazije novorođenčadi u Nizozemskoj. [36]

Kako bi se regulirala neonatalna eutanazija, kliničari u Nizozemskoj tvrde da se svi slučajevi trebaju prijaviti. U suradnji s odvjetnicima razvili su i naknadno objavili smjernice koje definiraju kriterije koji moraju biti ispunjeni prije nego što se eutanazija može uopće razmotriti. Liječnicima koji slijede te smjernice nije zajamčena sloboda od kaznenog progona, ali tada nije niti jedan pedijatar u Nizozemskoj kazneno gonjen. [37]

U skupinu djece za koje pojedinci zagovaraju eutanaziju prije ili nakon rođenja spadaju djeca s malformacijama poput nekih težih oblika spine bifide, te manja skupina nedonoščadi kod kojih se izraženije smetnje očituju tek nakon oporavka od ranih respiratornih problema. Ekstrapolacijska iskustva iz Nizozemske pokazuje da bi svake godine u Ujedinjenom Kraljevstvu bilo oko 50 takvih slučajeva. Roditelji povjeravaju svoju novorođenčad službama intenzivne njege, često na više tjedana, a dužina boravka je obično puno duža od one za intenzivnu njegu odraslih ili djece. Oni to čine jer su uvjereni da će medicinske odluke, koje se često donose kao odgovor na nepredvidive hitne situacije opasne po život, donijeti u najboljem interesu novorođenčadi na temelju načela da je, unutar razumnih granica, glavni cilj skrbi očuvanje života. Jedan od razloga zašto se Ujedinjeno Kraljevstvo protivi prihvaćanju nizozemskih preporuka jest taj što se aktivno ubijanje, kao terapijska opcija, smatra „skliskim terenom“ prema njegovoj široj upotrebi, iako neki odbacuju ovaj argument. Drugi razlog je strah da bi eutanazija mogla negativno utjecati na psihologiju stručnog osoblja te da se roditelji mogu osjećati pod pritiskom da prihvate mogućnost eutanazije kako ne bi postali teret medicinskim i socijalnim službama. [38]

Eutanazija može biti opcija samo ako je sigurna besmislenost nastavka liječenja. Iako ovo može biti jasno za neke kongenitalne malformacije i genetska stanja, često nije jasno za nedonoščad. Stariji pacijenti mogu sami odlučiti da je njihov život nepodnošljiv i zatražiti eutanaziju ili potpomognuto samoubojstvo, dok njegovatelji i obitelji moraju procijeniti kvalitetu života bebe. Ova je odluka iznimno teška jer pokazatelji da će, vrlo vjerojatno, prijevremeno rođena beba imati teški invaliditet nisu pouzdani. Kliničari koji su vodili rasprave koje su rezultirale aktivnim povlačenjem skrbi moraju živjeti s vjerojatnošću da su povremeno dopustili da umre beba koja bi napredovala. U praksi, iskusni neonatolozi i neonatalne medicinske sestre

se osjećaju ugodno s razlikom održavanja aktivnog života i aktivnog ubojstva bebe zato što mogu o tome otvoreno razgovarati s obiteljima i pomoći im da razumiju, na primjer, prihvatljivost infuzije opijata u dozi koja kontrolira bol, ali nemogućnost daljnjeg povećanja doze s prvenstvenom namjerom ubrzavanja smrti. Neonatalne medicinske sestre imaju veliku stručnost u procjeni patnje malenih beba i pružanju palijativne skrbi. Nažalost, roditelji se prečesto moraju boriti za osnovne usluge koje osiguravaju najbolji ishod za njihovo dijete s teškoćama u razvoju, a koje također čine njihov život podnošljivim. [39]

6. Etička razmatranja o skrbi na kraju života

Napredak moderne medicine i medicinske tehnologije produžio je očekivani životni vijek i promijenio prirodne norme smrti. Iako mnogi suvremeni tretmani i tehnologije ne liječe kronične bolesti, medicinske intervencije poput umjetne prehrane i respiratorne potpore mogu produžiti živote ljudi pružanjem sekundarne potpore. [40]

Skrb na kraju života postala je sve važnija tema u modernoj medicinskoj praksi. Ovaj proces započinje dijagnozom smrtonosne bolesti i uključuje dostojanstvenu smrt koju pacijent želi i razdoblje žalovanja nakon smrti. Smrt je neizbježan dio života. Mnogi ljudi na kraju života doživljavaju nepotrebne poteškoće i patnju. Članovi obitelji pacijenata, bliski prijatelji i neformalni negovatelji također imaju niz problema jer imaju vrlo važnu ulogu u skrbi za svoje voljene na kraju života prije, tijekom i nakon smrti. Nakon što čuju za terminalnu dijagnozu, obitelji umirućih pacijenata doživljavaju razdoblje visokog stresa koji se može manifestirati ljutnjom, depresijom, međuljudskim sukobima i psihosomatskim problemima. [41]

