

Stavovi i mišljenja zdravstvenih djelatnika o eutanaziji

Benić, Karla

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:223047>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**

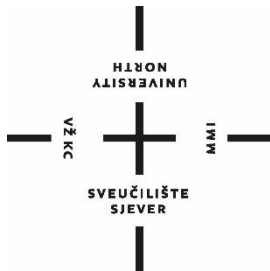


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 375/SSD/2024

STAVOVI I MIŠLJENJA ZDRAVSTVENIH
DJELATNIKA O EUTANAZIJI

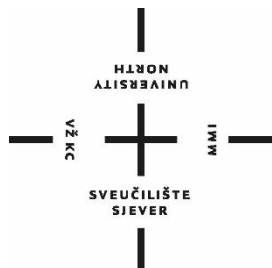
Karla Benić

Varaždin, listopad, 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 375/SSD/2024

**STAVOVI I MIŠLJENJA ZDRAVSTVENIH
DJELATNIKA O EUTANAZIJI**

Student:

Karla Benić, 0336018913

Mentor:

dr. sc. Karlo Houra

Varaždin, listopad, 2024.

Predgovor

Zahvaljujem dr.sc. Karlu Houri na prihvaćenom mentorstvu i stručnim savjetima koji su pomogli u realizaciji ovog diplomskog rada.

Hvala mojoj obitelji na podršci i ohrabrenju, uvijek ste bili tu za mene, najveći vjetar u leđa.

Hvala mom najboljem prijatelju i životnom partneru, Marinu, za strpljenje i razumijevanje kada ga ni sama za sebe nisam imala. Uz tebe je sve lakše.

Ovaj diplomski rad posvećujem svojoj majci.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Karla Benić	MATIČNI BROJ	0336018913
DATUM	11.09.2024.	KOLEGIJ	Mjerenje i procjena boli
NASLOV RADA	STAVOVI I MIŠLJENJA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA O EUTANAZIJI		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	ATTITUDES AND OPINIONS OF HEALTHCARE WORKERS ON EUTHANASIA		
MENTOR	izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, dr.med.	ZVANJE	izvanredni profesor
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednica 2. izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, dr.med., mentor 3. doc.dr.sc. Iva Bačak Kocman, članica 4. izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	375/SSD/2024
OPIS	<p>Ljudski život prepoznat je kao najviša društvena vrijednost, te je pravo na život najvažnije među osnovnim neimovinskim pravima, koje je određeno samim bićem čovjeka. Istovremeno postoji i pravo pojedinca da raspolaže svojim životom, što znanstvenici tumače kao priliku za izložiti se znatnom riziku i odlučiti o okončanju vlastitog života. Eutanazija se odnosi na prekid života neke osobe, posebice neizlječivo bolesnih pacijenata, s ciljem smanjenja boli i patnje bolesnika. Razlikujemo dvije glavne podjele eutanazije, a to su aktivna i pasivna eutanazija. Provedenim istraživanjem možemo vidjeti da je jedan od istaknutijih zaključaka jaka podrška autonomiji pacijenata. Slična podrška vidljiva je i u stavu prema legalizaciji eutanazije gdje gotovo 69% ispitanika smatra da bi eutanazija trebala biti dozvoljena u današnje vrijeme. Nadalje, 9,6% ispitanika slaže se s tvrdnjom da je oduzimanje ljudskog života neprihvatljivo neovisno o okolnostima dok se njih 12% u potpunosti slaže s navedenom tvrdnjom. Ovaj stav često proizlazi iz vjerskih i kulturnih uvjerenja, koja naglašavaju svetost života i moralnu odgovornost za njegovo čuvanje. Za bolesnike u terminalnom stanju ili s bolestima koje uzrokuju veliku patnju i nemaju dobru prognozu, od velike je važnosti pokušati ne samo održati život pod svaku cijenu, već i cijeniti kvalitetu života koja im se nudi.</p>

ZADATAK HRUČEN	17. 09. 2024.	POTPIS MENTORA	
----------------	---------------	----------------	--



Sažetak

Ljudski život prepoznat je kao najviša društvena vrijednost, te je pravo na život najvažnije među osnovnim neimovinskim pravima, koje je određeno samim bićem čovjeka. Istovremeno postoji i pravo pojedinca da raspolaže svojim životom, što znanstvenici tumače kao priliku za izložiti se znatnom riziku i odlučiti o okončanju vlastitog života. Eutanazija se odnosi na prekid života neke osobe, posebice neizlječivo bolesnih pacijenata, s ciljem smanjenja boli i patnje bolesnika. Razlikujemo dvije glavne podjele eutanazije, a to su aktivna i pasivna eutanazija. Eutanazija je postala aktualna tek u dvadesetom stoljeću, kada su provedena i prva iskustva njene legalizacije. Prva zemlja koja je legalizirala i aktivnu i pasivnu eutanaziju bila je Nizozemska, koju zatim slijede Belgija i Luxemburg. U Švicarskoj, eutanazija je zakonski zabranjena, ali je u skladu sa švicarskim zakonom dozvoljena pomoć u činu samoubojstva ukoliko nema osobne koristi. Letimičan pogled na jurisdikcije u kojima je eutanazija legalizirana potvrđuje da one teže većem stupnju sekularnosti i ateizma od prosjeka.

Provedenim istraživanjem možemo vidjeti da je jedan od istaknutijih zaključaka jaka podrška autonomiji pacijenata. Slična podrška vidljiva je i u stavu prema legalizaciji eutanazije gdje gotovo 69% ispitanika smatra da bi eutanazija trebala biti dozvoljena u današnje vrijeme. Nadalje, 9,6% ispitanika slaže se s tvrdnjom da je oduzimanje ljudskog života neprihvatljivo neovisno o okolnostima dok se njih 12% u potpunosti slažu s navedenom tvrdnjom. Ovaj stav često proizlazi iz vjerskih i kulturnih uvjerenja, koja naglašavaju svetost života i moralnu odgovornost za njegovo čuvanje. Za bolesnike u terminalnom stanju ili s bolestima koje uzrokuju veliku patnju i nemaju dobru prognozu, od velike je važnosti pokušati ne samo održati život pod svaku cijenu, već i cijeliti kvalitetu života koja im se nudi. Uloga magistre/a sestrištva u kontekstu eutanazije složena je i zahtijeva visoku razinu stručnosti, empatije, i etičke osjetljivosti. Kroz edukaciju, komunikaciju i zagovaranje, medicinske sestre/tehničari doprinose stvaranju okruženja u kojem bolesnici mogu doživjeti dostojanstvenu i suosjećajnu njegu na kraju svog života.

Ključne riječi: eutanazija, potpomognuto samoubojstvo, palijativna skrb

Summary

Human life is recognized as the highest social value, and the right to life is the most important among basic non-property rights, which is determined by the very being of man. At the same time, there is also the right of an individual to dispose of his life, which scientists interpret as an opportunity to expose himself to considerable risk and decide to end his own life. Euthanasia refers to the termination of the life of some persons, especially terminally ill patients, with the aim of reducing the patient's pain and suffering. We distinguish two main divisions of euthanasia, active and passive euthanasia. Euthanasia became relevant only in the twentieth century, when the first experiences of its legalization were carried out. The first country to legalize both active and passive euthanasia was the Netherlands, followed by Belgium and Luxembourg. In Switzerland, euthanasia is legally prohibited, but according to Swiss law, assistance in the act of suicide is allowed if there is no personal benefit. A cursory glance at the jurisdictions where euthanasia is legalized confirms that some are heavier than average in terms of secularism and atheism.