Članovi obitelji također su glavni negovatelji umirućeg pacijenta. Oni mogu osjećati beznadežnost, ljutnju, krivnju i nemoć kada ne mogu ublažiti patnju svog neizlječivo bolesnog člana obitelji. Iz etičke perspektive, pacijent, a ne obitelj, opunomoćenik ili liječnik, donosi najbolje odluke o ograničavanju liječenja ili tretmanima koji ne pružaju lijekove, ali produžuju život na neko vrijeme. Međutim, ako je pacijent izgubio sposobnost donošenja odluka, obitelj, ovlaštena socijalna skrb ili liječnik moraju donijeti odluku o skrbi koja će se pružiti pacijentu. [42]

Članovi obitelji koji osjećaju tugu, strah, tjeskobu i pod stresom su zbog neizlječive bolesti voljene osobe, teško će donositi odluke. Ako ne znaju preferencije svojih voljenih u pogledu skrbi na kraju života, ne mogu biti sigurni mogu li donijeti najprikladnije odluke za pacijenta. To može povećati tjeskobu i stres članova obitelji. Ponekad članovi obitelji mogu imati različite preferencije u pogledu skrbi. Dok neki članovi obitelji jasno i nedvosmisleno žele da se učini sve kako bi njihova voljena osoba ostala na životu, drugi se ne mogu odlučiti o ograničavanju liječenja i možda žele da medicinsko osoblje donosi te odluke umjesto njih. U takvim okolnostima liječnici i medicinske sestre su u teškoj poziciji. Ciljevi skrbi za neizlječivo bolesne pacijente su ublažavanje patnje, optimizacija kvalitete života do smrti i pružanje utjehe u smrti. Međutim, postizanje tih ciljeva nije uvijek lako. Budući da liječnici, pacijenti i članovi obitelji pacijenata moraju donositi odluke u vezi s opcijama liječenja, primjerice hoće li produžiti život osobe uz podršku medicinskih tehnologija ili dopustiti da se proces prirodne smrti nastavi, suočavaju se s raznim etičkim dilemama vezanim uz kraj života. Razumijevanje načela na kojima se temelji biomedicinska etika

važno je za liječnike i njihove pacijente kako bi riješili probleme u skrbi s kojima se suočavaju na kraju života. Etička načela su autonomija, dobročinstvo, bezazlenost, vjernost i pravednost. [43]

6.1. Univerzalni etički principi/ dovode li oni do pasivne eutanazije?

Napredne smjernice o skrbi za pacijente proizlaze iz etičkih načela autonomije pacijenata. One su usmene ili pisane upute o budućoj medicinskoj skrbi pacijenta u slučaju da iz bilo kojeg razloga postane nesposoban za komunikaciju i sposobnost donošenja odluka. Smjernice koje je ispunila nadležna osoba obično uključuju oporuke za život, opunomoćenike zdravstvene skrbi i naredbe o neoživljavanju. Oporuka za život je pisani dokument u kojem nadležna osoba daje upute u vezi s preferencijama zdravstvene zaštite i preferencijama za medicinske intervencije kao što su sonde za hranjenje koje se mogu koristiti u njezi bolesnika na kraju života. Oživljavanje pacijenta će stupiti na snagu kada pacijent izgubi svoju sposobnost donošenja odluka. Opunomoćenik za zdravstvenu skrb je osoba koju je pacijent imenovao da donosi odluke u ime pacijenta kada izgubi sposobnost donošenja odluka. Zdravstveni opunomoćenik smatra se pravnim zastupnikom pacijenta u situaciji ozbiljnog zdravstvenog oštećenja. Njegova odgovornost je odlučiti što pacijent želi, a ne što on sam želi. [44]

Do 18. godine pacijentovi roditelji ili zakonski skrbnici obično služe kao opunomoćenici za zdravstvenu skrb. Nakon navršениh 18 godina mogu po zakonu imenovati svog opunomoćenika za zdravstvenu skrb. Opunomoćenici mogu biti netko od članova obitelji ili prijatelja ili neka druga osoba. Oni donose odluke o tretmanima, postupcima i održavanju života, čak i ako se njihove vlastite želje razlikuju od želja pacijenta, moraju uzeti u obzir moguće sklonosti pacijenta, a ne svoje ili bilo koga drugog. Na kraju života prioritet donošenja odluka pripada pacijentu. Ako je pacijent izgubio sposobnost odlučivanja, odluke se donose prema pacijentovim naprednim smjernicama ako postoje. Ukoliko nema nikoga ili članovi obitelji izbjegavaju donošenje odluka, zdravstveni tim mora donijeti odluku. [45]