Through the conducted research, we can see that one of the most prominent conclusions is a strong support for patient autonomy. Similar support is also visible in the attitude towards the legalization of euthanasia, where almost 69% of respondents believe that euthanasia should be allowed nowadays. Furthermore, 9.6% of the respondents claim that the taking of human life is unacceptable regardless of the circumstances, while 12% of them fully express themselves with this statement. This attitude often stems from religious and cultural beliefs, which emphasize the sanctity of life and the moral responsibility to preserve it. For patients in a terminal condition or with diseases that cause great suffering and do not have a good prognosis, it is of great importance to try not only to maintain life at all costs, but also to appreciate the quality of life that is offered to them. The role of the master of nursing in the context of euthanasia is complex and requires a high level of expertise, empathy and ethical sensitivity. Through education, communication and advocacy, nurses/technicians contribute to creating an environment where patients can experience dignified and compassionate end of life care.

Keywords: euthanasia, assisted suicide, palliative care

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. POJAM I VRSTE EUTANAZIJE	3
2.1. Aktivna eutanazija	4
2.2. Pasivna eutanazija	5
2.3. Distanazija	5
2.4. Ortotanazija	6
2.5. Potpomognuto samoubojstvo	6
3. POVIJEST EUTANAZIJE	7
4. EUTANAZIJA U MODERNO DOBA	10
4.1. Eutanazija u Nizozemskoj	11
4.2. Eutanazija u Belgiji	13
4.3. Eutanazija u Hrvatskoj	14
5. EUTANAZIJA IZ RELIGIJSKE PERSPEKTIVE	17
5.1. Eutanazija i kršćanstvo	18
5.2. Eutanazija i islam	19
5.3. Eutanazija i hinduizam	20
5.4. Eutanazija i budizam	21
6. BIOETIČKI ASPEKTI I MORALNE DILEME	23
6.1. Prednosti eutanazije	24
6.2. Nedostatci eutanazije	24
7. PALIJATIVNA SKRB	26
7.1. Palijativna skrb u Hrvatskoj	28
8. KVALITETA ŽIVOTA PACIJENATA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI	32
9. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA	37
9.1. Cilj istraživanja	37
9.2. Hipoteze	37
9.3. Ispitanici i metode istraživanja	37
9.4. Instrument istraživanja	37
9.5. Očekivani znanstveni doprinos istraživanja	38
9.6. Rezultati istraživanja	38
9.7. Rasprava	44
10. ZAKLJUČAK	49
11. LITERATURA	51

Popis tablica	55
Prilog	56

1. UVOD

Ljudski život prepoznat je kao najviša društvena vrijednost, te je pravo na život najvažnije među osnovnim neimovinskim pravima, koje je određeno samim bićem čovjeka. Istovremeno postoji i pravo pojedinca da raspolaže svojim životom, što znanstvenici tumače kao priliku za izložiti se znatnom riziku i odlučiti o okončanju vlastitog života (1). Eutanazija, također poznata kao "ubojstvo iz milosrđa" na grčkom jeziku znači "dobra smrt" (2). Općenito, eutanazija se odnosi na prekid života neke osobe, posebice neizlječivo bolesnih pacijenata, s ciljem smanjenja boli i patnje bolesnika. Postoje dva glavna oblika eutanazije. Aktivna eutanazija, podrazumijeva poduzimanje određenih mjera od strane medicinskog osoblja kako bi uzrokovali smrt pacijenata, kao što je npr. davanje smrtonosnih lijekova, injekcija i sl., te pasivna eutanazija, gdje medicinski stručnjaci uskraćuju određene tretmane za održavanje života pacijenata, što neizravno dovodi do smrti istog (2). Mišljenje da je eutanazija moralno dopuštena potječe od Sokrata, Platona i stoika (3). Ista se odbacuje u kršćanskom vjerovanju, uglavnom zato što se smatra da se kosi sa deset Božjih zapovijedi. Organizirani pokret za legalizaciju eutanazije započeo je 1935. godine u Engleskoj, kada je C. Killick Millard osnovao Dobrovoljno društvo za legalizaciju eutanazije. Isti prijedlog poražen je 1936. godine kao i pokret na istu temu 1950. godine (3). Prva zemlja koja je legalizirala eutanaziju bila je Nizozemska, 2001. godine. Slijedila ju je Belgija 2002. godine (3). U Australiji, bilo je 50 pokušaja legalizacije eutanazije prije nego što je zakon o dozvoljenoj eutanaziji usvojen 2017. godine (3). Posljednjih godina, odnosno desetljeća, sve više i više jurisdikcija razmatra opciju legalizacije eutanazije. Jedan od razloga tome je trend sve veće individualizacije, a starenje stanovništva te napredak medicine također su važni čimbenici zagovaranja veće kvalitete života. Uz rastući broj starije populacije, sve će više ljudi patiti od simptoma i nuspojava kroničnih bolesti. Pod tim uvjetima, bolesnici će vjerojatno imati lošu kvalitetu života zbog produljene patnje, posebice za one koji su neizlječivo bolesni. Također, dugotrajna tjelesna nesposobnost može izazvati osjećaj depresije. Pristup eutanaziji često uključuje procjenu dostupnih opcija za palijativnu skrb, koja je usmjerena na ublažavanje boli i poboljšanje kvalitete života bez namjernog okončanja života. Također, prije samog donošenja odluke o eutanaziji,

mnogi sustavi zahtijevaju da bolesnici prođu kroz psihološko savjetovanje kako bi se osiguralo da su njihove odluke informirane i donesene bez vanjskog pritiska.

Mnogo je zabrinutosti povezanih s odlukom o legalizaciji eutanazije. Važno je uzeti u obzir društvenu kulturu i vrijednost. Mnogi znanstveni radovi navode kako ljudi u afričkim zemljama manje podržavaju eutanaziju u odnosu na Europljane (2). Afrikanci radije kontroliraju vlastiti život umjesto da „odustanu“, a njihova uvjerenja i životne vrijednosti utječu na prihvaćanje eutanazije. Vjera je još jedan ključni čimbenik u pogledu stavova prema eutanaziji. Zemlje s jakim vjerskim stavovima temeljenim na budizmu, kršćanstvu, islamu i sl. najčešće oštro ne odobravaju eutanaziju jer vjeruju da su životi poslani od Boga i da samo Bog ima autoritet odnosno pravo isti i oduzeti. Dok se u nekim zemljama eutanazija smatra pravom bolesnika, s druge strane, sve vrste eutanazije se u mnogim zemljama smatraju zločinom. Pogotovo u muslimanskim zemljama, gdje eutanazija nije legalna(4). Također, neki psihološki čimbenici, kao što je strah od umiranja, te razina obrazovanja mogu znatno utjecati na prihvaćanje ili ne prihvaćanje eutanazije (2).

Stavovi liječnika o eutanaziji važan su element u provedbi ove prakse. Na njihova stajališta mogu utjecati mnogi čimbenici, uključujući religiju, zemlju u kojoj liječnik obavlja liječničku praksu ili liječnikove subspecijalnosti unutar medicinskog polja. Zabilježeno je da je neodobravanje eutanazije veće među onima s jakim vjerskim uvjerenjima(4). S druge strane, sekularne kulture podržavaju pravo pojedinca da sam odlučuje o životu i smrti. Medicinske sestre/tehničari jednako kao i liječnici imaju važnu ulogu u zdravstvenom timu i uključeni su u svakodnevnu njegu pacijenata. Sukladno s tim uključeni su u skrb o terminalnim bolesnicima, koji se mogu suočiti s teškim odlukama na kraju života, poput eutanazije. Stoga je važno utvrditi stavove o eutanaziji te se pripremiti na takve situacije u profesionalnom životu. Važno je uključiti teme vezane uz eutanaziju te etičke, političke i pravne dimenzije eutanazije u nastavne planove te u profesionalni rad(4). Eutanazija ostaje kontroverzno i složeno pitanje koje zahtijeva pažljivo razmatranje mnogih faktora.

2. POJAM I VRSTE EUTANAZIJE

Zdravstvena skrb obično se temelji na zdravu razumnoj pretpostavci da je liječenje koje produljuje život korisno i da bi ga većina pacijenata željela. U većini slučajeva, ona se i pruža osim ako je bolesnik ne odbije ili ako je smrt bolesnika neizbježna. No međutim, postoje određeni slučajevi u kojima liječenje koje produljuje život ne donosi čistu korist bolesniku jer nije u mogućnosti postići razinu oporavka koja opravdava odgovarajuće opterećenje liječenja, ili liječenje može održati bolesnika na životu, ali ne može zaustaviti napredovanje njegove bolesti ili dati nadu da će bolesnik oporaviti samosvijest, svijest o drugima te sposobnost interakcije s njima. Bolesnici ponekad odluče da je dosegnuta faza nakon koje bi za njih daljnje liječenje, usmjereno na produljenje života, iako moguće, bilo neprikladno. Za one bolesnike koji nisu u mogućnosti samostalno donijeti takve odluke, te se odluke moraju donijeti na način koji odražava njihove želje ili, ako one nisu poznate, njihove najbolje interese (5).

Koncept eutanazije bio je kontroverzna tema od samog svog početka. Riječ 'eutanazija' potječe od grčkog, 'Eu' što znači 'dobar' i 'thanatos' što znači 'smrt', što zajedno znači 'dobra smrt' (6). Eutanazija se definira kao ubrzanje smrti bolesnika kako bi se spriječila njegova daljnja patnja. Prva podjela eutanazije dijeli se na aktivnu i pasivnu eutanaziju. Aktivna eutanazija odnosi se na namjerni čin, najčešće davanje smrtonosnih lijekova, kako bi se okončao život neizlječivo ili terminalno bolesne osobe dok se pasivna eutanazija odnosi na uskraćivanje ili prekid liječenja koje je neophodno za održavanje života (6). Druga podjela eutanazije podrazumijeva dobrovoljnu eutanaziju, odnosno eutanazija uz informirani pristanak, nedobrovoljne, odnosno kada nema dobrovoljnog pristanka bolesnika zbog njegove nemogućnosti potpisivanja istog, te eutanazija protiv volje koja se protivi volji bolesnika (7). Treća podjela eutanazije podrazumijeva razliku između izravne i neizravne eutanazije. Izravna eutanazija je namjerni čin skraćivanja života, npr. letalna injekcija, dok se neizravna eutanazija odnosi na intervencije medicinskog osoblja koje rezultiraju smrću bolesnika zbog prestanka liječenja (7). Uz prethodno navedene pojmove, u bioetičkom i pravnom svijetu raspravlja se i o pojmu distanzije, odnosno umjetno produljivanje života u vidu polagane smrti u teškoj patnji i boli, te ortotanazije, što podrazumijeva ne produljivanje života neizlječivo bolesne osobe već puštanje iste da umre prirodnom smrću (7). Eutanazija ili ubojstvo iz milosrđa povijesni je i suvremeni problem

medicine, prava, etike i religije koji se očituje u mnoštvu isprepletenih pojmova i različitih zakonskih rješenja diljem svijeta (8). Druga terminologija poput potpomognutog samoubojstva i samoubojstva uz pomoć liječnika nije sinonim za eutanaziju. Naredba „ne oživljavaj“ znači da nadležni liječnik nije dužan oživljavati bolesnika ukoliko dođe do srčanog zastoja i osmišljena je tako da spriječi nepotrebnu patnju (6). Iako se prethodno navedena naredba smatra pasivnom eutanazijom, prakticira se u većem dijelu svijeta bez puno pravnih problema. Eutanazija i potpomognuto ubojstvo dvije su teme o kojima se raspravlja daleko u povijest, uglavnom zato što spadaju u okvir života kao ljudskog prava. Međutim, značenje riječi eutanazija kao „dobre smrti“ stvara sukobe na društvenoj, moralnoj i etičkoj razini i oštro dijeli znanstvenu i neznanstvenu javnost na pobornike i protivnike (9). To je uglavnom zato što je smrt gubitak te ju je teško prihvatiti kao nešto pozitivno. Najčešći slučajevi zbog kojih bolesnici traže eutanaziju su neizlječivo bolesne osobe s malignim oboljenjima te druge neizlječive bolesti kod kojih nema aktivnog liječenja. Čimbenici koji su odgovorni za donošenje odluka dijele se na fizičke i psihičke. Tjelesna stanja kojima se narušava kvaliteta života ovih bolesnika su nepodnošljiva bol, mučnina, povraćanje, otežano gutanje, paraliza, inkontinencija, dispneja i sl., te neki od psiholoških čimbenika koji uključuju depresiju, osjećaj tereta, strah od gubitka kontrole ili dostojanstva utječu na samu odluku bolesnika o eutanaziji (6).

2.1. Aktivna eutanazija

Aktivna ili direktna eutanazija, postupak je koji se definira kao svako djelo ili čin koje se provodi na bolesniku koji je u terminalnom stadiju svoje bolesti, kako bi se prekinula bol i patnja te kako bi ga se na bezbolan način poslalo u smrt (10). Razlikujemo tri vrste aktivne eutanazije, u odnosu na davanje pristanka na eutanaziju, i to je dobrovoljna eutanazija – na zahtjev bolesnika, nedobrovoljna – bez pristanka bolesnika te prisilna eutanazija gdje bolesnik nije u poziciji dati pristanak na eutanaziju. Ukoliko aktivna eutanazija nije dobrovoljna, radi se o oduzimanju života bez privole, u tom se slučaju radi o ubojstvu. Opravdanost aktivne eutanazije vadimo iz osjećaja ljudske solidarnost, samilosti ili milosrđa prema osobama koje pate (11). U literaturi aktivnu eutanaziju nazivamo još i „ubojstvom iz milosrđa“ ili „laganom smrti“, a izvodi se ubrizgavanjem smrtonosnog sredstva ili na neki drugi način (7). Osnova razlikovanja aktivne od pasivne eutanazije je samo put kojim se stiže do smrti.

Da li je smrt izazvana prirodno, kao posljedica određene bolesti, ili je namjerno prouzrokovana radnjom bolesnika ili neke druge osobe?! Glavni kriterij koji razlikuje aktivnu eutanaziju od pasivne je sam čin kojim se prouzrokuje smrt. Najveći razlog diskriminiranja aktivne eutanazije je taj što se smrt prouzrokuje namjerno, iako je smrt neminovna. Bolesnik ne umire prirodno već je posljedica čina liječnika ili neke druge osobe (12). Određeni autori smatraju kako je aktivna eutanazija humanija od pasivne, jer bi neizlječivo bolestan prošao kroz puno patnje i boli ukoliko mu se dopusti da polako umire, posebice u slučajevima kada je smrt neizbježna (13).

2.2. Pasivna eutanazija

Pasivna eutanazija uključuje složena etička, pravna i osobna razmatranja. Često je dio rasprava o skrbi na kraju života i može biti vođena bolesnikovim željama, medicinskom prognozom te razmatranjima kvalitete života. Odluka o uskraćivanju ili prekidanju liječenja je osobna te je pod utjecajem kulturnih, vjerskih i društvenih uvjerenja o životu, smrti i medicinskim intervencijama (14). Pasivna eutanazija, događa se kada se prekine liječenje ili se suzdrži primjena mjera za održavanje života kao što su prestanak primjene lijekova, prekid primjene infuzijskih otopina za očuvanje svih vitalnih funkcija i sl. Tada nema više „herojskih“ napora u pokušaju produljenja života u beznadnim slučajevima gdje se takvo produljenje čini neopravdanim. Pasivna eutanazija potpuno je suprotan pojam od distanazije, kod koje se primjenjuju izvanredni postupci kako bi se maksimalno produžio život neizlječivom bolesniku koji bez tih postupaka ne bi preživio (15).