Etičko načelo pravde odnosi se na osiguravanje pravedne raspodjele zdravstvenih resursa i zahtijeva u pružanju zdravstvenih usluga. Medicinski resursi često su ograničeni i stoga ih treba pravedno i ravnomjerno raspodijeliti. Već postoji potreba za procjenom dodjele napredne medicinske terapije kako bi se izbjeglo nepotrebno korištenje ograničenih resursa. Pružatelji zdravstvenih usluga imaju etičku obvezu zagovaranja poštenog i primjerenog tretmana pacijenata na kraju života. To se može postići dobrom edukacijom i poznavanjem poboljšanih ishoda liječenja. [46]

Zdravstveni djelatnici, posebice liječnici, trebali bi pružiti sve informacije o stanju svojih pacijenata kada je to potrebno. Oni imaju dužnost pružiti detaljne informacije pacijentima i, ako

je potrebno, onima koji donose odluke o pacijentima o naprednim medicinskim tretmanima koji se mogu koristiti tijekom skrbi na kraju života. Oni mogu obavljati svoje dužnosti pružajući svojim pacijentima detaljne informacije o prednostima, ograničenjima i nedostacima ovih tretmana. Čak i ako pacijent ima autonomiju odabrati svoje liječenje, liječnik je taj koji bi trebao objasniti rezultate svih terapijskih intervencija. Ako pacijent inzistira na liječenju koje ne će biti korisno ili će samo produljiti njegov život, liječnik se može povući iz skrbi za pacijenta objašnjavajući zašto liječenje ne će biti od koristi, moguću štetu koju bi liječnik mogao prouzročiti pacijentu i kako će pružanje liječenja dovesti do nepotrebne upotrebe resursa. Liječnik također ima dužnost zaštititi život pacijenta, ali ovu zadaću ne treba brkati s korištenjem nepotrebni resursa, a pacijent se ne smije dodatno ozlijediti nastavkom beskorisnih ili uzaludnih medicinskih tretmana. U drugim slučajevima, dobrobit za pacijente utvrđuje se samo na temelju pacijentove subjektivne procjene dobrobiti. Medicinski uzaludni tretmani i intervencije su oni za koje je malo vjerojatno da će biti od koristi pacijentu. [47]

Medicinska uzaludnost definirana je kao klinička radnja koja ne služi nikakvoj korisnoj svrsi u postizanju određenog cilja za danog pacijenta. Uzaludna medicinska skrb je skrb koja se pruža pacijentu iako nema nade za izlječenjem. Kao opće pravilo, pacijenti bi trebali biti uključeni u odlučivanje je li skrb uzaludna. U rijetkim slučajevima možda ne će biti povoljno za pacijente da sudjeluju u raspravi oko vlastitog tretmana. Uzaludni i skupi tretmani u skrbi na kraju života povećavaju troškove zdravstvene skrbi i promiču nejednakost u zdravstvenoj skrbi. Napredne tehnologije ne obećavaju lijekove te korištenje istih ponekad može naštetiti pacijentu, a ne koristiti. Stoga bi liječnici svakako trebali razmotriti etičku vrijednost autonomije svojih pacijenata, ali bi također trebali razgovarati o mogućim štetnostima tretmana te o tome kako korištenje nepotrebni resursa dovodi do povećanja troškova zdravstvene skrbi. Liječnici se ne moraju primoravati na beskorisno ili uzaludno liječenje pacijenata. Upravo takvim postupcima dolazi se do zaključka da u terminalnoj fazi bolesti, ostavljajući pacijenta bez tretmana, dolazi do pasivne eutanazije. [48]

6.3. Razlika između palijativne skrbi i pasivne eutanazije

Većina ljudi izražava sklonost umiranju kod kuće. Međutim, različiti čimbenici mogu onemogućiti pružanje kvalitetne skrbi za kraj života u pacijentovu domu. Posljednjih godina postupno su se poboljšali palijativna skrb i hospicijski programi koji pružaju skrb pacijentima u terminalnoj fazi bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija definira palijativnu skrb kao pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji suočenih s problemom koji je povezan s bolešću opasnom po život, kroz prevenciju i ublažavanje patnje putem ranog prepoznavanja i

besprijeorne procjene te liječenje boli, tjelesnih, psihosocijalnih i duhovnih problema. Palijativnu skrb provodi interdisciplinarni tim. U svom izvješću „Umiranje u Americi“ Američki medicinski institut naglašava da bi svi liječnici u disciplinama i specijalnostima koji skrbe o pacijentima u terminalnoj fazi bolesti trebali biti kompetentni u osnovnim vještinama palijativne skrbi, kao što je usmjerenost na osobu i komunikacijske vještine usmjerene na obitelj, profesionalna suradnja i ublažavanje simptoma. [49]