2.3. Distanazija

Distanazija se smatra uzaludnim ili beskorisnim liječenjem, koje ne doprinosi bolesniku u terminalnom stadiju bolesti. To je proces u kojem se produljuje period umiranja, a ne život sam po sebi. Posljedično, bolesnici imaju dugotrajnu i sporu smrt, koja često sadržava patnju, bol i tjeskobu. Kada netko ulaže u liječenje osobe koja nema šanse za izlječenje, zapravo potkopava dostojanstvo iste. Napredne mjere treba procijeniti tako da budu od koristi bolesniku, a ne da znanost smatraju samom svrhom (16). Distanazija ima slobodan protok kroz naše bolnice i zdravstveni sustav te prolazi nezapaženo. Distanaziju njeguje zapadno društvo koje cijeni spašavanje života pod svaku cijenu i podvrgava bolesnike besmislenim terapijama (17). Distanazija također

predstavlja izazovnu etičku dilemu u zdravstvenoj skrbi s obzirom da uključuje ravnotežu između poštivanja autonomije bolesnika, pružanja korisne skrbi i izbjegavanja nepotrebne patnje. Ističe se važnost otvorene komunikacije između oboljelog, obitelji i zdravstvenog osoblja kako bi se osiguralo da su odluke o liječenju usklađene s bolesnikovim vrijednostima i preferencijama.

2.4. Ortotanazija

Za razliku od eutanazije i distanazije, pojam ortotanazije osjetljiv je na proces humanizacije smrti i ublažavanje boli. Ortotanazija ne tolerira nepotrebne tretmane, liječenje i sl., te se suočava sa smrću u pravo vrijeme, bez upadanja u zamku distanazije (17). Ona predstavlja pristup njezi na kraju života koji naglašava suosjećanje, utjehu i poštovanje prema prirodnom procesu umiranja. Nastoji bolesnicima osigurati dostojanstvo i mirnu smrt uz izbjegavanje patnje i uzaludnog liječenja. Ortotanazija se fokusira na pružanje maksimalne udobnosti i kvalitete života bolesniku. Tada se smrt može shvatiti kao dio života.

2.5. Potpomognuto samoubojstvo

Potpomognuto samoubojstvo odnosi se na osobe koje dobrovoljno odluče ubrzati vlastitu smrt tražeći od nekoga drugoga da im osigura lijek kako bi okončale svoj život. Razlikuje se od eutanazije po tome što čin izazivanja smrti mora izvršiti sama osoba te ista ta osoba mora imati punu sposobnost donošenja odluka (18). To je vrlo kontroverzna tema o kojoj se i dalje raspravlja, vezano za autonomiju bolesnika, dostojanstvenu smrt, o medicinskoj etici te ulozi zdravstvenih djelatnika u samom činu. Zakonitost potpomognutog samoubojstva razlikuje se od države do države. Neke zemlje su ga legalizirale pod određenim uvjetima, dok ga druge smatraju nezakonitim.

3. POVIJEST EUTANAZIJE

Za razumijevanje evolucije i važnosti ovih koncepata treba analizirati povijest eutanazije i potpomognutog samoubojstva; od nastanka pojma, prolazeći kroz njegove prve manifestacije u antici; spominjanje koncepcija velikih mislilaca poput Platona i Hipokrata; prolazeći kroz ulogu Katoličke crkve; uglavnom u srednjem vijeku, gdje se osuđivala samoizazvana smrt ili smrt o kojoj se razmišljalo vlastitom voljom. Kasnije, s dobom renesanse i ponovnim usponom znanosti, tehnologije i umjetnosti, izraz eutanazija je napravio prijelaz u oblik sličan onome koji danas poznajemo (9).

U Platonovoj knjizi „Država“ Platon je naveo da one koji žive svoje živote usred bolesti i lijekova ili koji nisu bili fizički zdravi treba ostaviti da umru; implicirajući da su ljudi u tim uvjetima toliko patili da im je kvaliteta života smanjena. Međutim, drugi autori poput Hipokrata i njegove poznate Hipokratove zakletve tražili su zaštitu života pacijenata kroz medicinu, posebno u osjetljivim zdravstvenim stanjima sklonim smrtnim ishodima. Ova Hipokratova zakletva ista je zakletva koja prožima naše vrijeme i predstavlja argument među onima koji se protive eutanaziji i potpomognutom samoubojstvu (9). U Platonovoj knjizi, liječnik Heroditus, također je osuđen zbog pronalaska načina produljenja smrti i pretjeranog upravljanja simptomima teških bolesti. Najveći pokazatelj da se eutanazija poticala u Grčkoj dolazi od misli Pitagorejaca, Aristotelovaca i Epikurejaca koji su oštro osudili prethodno navedenu praksu. Prema stoicizmu, bol koja je prelazila granice ljudske podnošljivosti bila je jedan od uzroka zbog kojih se mudar čovjek odvajao od života(9).

Jedna nijansa koja dotiče i danas eutanaziju je, da se u trenutku patnje gubi dostojanstvo i bit pojedinca te se zadržava samo biološki dio. Nadovezujući se na to, Lucije Seneka rekao je kako čovjek ne treba previše voljeti ili mrziti život; ali je smatrao da osoba treba okončati svoj život kada ga prestane doživljavati kao vrijedan, dobar i željeni događaj (9).

Za vrijeme Rimskog Carstva vjerovalo se da smrtno bolesni koji počine samoubojstvo imaju dovoljno razloga za to. Samoubojstvo je tada bilo prihvaćeno jer se smatra da je bilo uzrokovano nestrpljenjem i nedostatkom rješenja za bol ili bolest zbog nedostupnosti lijekova. Osim toga, u to je vrijeme medicina bila nerazvijena, a mnogi su bolesnici umrli bez liječenja. Ta se situacija kasnije promijenila s pojavom

Katoličke crkve. U to doba, tko god je pokušao protiv vlastitog života, bio je lišen pokopa u zemlji. Sveti Augustin je rekao da je samoubojstvo odvratno čin; od 693. godine, svatko tko je pokušao narušiti njegov fizički integritet bio je izopćen u smislu odbacivanja pojedinaca i njihove loze, uskraćivanje mogućnosti da prisustvuju molitvi, pa čak i protjerivanje iz gradova i oduzimanje imovine koju posjeduju(9).

Tijekom srednjeg vijeka katolicizam je upravljao znanostu, umjetnošću i medicinom dok su znanosti pale u drugi plan. Zbog čvrstog religioznog stajališta i ustrajnosti, samoubojstvo nije bilo dobro prihvaćeno te nije bilo dopušteno davati osobi smrtonosne tvari kako bi se okončala patnja teške ili terminalne bolesti. Ljudi koji su si u to vrijeme oduzeli život nisu imali pravo biti pokopani na „kršćanski“ način odnosno nisu smjeli imati sprovod, niti pratnju svoje obitelji u vjerskom obredu. Fizička bol i patnja tada su se smatrale kao slavlje odnosno patnja je veličana kao oblik kojim Bog čisti grijeh, slično patnji koju je podnio i Isus. Međutim u raznim borbama koristila se suprotna situacija; vrsta kratkog oružja nalik na bodež često se koristila kako bi se dokrajčilo teško ranjene neprijatelje i tako smanjila njihova patnja, lišavajući ih mogućnosti ozdravljenja. To se nazivalo „ubojstvo iz milosrđa“ (8).

Buđenjem znanosti i filozofije, ponovo su se pokrenule misli antičkih filozofa dajući prednost čovjeku, svijetu i prirodi, pospješujući medicinski i znanstveni razvoj. Upravo je kod tih filozofa eutanazija dobila svoje današnje žarište, a odnosi se na ubrzanje umiranja teško bolesne osobe koja nema mogućnost ozdravljenja. Smrt se tada počela smatrati posljednjim životnim činom. Stoga je bilo potrebno svim raspoloživim sredstvima pomoći umirućoj osobi da postigne dostojanstvenu smrt bez patnje, zatvarajući ciklus života koji završava smrću (19).

U svom djelu pod naslovom „Utopija“, Thomas More je potvrdio da bi u idealnom društvu trebalo pružiti potrebnu i suportivnu skrb za umiruće. Nadalje, u slučaju izvanredne patnje, može se preporučiti prekid patnje, ali samo ukoliko se bolesnik slaže, uskraćivanjem hrane ili davanjem smrtonosnog lijeka; ovaj postupak mora biti poznat pogođenoj osobi i uz odgovarajuće dopuštenje vlasti i svećenika(8). Kasnije, u 17. stoljeću, teolog Johann Andreae proturječi argumentima Moroa, braneći pravo teško bolesnih i neizlječivo bolesnih da nastave živjeti, zagovarajući za skrb temeljenu na potpori i popustljivosti. Slično tome, mnogi su liječnici odbacili koncepte Platona,

Moroa i Bacona. Umjesto toga, usredotočili su se na suprotstavljanje eutanaziji, ponajviše u devetnaestom stoljeću(8).

1900.-te godine, zbog utjecaja eugenike, utilitarizma, socijalnog darvinizma i novih struja mišljenja u Engleskoj i Njemačkoj, započeli su projekti u raznim dijelovima svijeta koji su razmatrali aktivni prekid života, čime su nastala društva za eutanaziju u kojima su se vodile rasprave između filozofa, teologa, odvjetnika i liječnika. Ta su društva raspravljala o različitim slučajevima, poput tuberkuloznog bolesnika Rolanda Gerkana, koji se smatrao nepodobnim i stoga kandidatom za otpuštanje sa svijeta (8). Oskudica resursa, glad i ratovi bili su razlozi za promicanje eutanazije kao oblika eliminacije subjekata koji se smatraju slabima ili nepodobnima. Međutim, protivnici te prakse, branili su načelo slobodne volje.

4. EUTANAZIJA U MODERNO DOBA

Eutanazija je postala aktualna tek u dvadesetom stoljeću, kada su provedena i prva iskustva njene legalizacije. Prema rezultatima provedenih istraživanja, u kasnim 1990-ima, 40 % smrti teško bolesnih pacijenata bio je rezultat korištenja pasivne eutanazije. Bolesnici su umirali od posljedica odbijanja liječenja (1). Aktivna eutanazija ima nešto drugačiju povijest. U skladu sa kaznenim zakonom Sovjetskog saveza, Rusija je 1922. godine dopuštala ubojstvo bolesnika iz samilosti. Ubrzo je to zakonsko pravilo ukinuto (1). Aktivna eutanazija bila je naširoko korištena u fašističkoj Njemačkoj, uglavnom za masivna ubojstva Židova u koncentracijskim logorima koji zbog ozbiljnih bolesti nisu mogli raditi za njih. Međunarodni sud u Nurnbergu osudio je takve radnje kao zločin protiv čovječanstva (1). Nakon Drugog svjetskog rata, eutanazija je legalizirana tek 1977. godine u SAD-u u Kaliforniji. Tada je donesen prvi zakon na svijetu o ljudskom pravu na smrt prema kojem je tada dopuštena pasivna eutanazija. Međutim, danas su samo tri države SAD-a legalizirale aktivnu eutanaziju, Oregon, Washington i Vermont. Uz njih tri, četvrta država koja koristi eutanaziju u SAD-u je i Montana uz značajna ograničenja (20). Prva zemlja koja je legalizirala i aktivnu i pasivnu eutanaziju bila je Nizozemska 2001. godine. 2002. godine eutanazija je legalizirana i u Belgiji te se može primijeniti na odrasle osobe koje boluju od neizlječive bolesti. Treća europska zemlja koja je legalizirala eutanaziju je Luxemburg 2009. godine (1). U Švicarskoj, eutanazija je zakonski zabranjena, ali je u skladu sa švicarskim zakonom dozvoljena pomoć u činu samoubojstva ukoliko nema osobne koristi. To je jedina zemlja u Europi i svijetu u kojoj je eutanazija dopuštena za stanovnike drugih zemalja. U Velikoj Britaniji postoji službeni algoritam koji navodi; ukoliko postoje odgovarajuće medicinske indikacije i želi bolesnika da se provede eutanazija, liječnik ga šalje u Švicarsku (1).

Definicija moždane smrti, racionalna uporaba koncepta eutanazije i potpomognutog samoubojstva te znanstvena pismenost ciljevi su globalne bioetike za reguliranje eutanazije i potpomognutog samoubojstva. Skrb za umiruće bolesnike i dalje će biti predmetom rasprave zbog borbe između biomedicinskih načela, različitih postojećih pravnih okvira i uvjerenja opće populacije (8). Čini se da je medicinska edukacija i priprema u percepciji smrti, posebice dostojanstvene smrti, stup shvaćanja potrebe razvoja medicinsko-pravnih alata koji jamče integritet čovjeka do kraja njegova

postojanja. To je razlog zašto bi se nove generacije liječnika trebale obučavati u bioetici kako bi se suočili s etičkim sukobima tijekom razvoja svoje profesionalne karijere. Nadalje, iako koncepcija bioetike pripada zapadnom svijetu, ključno je uzeti u obzir i gledišta i stajališta drugih kultura i vjerovanja. Istraživanje provedeno u Turskoj, u kojem su sudjelovali studenti sestrinstva pokazalo je da su mnogi studenti razumjeli razloge za provođenje eutanazije; međutim, oni znaju da njihova vjera to zabranjuje, kao i njihovi zakoni, i stoga ne bi sudjelovali u takvom činu(8).

4.1. Eutanazija u Nizozemskoj

Prve asocijacije na Nizozemsku dugu niz godina nas vežu uz prekrasne parkove, kanale, bogate muzeje i jedinstvenu arhitekturu, no danas, ova zemlja posebno je poznata po legaliziranoj eutanaziji i potpomognutom samoubojstvu. Prvi poznati slučaj eutanazije u Nizozemskoj datira iz ranih pedesetih godina prošlog stoljeća, kada je liječnik izvršio eutanaziju nad vlastitim bratom, koji je bio u terminalnoj fazi bolesti pa je u više navrata zamolio brata da mu oduzme život (9). Ovaj slučaj nije privukao pažnju javnosti, ali sud ga je osudio na godinu dana uvjetne kazne, do čijeg izvršenja nije došlo (9). Nagli porast broja obavljenih eutanazija doveo je u pitanje njezinu legalizaciju, uglavnom zahvaljujući aktivnostima Nizozemskog društva za dobrovoljnu eutanaziju (9). Nizozemski parlament 1993. godine postigao je kompromis između dva suprotstavljena koncepta u pitanju eutanazije. Donijeli su zakon koji predstavlja, općenito govoreći, svojevrsnu kodifikaciju pravila i postupaka po kojima se eutanazija provodi. Ovi standardi i postupci primjenjuju se u medicinskoj praksi i u praksi suda koji procesuiraju kaznena djela lišenja života iz milosti (9).