Kontrola simptoma kao što su bol, otežano disanje, mučnina, zatvor, anoreksija, nesаница, anksioznost, depresija i zbunjenost treba rješavati s pacijentom i obitelji. Budući da psihološki, duhovni i društveni čimbenici mogu utjecati na percepciju simptoma, psihosocijalni distres, duhovni problemi i praktične potrebe trebaju se rješavati na odgovarajući način u skladu s preferencijama pacijenta i obitelji. U palijativnoj skrbi, plan skrbi određuje se prema ciljevima pacijenta i obitelji uz vodstvo multidisciplinarnog tima za zdravstvenu skrb. Postoje situacije gdje se simptomi ne mogu ublažiti, gdje pacijent očigledno umire i ne pomaže mu apsolutno ništa i multidisciplinarni tim jedino što može napraviti je pozvati dušobrižnika. U takvim slučajevima, kada se pacijentu pruža posljednja pomast i čeka se da umre dolazi do pojave etičkih i moralnih pitanja, nije li to onda pasivna eutanazija i to je sve što se moglo učiniti za pacijenta. Pasivna eutanazija i palijativna skrb se razlikuju u tome što se u palijativnoj skrbi umanjuju simptomi pacijenta kako bi doživio dostojanstvenu smrt, a u pasivnoj eutanaziji se pušta pacijenta da umre u mukama ne pružajući mu potrebitu skrb ni farmaceutske pripravke. [50]

7. Pravo na smrt ili pravo na život

Predložene su mnoge teorije koje objašnjavaju važnost moralnih i etičkih standarda ljudskog života u sustavu zdravstvene skrbi. Kao što je naznačeno moralnim standardima autonomije, uporna odluka je glavna u nastavku ili uskraćivanju pacijentovog liječenja, a njegovatelj koji je zakonski odgovoran za smrtno bolesnu osobu i razmišlja o njezinim željama, može imati moralno i zakonito pravo zahtijevati prekid bilo kakvog liječenja ili posredovanja. Velik dio zemalja u svijetu je protiv legalizacije eutanazije. U mnogim zemljama pomaganje osobi da poćini samoubojstvo rezultirat će zatvorskom kaznom i smatra se ubojstvom. Na primjer, u Jordanu je eutanazija protuzakonita čak i uz pristanak pacijenta i obitelji te se smatra zloćinom protiv ljudskog života. Ne postoji standard za ispitivanje psihološke granice pacijenta na vratima smrti. Krhki, stariji i neizljećivo bolesni ljudi oslanjaju se na pojedince oko sebe, a posebno na obitelj i zdravstveni multidisciplinarni tim. U takvim okolnostima, teško je odrediti osnovnu granicu vodstva pojedinca. [51]

Tijekom prošlog stoljeća medicina je napredovala i prihvaćanje raznih bolesti i invaliditeta je na visokom nivou. Još uvijek postoje mnoge neizljećive bolesti koje uzrokuju ekstremnu bol ljudima koji ih imaju. Pacijenti s uznapredovanim bolestima trebali bi imati za izbor eutanaziju jer bi život, kako se svi slažu, trebao biti najnevjerovatniji poklon. Ipak, u današnje vrijeme većina država vjeruje da je to nemoralno ili protuzakonito. Okrutno je i nepravedno održavati neizljećivo bolesne ljude na životu, a u isto vrijeme nema dokaza da će se bolesti poput sindroma zatvorenosti ili raka mozga moći izljećiti u bliskoj budućnosti. Argument da je lako držati ljude klinićki živima, ne drži vodu jer netko koga na životu održava stroj ne živi. Uvjeravanja i obećanja da će u nekom periodu pacijentima biti ponuđen lijek, a svo to vrijeme ga se drži u boli i poniženju, također nemaju moralne niti etićke vrijednosti. Time se krše prava pacijenta i ne bi se smjelo tolerirati. [52]

Osoba na koju bi eutanazija mogla najviše utjecati je sam pacijent. Obitelj će naravno biti emocionalno pogoćena, ali bez obzira hoće li im voljena osoba umrijeti danas ili za tri mjeseca, proces tugovanja poćinje od trenutka davanje dijagnoze. U stvarnosti, eutanazija može donekle koristiti obitelji s obzirom na proces žalovanja. Ako su uz pacijenta dan za danom i gledaju kako pati, doživjet će veliki emocionalni krah i na kraju svega će biti iscrpljeni. Također, ako su finansijski odgovorni za voljenu osobu, tretmani za neizljećivu bolest i samog pacijenta na kraju života mogu biti izuzetno skupi i neućinkoviti. Možda grubo zvući i nije lijepo za ćuti, ali i ćlanovi obitelji također mogu imati koristi od eutanazije. [53]