Nizozemska je propisala uvjete potrebne za izvršenje eutanazije. Prvo, treba napomenuti da Zakon o prekidu života ne sadrži pojam eutanazija, već koristi pojam prekid života na zahtjev, bez davanja njegove definicije (9). Prema zakonu, eutanazija u Nizozemskoj, dopuštena je ako su ispunjeni sljedeći uvjeti;

- Zahtjev dolazi od bolesnika, a daje se besplatno i dobrovoljno
- Bolesnik trpi nepodnošljivu bol, koja se ne može olakšati
- Bolesnik je svjestan svog zdravstvenog stanja i perspektive
- Eutanazija je posljednje utočište za bolesnike, jer druge alternative nema

- Liječnik koji treba izvršiti eutanaziju konzultirao se s kolegom koji ima iskustva u ovom području, a koji je pregledao bolesnika i utvrdio da su ispunjeni svi uvjeti za eutanaziju ili potpomognuto samoubojstvo
- Eutanazija ili potpomognuto samoubojstvo provodi se s potrebnom pažnjom(9).

Stoga će liječnik koji provodi eutanaziju biti zaštićen od kaznenog progona ukoliko se pridržava prethodno navedenih uvjeta.

Zakonodavstvo o eutanaziji u Nizozemskoj i Belgiji; Zakon o prekidu života na zahtjev i potpomognutom samoubojstvu navodi nužne kriterije potrebne medicinske skrbi koji moraju biti ispunjeni da bi eutanazija bila dopuštena i liječnik koji provodi eutanaziju mora;

- biti uvjeren da je zahtjev bolesnika dobrovoljan i dobro promišljen
- biti uvjeren da je bolesnikova patnja nepodnošljiva bez izgleda za poboljšanje
- obavijestiti bolesnika o njegovoj situaciji i prognozi bolesti
- zajedno s bolesnikom doći do zaključka da ne postoji razumna alternativa u bolesnikovoj situaciji
- konzultirati još najmanje jednog neovisnog liječnika, koji mora pregledati bolesnika i dati pisano mišljenje o tome jesu li zadovoljeni kriteriji
- pružiti medicinsku skrb i pozornost u prekidu života bolesnika ili pomaganju u samoubojstvu(21).

Osobe s navršениh 12 godina mogu same zatražiti eutanaziju, iako je pristanak roditelja ili skrbnika obavezan do navršениh 16 godina. Šesnaestogodišnjaci i sedamnaestogodišnjaci načelno ne trebaju pristanak roditelja, ali roditelji moraju biti uključeni u procesu odlučivanja. Od 18. godine mlade osobe imaju pravo zatražiti eutanaziju bez sudjelovanja roditelja(22). Zakonodavstvo o eutanaziji u Nizozemskoj i Belgiji kaže: „Ako je bolesnik u dobi od 16 ili više godina koji više nije sposoban izraziti svoju volju, ali prije nego što je dostigao to stanje smatrao se sposobnim napraviti razumnu procjenu vlastitih interesa, dao pismenu izjavu kojom traži da im se život prekine, liječnik može udovoljiti tom zahtjevu“ (21). Ukoliko se bolesnikovo stanje pogorša, odnosno ukoliko bolesnik izgubi svijest neposredno prije zakazane eutanazije, ako i dalje postoje znakovi patnje, liječnik može provesti eutanaziju unatoč

bolesnikovom stanju. To je navedeno u smjernicama o ovoj temi koje je pripremila Kraljevsko nizozemsko liječničko udruženje na zahtjev Odbora glavnih tužitelja Ureda javnog tužiteljstva i Zdravstvene inspekcije(22). Nadalje, liječnik može izvršiti eutanaziju nad dementnim bolesnikom ako postoji prethodno napisana uputa, odnosno oporuka od strane bolesnika koja to zahtjeva. Također, ukoliko to zahtjeva bolesnikov skrbnik ili ako po mišljenju liječnika bolesnik proživljava nepodnošljive patnje bez izgleda na poboljšanje(22).

Kada govorimo o statistici eutanazije u Nizozemskoj, možemo primijetiti da postoje značajne razlike u odnosu na različite godine promatranja. 2001. godine u Nizozemskoj bilo je 3500 slučajeva eutanazije, dok je 2005. godine bilo 2297 slučajeva što predstavlja 1,7% smrtnih slučajeva u državi(9). Međutim, u 2010. godini zabilježeno je 2910 slučajeva eutanazije, 182 slučaja potpomognutog samoubojstva i 44 slučaja s elementima obje vrste lišavanja života, što predstavlja 2,3% od ukupnog broja umrlih (9). Sljedeće godine zabilježeno je 3.695 slučajeva, što predstavlja značajno povećanje broja umrlih na ovaj način u odnosu na prethodnu godinu (9). Glavni razlog u svim promatranim razdobljima koji je naveo oboljele na ovaj čin je prisustvo maligne bolesti. No, važno je napomenuti da u svakoj od analiziranih godina postoji nekoliko slučajeva u kojima se liječnik nije pridržavao prethodno navedenih smjernica. U 2011. godini zabilježena su četiri takva slučaja, no nasuprot ovog slučaja, kazneni progoni su rijetki(9).

4.2. Eutanazija u Belgiji

Belgija je jedna od rijetkih zemalja u kojoj je dopuštena eutanazija za nepodnošljive duševne patnje uzrokovane psihijatrijskim poremećajima. Prema belgijskom Zakonu o eutanaziji iz 2002. godine, kriteriji prihvatljivosti za eutanazijom psihijatrijskih bolesnika su:

- zahtjev za eutanaziju podnio je pravno sposobni odrasli bolesnik
- zahtjev je dobrovoljan, ponovljen, dobro promišljen i nije rezultat vanjskog pritiska
- bolesnik je u zdravstvenom stanju bez izgleda za poboljšanje
- bolesnik doživljava stalnu i nepodnošljivu duševnu patnju koja se ne može ublažiti

- patnja je posljedica ozbiljnog i neizlječivog psihijatrijskog poremećaja(23).

Za procjenu ispunjavanja ovih kriterija, nadležni liječnik mora konzultirati dva neovisna liječnika, uključujući psihijatra. Od dana podnošenja zahtjeva bolesnika do izvršenja eutanazije treba proći najmanje mjesec dana. Nakon izvršene eutanazije, liječnik mora o tome izvijestiti Saveznu komisiju za kontrolu i procjenu eutanazije(23). Osoba koja traži eutanaziju mora imati sposobnost odlučivanja u vezi s eutanazijom i ponoviti svoj zahtjev neposredno prije izvršenja eutanazije kao dokaz da je odluka dobrovoljna i dobro promišljena. Uz ovaj preduvjet, belgijski zakon zabranjuje eutanaziju kod osoba s kasnom fazom demencije i osoba koje su napisale oporuku za vlastiti život onda kada nisu bile u sposobnosti odlučivanja. Međutim, belgijski zakon čini iznimku u slučaju ireverzibilne kome ili vegetativnog stanja(24).

Prema službenim podacima u 2020. medicinski potpomognuta smrt je bila je uzrok 1,9% svih smrtnih slučajeva u Belgiji. Između 2002. i 2021. ukupno je 370 pacijenata primilo eutanaziju zbog nepodnošljive duševne patnje uzrokovane psihijatrijskim poremećajem(23). To odgovara 1,4% ukupnog broja slučajeva eutanazije, iako je posljednjih godina incidencija blago smanjena na između 0,9 i 1%. Najčešće dijagnoze (podaci 2002.-2019., N=325) bile su poremećaji raspoloženja (55,7%) i poremećaji osobnosti (19,4%), zatim psihotični poremećaji (6,2%), anksiozni poremećaji i posttraumatski stresni poremećaj (6,2%). Nadalje, poremećaji iz autističnog spektra (4,6%), poremećaji prehrane (1,5%) i drugi i/ili kombinacija poremećaja (6,5%) (23).