Ljudi imaju pravo na život i trebali bi moći birati hoće li umrijeti ili ne i donirati svoje organe. Ovaj oblik prisilne eutanazije uvelike je usporediv s ubojstvom. Neki bi mogli tvrditi da je eutanaziju preteško regulirati i da bi liječnicima mogla dati previše ovlasti. Ako bi se eutanazija legalizirala diljem svijeta, postojali bi zakoni, propisi, protokoli, a moguće i odbor koji bi pomogao upravljati odlukama i primjenom eutanazije. Kao i kod svih drugih medicinski propisa, postoji strah da bi medicinsko osoblje imalo sklonost ka kršenju protokola što bi dovelo do ozbiljnih posljedica. Medicinska nesavjesnost može uzrokovati gubitak ugleda liječnika među zajednicama, kao i liječničke licence. Nadalje, eutanazija je moralno dopuštena u određenim situacijama, ali je i dalje teška tema za promišljanje jer u većini slučajeva nitko nije spreman pozdraviti se sa svojim najmilijima i žele ih čim duže uz sebe. Međutim, u nekim situacijama, eutanazija je način ublažavanja boli i patnje koji se drugačije ne može učiniti. Neki oblici eutanazije i razlozi za eutanaziju stvaraju moralnu nedopustivu situaciju. Ako bi se eutanazija legalizirala, morali bi postojati mnogo pravila i propisa koji bi spriječili zlouporabu iste. [54]

8. Argumenti za i protiv eutanazije

S promjenama pogleda na moderno društvo, koje su etički prihvatljive laži, a koje neugodne laži od pojedinaca? Većina ljudi u društvu vjeruje da ima slobodu odlučiti što je prikladno što se tiče njihovog života, međutim, neki vjeruju da nije ispravno miješati se u prirodu, posebno kada je u pitanju život. Glavni argument u korist eutanazije je da je životni standard tijekom bolesti težak, čak i uz svu terapiju. U nekim slučajevima, neki tvrde da lijekovi ne će imati učinka na bolest, stoga se odlučuju za eutanaziju kao alternativu. Cijela svrha u ovom slučaju je osloboditi pacijenta od beznadnog života koji se može smatrati štetnim. Umrijeti za tu osobu je korist u usporedbi sa životom čak i uz najbolju njegu na kraju života. Na primjer, pacijentica s rakom čija kemoterapija ne reagira je nepokretna i ne može se sama brinuti za sebe, može pokušati počinuti samoubojstvo ako se eutanazija ne smatra prikladnim načinom ublažavanja ekstremne boli. [55]

Većina ljudi vjeruje da ima pravo umrijeti te da bi svaki pacijent trebao moći izabrati kako i kada želi umrijeti. Smatra se da su pacijenti ti koji pate i moraju dostojanstveno umrijeti te da bi oni trebali imati konačnu riječ o tome kako žele provesti svoje posljednje dane bez ikakvog oklijevanja ili osjećaja krivnje zbog svoje odluke. Baš kao što ljudi imaju slobodu izbora životnog partnera, to bi se trebalo primijeniti kada pojedinac želi odlučiti kako će okončati svoj život. Pobornici eutanazije vjeruju da ona obezvrjeđuje život, da će cijenjenje života kao takvog u zajednici izbljediti i da bi ga ljudi mogli prestati cijeniti. Prema etičkim načelima smatra se da je život izuzetno važan te da ga treba sačuvati pod svaku cijenu, što znači da se treba nositi sa svim problemima do samoga kraja i da se zagovara prirodna smrt. Svako umjetno zaključivanje života smatra se neprikladnim. Zagovornici protiv eutanazije također vjeruju da se daje prevelika moć medicinskom osoblju i to može dovesti do povrede ljudskih prava. Liječnici i medicinske sestre mogli bi posvetiti manje vremena onima koji su neizlječivo bolesni iako pacijenti još uvijek imaju nadu, što bi moglo dovesti do ranije smrti. [56]

Argumenti u prilog eutanazije obično se pozivaju na suosjećanje i autonomiju. Argumenti temeljeni na suosjećanju tvrde da je eutanazija neophodna za rješavanje nepodnošljive patnje, dok argumenti temeljeni na poštivanju autonomije smatraju da bi ljudima trebalo dopustiti da odluče jesu li njihovi životi vrijedni nastavka te da imaju zakonit pristup sigurnom načinu okončanja života ako oni tako biraju. Argumenti protiv eutanazije su raznolikiji, ali se još uvijek usredotočuju na određene teme koje se ponavljaju. Neki tvrde, na primjer, da je moralno pogrešno namjerno ubiti osobu u okolnostima koje se razmatraju ili pomoći u samoubojstvu te da pružatelji zdravstvenih usluga posebice imaju održati vrijednost ljudskog života koji pati. Drugi se usredotočuju na potencijalno šire implikacije prakse, kao što je mogućnost da bi oni koji su ranjivi

mogli biti pod pritiskom da okončaju vlastite živote ili da bi takva praksa smanjila povjerenje pacijenata u zdravstvene radnike ili na neki drugi način smanjila kvalitetu zdravstvene usluge. [57]

Uobičajeni pristup objašnjenju moralnih odluka je zasnivanje pojedinačnih prosudbi na općim moralnim konceptima, kao što su autonomija ili suosjećanje. Prema ovom modelu, normativna snaga danog argumenta ovisi o pozadini obveza utemeljenih na općim načelima. Međutim, neki filozofi tvrde da normativna snaga takvih koncepata ovisi o pozadini obveza utemeljenih na praksama. Prema takvom gledištu, moralno načelo nije temelj opravdanja, već način opisivanja opće ili zajedničke vrijednosti, koja je inherentna u obliku života koji osoba nastanjuje. Implikacija takvog gledišta je da je često nemoguće svesti nečiju privrženost jednoj ili drugoj moralnoj poziciji na jedno načelo. Razlozi zašto ljudi podržavaju ili se protive eutanaziji ne mogu se svesti na određena načela ili argumente, već održavaju integriranu procjenu niza razmatranja, utemeljenih na osobnim prioritetima i iskustvima. [58]

9. Zaključak

Na sami spomen eutanazije ili potpomognutog samoubojstva uz prisustvo liječnika, ljudi još danas imaju različite reakcije na tu temu. Unatoč svim navedenim stavovima i argumentima za i protiv i dalje se ne zna kako doživjeti takav način prekida života. Eutanazija, potpomognuto samoubojstvo uz prisustvo liječnika i palijativna sedacija su tri različita pojma, a zapravo vode ka istoj stvari-smrt. Mišljenja su različita i po svemu sudeći teško će se u budućnosti oformiti stručan univerzalni tim za cijeli svijet. Iako je u nekim državama eutanazija legalizirana, većina njih to ne će dozvoliti zbog religijskih uvjerenja i etičkih načela. Za pacijente u terminalnim fazama bolesti oformili su se multidisciplinarni zdravstveni timovi koji u takvim situacijama rade na ublažavanju simptoma bolesti, a ne teže izlječenju pacijenta. Oformljene su posebne ustanove za palijativnu skrb i hospiciji. Ako se ikada legalizira eutanazija ili potpomognuto samoubojstvo uz prisustvo liječnika takve ustanove i zdravstveni timovi gube svoju svrhu jer bi se time smanjila patnja i bol obitelji i samog pacijenta. Medicinske sestre i tehničari su posebno osjetljivi na temu eutanazije jer se oni skrbe za pacijente do samog kraja i nerijetko se vežu za umirućeg pacijenta. Iako bi se trebalo emocionalno ograditi od takvih stvari, u većini slučajeva si ne mogu pomoći. Uključivanje medicinskih sestara i medicinskih tehničara u donošenje odluke oko prekida života pacijenta kojem pružaju svakodnevnu skrb moglo bi dovesti do povećanog stresa te nerijetko i promjene profesije. Živimo u modernom društvu, gdje uznapredovala tehnologija i medicina svakim danom pružaju sve veću nadu teško bolesnim pacijentima i većina društva smatra da eutanazija i dalje ne bi trebala biti legalizirana.

10. Literatura

1. Sharma BR. The end of life decisions -- should physicians aid their patients in dying? *J Clin Forensic Med.* 2004 Jun;11(3):133-40. doi: 10.1016/j.jcfm.2003.11.002. PMID: 15260998.
2. Germán Zurriarán R. Aspectos Sociales de la Eutanasia [Social Aspects of Euthanasia]. *Cuad Bioet.* 2019 Jan-Apr;30(98):23-34. Spanish. PMID: 30742451.
3. Jušić A. Eutanazija. *Revija za socijalnu politiku* [Internet]. 2002 [pristupljeno 02.07.2022.];9(3):301-309. <https://doi.org/10.3935/rsp.v9i3.157>
4. Strand JJ, Kamdar MM, Carey EC. Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. *Mayo Clin Proc.* 2013 Aug;88(8):859-65. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.05.020. PMID: 23910412.
5. Swami M, Case AA. Effective Palliative Care: What Is Involved? *Oncology (Williston Park).* 2018 Apr 15;32(4):180-4. PMID: 29684230.
6. Chan KS. Palliative care: the need of the modern era. *Hong Kong Med J.* 2018 Aug;24(4):391-399. doi: 10.12809/hkmj187310. Epub 2018 Jul 30. PMID: 30065118.
7. Snyder Sulmasy L, Mueller PS; Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians. Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med.* 2017 Oct 17;167(8):576-578. doi: 10.7326/M17-0938. Epub 2017 Sep 19. PMID: 28975242.
8. Kierkegaard S. *At a Graveside In: Hong HV, Hong EV. Three Discourses on Imagined Occasions.* Princeton (NJ): Princeton University Press; 1993:69–106.
9. Filene PG. *In the Arms of Others: A Cultural History of the Right-to-Die in America.* Chicago: Ivan R. Dee; 1998.
10. Oregon Death with Dignity Act. Oregon Revised Statute, Chapter 127.800 to 127.995. Available from: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx>
11. Campbell CS. Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying. *Yale J Biol Med.* 2019 Dec 20;92(4):733-739. PMID: 31866788; PMCID: PMC6913808.
12. Quill TE. Physician-Assisted Death in the United States: Are the Existing ‘Last Resorts’ Enough? *Hastings Cent Rep.* 2008;38(5):17–22.