4.3. Eutanazija u Hrvatskoj

Budući da je eutanazija usko povezana s pravom na život, temeljnim ljudskim pravom, potrebno je istaknuti Ustav Republike Hrvatske kao najviši pravni akt s kojim svi ostali zakoni moraju biti usklađeni. Ustav također regulira osobne i političke slobode te prava čovjeka (25). Ustav propisuje da svaka osoba ima pravo na život i da smrtna kazna ne postoji. U Republici Hrvatskoj smrtna kazna je ukinuta 22. prosinca 1990. godine donošenjem Božićnog ustava (20). Ista se ukida u svim okolnostima te nitko ne smije dobiti takvu kaznu odnosno biti osuđen ili pogubljen.

Godine 1929. u Kraljevini Jugoslaviji postojalo je kazneno djelo definirano zakonskim opisom: „ Ko liši života kakvo lice na njegov izričit i ozbiljan zahtjev ili zamolbu, kazniće se zatočenjem od pet godina ili zatvorom. Ako je ovakvo lišenje života

izvršeno usled sažaljenja prema bednom stanju ovoga lica, učinilac će se kazniti zatvorom do tri godine“(26). U Socijalističkoj Republici Hrvatskoj nije bilo predviđeno takvo kazneno djelo, iako je postojala inicijativa za njegovo uključivanje u tadašnji Krivični zakon(26). Nakon osamostaljenja 1977. godine, Republika Hrvatska preuzela je krivični zakon Socijalističke Republike, prema kojem je eutanazija smatrana ubojstvom(26).

1. siječnja 2013. godine na snagu stupa Kazneni zakon Republike Hrvatske. Istim zakonom znatno je promijenjeno i osuvremenjeno hrvatsko kazneno pravo u odnosu na ono iz 1997. godine(25). Člankom 110. za kazneno djelo ubojstva propisana je kazna zatvora od najmanje pet godina(25). Za teško ubojstvo, člankom 111. predviđena je kazna zatvora od najmanje deset godina ili kazna dugotrajnog zatvora(25). Budući da se eutanazija smatra kao pomoći pri umiranju teško bolesnim i neizlječivim osobama, kaznena djela povezana s njom uključuju sudjelovanje u samoubojstvu i usmrćenje na zahtjev. Člankom 112. propisano je „Tko usmrti drugoga na njegov izričit i ozbiljan zahtjev iz suosjećanja zbog njegovog teškog zdravstvenog stanja, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine“. Stoga se radi o kaznenom djelu usmrćenja na zahtjev(25)

Člankom 114. Kaznenoga zakona propisano je sudjelovanje u samoubojstvu te se navodi: „Tko navede drugoga na samoubojstvo ili mu iz niskih pobuda pomogne u samoubojstvu pa ono bude počinjeno ili pokušano, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine“(25). Ako je taj čin počinjen prema osobi koja je navršila četrnaest godina ili prema osobi sa smanjenim kognitivnim sposobnostima, predviđena kazna zatvora je od jedne do osam godina(25).

U hrvatskoj sudskoj praksi poznat je slučaj kaznenog djela usmrćenja na zahtjev koji se dogodio 19. listopada 2004. godine(25). Počinitelj je ženskoj osobi zadao ubodnu ranu nožem u leđa na njen zahtjev i na taj način joj je pomogao umrijeti, nakon što si je i ona sama zadala brojne tjelesne ozljede. Oštećena osoba imala je laku mentalnu retardaciju te je u trenutku postavljanja zahtjeva za usmrćenjem bila pod utjecajem sedativa i alkohola. Samim time postavlja se pitanje može li se njezin zahtjev tumačiti ozbiljnim. Vrhovni sud presudio je da se radi o kaznenom djelu usmrćenja na zahtjev jer je optuženik djelovao kao počinitelj(25). Također je naveo da to nije običan slučaj

ubojstva zbog izričitog i ozbiljnog zahtjeva žrtve, čija ubroјivost nije bila isključena, već samo umanjena. Prema regulaciji kaznenog djela usmrćenja na zahtjev, jasno je da je eutanazija u Republici Hrvatskoј zabranjena(25).

5. EUTANAZIJA IZ RELIGIJSKE PERSPEKTIVE

Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo važno je pitanje u suvremenim društvima, o kojem se sve više raspravlja u medicinskim, pravnim i vjerskim organizacijama. Tema često izaziva jaka mišljenja, s nekima za, a drugima protiv legalizacije istih. Iako to nije jedini razlog, uvjerenja o etici eutanazije često su usko povezana s vjerskim uvjerenjima (26). Mnoga su istraživanja potvrdila da je religioznost jedan od kritičnih čimbenika povezanih s protivljenjem ljudi legalizaciji eutanazije. Letimičan pogled na jurisdikcije u kojima je eutanazija legalizirana potvrđuje da one teže većem stupnju sekularnosti i ateizma od prosjeka. Nadalje, u tim jurisdikcijama, među ljudima koji pripadaju nekoj vjeri, niži udio ispitanika smatra svoju vjeru važnom u usporedbi s ispitanicima u drugim dijelovima svijeta (26). S obzirom da se čini da religija igra značajnu ulogu u definiranju uvjerenja pojedinaca o etici eutanazije, korisno je razumjeti službena učenja velikih religija o eutanaziji. Mišljenja sljedbenika bilo koje religije mogu se značajno razlikovati među pojedincima i ponekad mogu biti u suprotnosti sa specifičnim službenim učenjima njihove religije. Unatoč tome, formalna teološka učenja vjerskih organizacija utječu na društvena uvjerenja, često nesvjesno, u bilo kojem društvu u kojem ta vjera prevladava. Iako je ateizam sve češći u mnogim zapadnim zemljama, još uvijek postoji većina građana koji se identificiraju kao pripadnici određene religije(26). Međutim, u mnogim slučajevima ta pripadnost može biti nominalna bez jake osobne veze. U drugim dijelovima svijeta, situacija je još očitija, velika većina ljudi identificira se s određenom religijom. U velikom dijelu Afrike i Azije religija igra sve važniju ulogu u životima mnogih ljudi (26). Od svih svjetskih religija, četiri se ističu po samom broju sljedbenika: kršćanstvo, islam, hinduizam i budizam(27). Unutar ove četiri religije postoje brojne grane koje se razlikuju u svojim specifičnim uvjerenjima i praksama.

Kao što je prethodno navedeno, religija igra svoju ulogu i što je društvo više predano i svjesnije svoje vjere u Boga, to je manja stopa samoubojstava te težnje eutanaziji(28). Zapadni autori su prepoznali činjenicu da muslimani imaju najmanju stopu samoubojstava i složili su se da su stope samoubojstava općenito niske u muslimanskim zemljama, gdje tradicionalno postoji oštra osuda samoubojstva u svim okolnostima(28). Religija pruža, do određene razine, neku vrstu širokih konceptualnih smjernica koje kontroliraju ponašanje i unutarnju nedosljednost koja može proizaći iz

vanjskih čimbenika. Duhovni sklad koji pruža religija je imperativ za uravnoteženje razine nereda. Upravo iz ovih razloga sve religije smatraju samoubojstvo ili eutanaziju neetičkim, nevaljanim i neprikladnim, budući da ono grešno krši učenja svih svetih spisa, uključujući Kur'an i Bibliju(28). Kao i eutanazija, samoubojstvo je nereligiozno i bez moralnih temelja. Unatoč tome samoubojstva se događaju na različite načine, što je jasan pokazatelj da vjerska načela, iako važna, postaju nebitna za počinitelje.