13. This observation is attributed to journalist Walter Cronkite. Available from: <https://stories.clintonfoundation.org/healthcare-is-local-bcc165cc22eb> .
14. Reich WT. Speaking of Suffering: A Moral Account of Compassion. *Soundings*. 1989;72:83–108.
15. Noble B. Assisted suicide. *Br J Gen Pract*. 2010 Feb;60(571):132. doi: 10.3399/bjgp10X483247. PMID: 20132713; PMCID: PMC2814271.
16. Bartsch C, Landolt K, Ajdacic-Gross V, Ristic A, Reisch T. Assistierte Suizide in der Schweiz: Auswertung der in den Schweizer Instituten für Rechtsmedizin dokumentierten Todesfälle. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116:545–552.
17. Vyssoki B, Stich M, Eder-Pissarek E, Jez I, Dobias S, Unger A, Kautzky A, Psota G. Angekündigter assistierter Suizid in der Schweiz – Ein Fallbericht [Announced assisted suicide in Switzerland: a case report]. *Neuropsychiatr*. 2021 Dec;35(4):187-191. German. doi: 10.1007/s40211-021-00398-6. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34570353; PMCID: PMC8651573.
18. Kopetzki C. Grundriss des Unterbringungsrechts. 3. Edition. Verlag Österreich; 2012; Rz 91, Rz 103 ff, Rz 124/1
19. World Health Organization . *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: WHO; 2017. p. 24
20. Brock DW. Euthanasia. *Yale J Biol Med*. 1992 Mar-Apr;65(2):121-9. PMID: 1519375; PMCID: PMC2589513.
21. I. Čehok , I. Koprek, *Etika priručnik jedne discipline, Školska knjiga, Zagreb,1996*
22. Linacre Centre. *Is there a morally significant difference between killing and letting die?* London: Linacre Centre, 1978.
23. 5. Ganzini L, Nelson HD, Lee MA, Kraemer DF, Schmidt TA, Delorit MA. Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon death with dignity act. *JAMA* 2001;285: 2363-9.
24. 9. Templeton S-K. Better for old to kill themselves than be a burden, says Warnock. *Times* 2004. Dec 12.

25. Harriss I. Ethics and euthanasia: natural law philosophy and latent utilitarianism. Australian Association for Professional and Applied Ethics, 12th Annual Conference; 28–30 September 2005; Adelaide.
26. Altisent R, Nabal M, Muñoz P, Ferrer S, Delgado-Marroquín MT, Alonso A. Eutanasia: ¿es esta la ley que necesitamos? [Euthanasia: is this the law we need?]. *Aten Primaria*. 2021 May;53(5):102057. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102057. Epub 2021 Apr 19. PMID: 33887603; PMCID: PMC8085896.
27. Emanuel EJ. Euthanasia. Historical, ethical, and empiric perspectives. *Arch Intern Med*. 1994 Sep 12;154(17):1890-901. doi: 10.1001/archinte.154.17.1890. PMID: 8074593.
28. 7. Keown J. *The law and ethics of medicine: essays in the inviolability of human life*. Oxford: Oxford University Press; 2012
29. McEvoy P. Euthanasia, ethics, and the Gordian Knot: is the Hippocratic Code obsolete? *Br J Gen Pract*. 2015 Dec;65(641):624-5. doi: 10.3399/bjgp15X687721. PMID: 26622011; PMCID: PMC4655711.
30. Broeckaert B. België: naar een wettelijke regeling van euthanasie (Belgium: heading for a regularisation of euthanasia). *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 2001;11:62–66.
31. Belgisch Staatsblad. Wet betreffende de euthanasie (Law on euthanasia). Available from <http://www.fgov.be> (accessed 20 September 2002).
32. Van de Scheur A, van der Arend A. The role of the nurse in euthanasia: a Dutch study. *Nurs Ethics* 1998;5:497–508.
33. Muller MT, Pijnenborg L, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. The role of the nurse in active euthanasia and physician-assisted suicide. *J Adv Nurs* 1997;26:424–30
34. Ferrell B, Virani R, Grant M, et al. Beyond the Supreme court decision: nursing perspectives on end-of-life care. *Oncol Nurs Forum* 2000;27:445–55.
35. Asch DA, Dekay ML. Euthanasia among US critical care nurses: practices, attitudes and social and professional correlates. *Med Care* 1997;35:890–900.
36. Stevens CA, Hassan R. Nurses and the management of death, dying and euthanasia. *Med Law* 1994;13:541–54.

37. Verhagen AEE, Sauer PJJ. End-of-life decisions in newborns: an approach from the Netherlands. *Paediatrics* 2005;116:736-9
38. Verhagen E, Sauer PJJ. The Groningen protocol—euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med* 2005;352:959-62.
39. Nuffield Council on Bioethics. *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues* London: NCB, 2006.
40. Costeloe K. Euthanasia in neonates. *BMJ*. 2007 May 5;334(7600):912-3. doi: 10.1136/bmj.39177.456481.BE. PMID: 17478792; PMCID: PMC1865424.
41. . Karnik S, Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. *Healthcare* 2016; 4(2): 24.
42. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, et al. Looking death in the eye: facilitating end-of-life care and the grieving process. In: Mc Daniel SH, Campbell TL, Hepworth J, et al. (eds) *Family oriented primary care*. 2nd ed. New York: Springer, 2005, pp. 261–284.
43. Crane MK, Witting M, Doukas DJ. Respecting end-of-life treatment preferences. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1263–1268.
44. Ornek Buken N. Clinical ethical decision making process and determining factors at the end of life. *Turkiye Klin J Med Ethics Law Hist-special Top* 2016; 2(3): 24–33.
45. Kessler DP, McClellan MB. Advance directives and medical treatment at the end of life. *J Health Econ* 2004; 23: 111–127.
46. Mahon MM. An advance directive in two questions. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41(4): 801–807.
47. Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capeles ML. Nutrition and hydration in the end-of-life care: ethical issues. *Acta Portuguesa De Nutrição*
48. Center for Bioethics University of Minnesota. End of life care: an ethical overview, https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf (accessed 20 July 2022).
49. Clark PA. Medical futility: legal and ethical analysis. *Virtual Mentor* 2007; 9(5): 95375–95383.

50. Committee on Approaching Death; Addressing Key End of Life Issues; Institute of Medicine. *Dying in America improving quality honoring individual preferences near the end of life*. Washington, DC: National Academies Press, 2015.
51. Barker P. Ethical dilemmas in palliative care. *Innovait* 2017; 10(8): 489–492.
52. Lam, J. (2017). Euthanasia-The Right to die well and beautifully? A theological plea. *Australian Catholic Record*, 94(2), 167-179.
53. *Justification of Euthanasia: Giving People the Right to Die Peacefully*. (2022, March 17). Edubirdie. Retrieved September 15, 2022, from <https://edubirdie.com/examples/justification-of-euthanasia-giving-people-the-right-to-die-peacefully/>
54. Rachels, James. “The Morality of Euthanasia.” *The Ethical Life: Fundamental Readings in Ethics and Moral Problems*, edited by Russ Shafer-Landau, Oxford University Press, 2018, pp.252-257.
55. Harris, John. “The Survival Lottery.” *The Ethical Life: Fundamental Readings in Ethics and Moral Problems*, edited by Russ Shafer-Landau, Oxford University Press, 2018, pp.258-266.
56. Erdek M. Pain medicine and palliative care as an alternative to euthanasia in end-of-life cancer care. *Linacre Q*. 2015 May;82(2):128-34. doi: 10.1179/2050854915Y.0000000003. PMID: 25999611; PMCID: PMC4434784.
57. *Arguments For and Against Euthanasia Essay*. (2021, July 20). Edubirdie. Retrieved September 15, 2022, from <https://edubirdie.com/examples/arguments-in-favour-of-and-against-euthanasia/>
58. Jaye C, Lomax-Sawyers I, Young J, et al. The people speak: social media on euthanasia/assisted dying. *Medical Humanities*. 2019:1-9. 10.1136/medhum-2018-011565

ODJEL

STUDIJ

PRISTUPNIK

MATIČNI BROJ

DATUM

KOLEGIJ

NASLOV RADA

NASLOV RADA NA
ENGL. JEZIKU

MENTOR

ZVANJE

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

V Ž K C

M M I

BROJ

OPIS

ZADATAK URUČEN

POTPIS MENTORA

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, KORENA ŠUVAKA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZMEĐU ŽIVOTA I SMRTI - EUTANAZIJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, KORENA ŠUVAKA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom IZMEĐU ŽIVOTA I SMRTI - EUTANAZIJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)