5.1. Eutanazija i kršćanstvo

Kršćanstvo je najveća svjetska religija u smislu broja sljedbenika koji se izjašnjavaju(27). Sadrži različite grane koje, iako podijeljene povijesnim odvajanjima i suvremenim strukturama vodstva, međusobno priznaju jedna drugu kao dio svjetske kršćanske vjere. Glavne grane uključuju rimokatolicizam, istočno pravoslavlje i protestantske denominacije. Od mnogih protestantskih crkava, dvije su se različite teme protestantizma pojavile u suvremenom društvu, evangeličke, ili konzervativne, protestantske crkve i progresivne, ili liberalne, protestantske crkve(27). Iako se aluzije na eutanaziju mogu naći u staroj literaturi, sama Biblija se ne izjašnjava vezano za eutanaziju. Međutim, u Bibliji se govori o nekoliko tema koje bacaju svjetlo na kršćansko razmišljanje o eutanaziji, uključujući stvaranje, ljudski život, patnju i nadu.

Biblija promatra svemir kroz monoteističku leću Boga stvoritelja. Iz prve rečenice Starog zavjeta pojavljuje se slika stvoritelja koji je pokrenuo svemir u postojanje(26). Ova tema stvaranja nastavlja se kroz cijelu Bibliju, uključujući i Novi zavjet, koji opisuje Boga kao stvoritelja svega. Bog kao jedini stvoritelj i održavatelj svemira važan je teološki koncept koji stvara osjećaj ljudske ograničenosti u pogledu pitanja života i smrti(26). Sposobnost života da bude samoodrživ, srca da kuca i pluća da dišu, nije samo prirodni fenomen u biblijskom smislu; nego je ovo pod Božjom kontrolom(26). Kao takvo, svako ljudsko uplitanje u ubrzanje kraja života mora se vrlo pažljivo razmotriti i oprezno mu se pristupiti. Prema Bibliji, ljudi imaju posebno mjesto u kreaciji i posebno su vrijedni jer su stvoreni na sliku Božju. Važnost ovog pogleda na ljudsku vrijednost posebno se vidi u biblijskim odlomcima koji opisuju posljedice osude koju Bog predviđa nad onima koji ne cijene ljudski život (26). Izravne upute od Boga koje zabranjuju ubojstvo, nalažu njegovo kažnjavanje i osiguravaju pravdu, pojavljuju se u nekoliko odlomaka. Nadalje, Biblija također pokazuje da često

nismo u stanju objasniti patnju pojedinca. Sam Isus je to spominjao nekoliko puta u Evanđeljima, a starozavjetna knjiga završava stihovima koji naglašavaju nemogućnost da ljudi ikada istinski razumiju misterij patnje(26). Nudeći ova dva suprotna pogleda na patnju, da se patnja javlja kroz ljudski grijeh, ali da se patnja ne može u potpunosti razumjeti, Biblija također opisuje dva Božja odgovora na našu patnju. Kao prvo, Bogu je stalo do ljudske patnje, a kao drugo, sam Bog pati. Stari zavjet na mnogo mjesta opisuje Božju brigu za svoj narod Izrael i njegovu želju da ih utješi u njihovoj patnji. Isto tako, u Novom zavjetu pojavljuje se slika Isusa kao tješitelja. Bog nije samo prikazan kao onaj koji brine i tješi; prikazuje se i kao Bog koji pati, osobito u osobi Isusa, Boga Sina(26).

Ovaj biblijski opis patnje i smrti uronjen u nadu je složen. Ljudi, oponašajući Božju ljubav i brigu za njegovu kreaciju, nastoje svijetu donijeti olakšanje od patnje i nadu. U tom smislu, ovo bi se moglo ekstrapolirati kao biblijsko prihvaćanje eutanazije. Međutim, patnja u ovom životu je neizbježna prema Bibliji, a patnja nije predstavljena kao najveće zlo jer je prolazna i privremena. Umjesto toga, Biblija objašnjava da se ovaj život, sa svojom povezanom patnjom i smrću, događa na putu prema boljoj budućnosti vječnog života bez patnje. U ovom teološkom okviru, živjeti ispravno u ovom životu, slijediti put koji je postavio Bog i biti poslušan njegovim pravilima, važnije je od izbjegavanja privremene patnje. Kao takav, u cijeloj Bibliji postoji snažno implicirano teološko protivljenje eutanaziji i potpomognutom samoubojstvu.

5.2. Eutanazija i islam

Islam, kao druga najveća svjetska religija, ima dva glavna ogranka, sunitske i šiitske (27). Obje grane smatraju Kuran Božjom porukom i primarnim izvorom za određivanje vjerskih uvjerenja. Osim Kur'ana, muslimani se oslanjaju i na zapise riječi najvećeg islamskog proroka Muhammeda i Ijme(26). Sunitski islam, koji čini gotovo 80% muslimana, sastoji se od nekoliko različitih škola tumačenja, uključujući šafijsku, hanbalijsku, hanefijsku i malikijsku(27). Ove se škole uglavnom slažu po pitanjima doktrine. Šiitski islam, druga po veličini grana islama, koja čini gotovo 20% muslimana, također se sastoji od različitih podgranaka sličnog mišljenja, uključujući Zejdije, Ismailije i Itna Ašarije(27).

Nijedna nacija s većinskim muslimanskim stanovništvom nije legalizirala eutanaziju(26). Nadalje, u većini zemalja s većinskim muslimanskim stanovništvom, stupanj sekularnosti i ateizma manji je nego u tradicionalno kršćanskim nacijama Zapada, gdje je eutanazija znatno istaknutija. Kuran ima minimalnu izravnu raspravu o temama poput eutanazije ali sadrži odlomke o Allahovom autoritetu, ljudskom dostojanstvu, životu, ustrajnosti, smrti i raju(26). Ovi odlomci daju smjernice prema islamskom tumačenju koji se, općenito, snažno suprotstavlja eutanaziji i potpomognutom samoubojstvu u bilo kojem kontekstu, smatrajući ih oblikom ubojstva. Pored Allahove potpune vlasti nad životom i smrću, ljudski život se u islamu predstavlja kao posebna vrijednost i smatra se svetim. U skladu s ovim aksiomima ljudske vrijednosti i Allahovog autoriteta, zabranjeno je ubojstvo ili namjerno oduzimanje života izvan konteksta pravde. Drugim riječima, postoje određena vremena kada je oduzimanje života dozvoljeno u islamu, ali Kur'an je izričit da se to može dogoditi samo kada predstavlja pravdu za počinjene zločine ili po Allahovoj uputi. Ova zabrana oduzimanja života odnosi se i na samoubojstvo(26). Želja za olakšanjem, pa čak i molitva za smrt, mogu biti prihvatljivi u islamu, međutim, s obzirom na Allahovu nadmoć nad životom i smrću, aktualna misao inzistira na tome da se svetosti života pridaje veća vrijednost nego kvaliteti života osobe(26).

5.3. Eutanazija i hinduizam

Hinduizam, najveća indijska i treća po veličini religija na svijetu, nema poznatog utemeljitelja ili proroka, niti postoji jedan, autoritativni spis iz kojeg proizlaze doktrina i vjerovanje(27). Hinduizam je stoga povezano, ali raznoliko politeističko, panteističko ili monističko vjerovanje i kulturni sustav koji sadrži nekoliko definiranih škola i grana(27). Hinduizam ima bogatu povijest istraživanja duhovnih pitanja, života i postojanja, te smrti i ponovnog rođenja. Sve su to značajne teme koje utječu na hinduističke filozofije o eutanaziji i potpomognutom samoubojstvu. Dodatno specifično temeljno načelo od velike važnosti je ahizma odnosno zabrana ubijanja(26). U hinduističkom svjetonazoru, osoba se sastoji i od smrtnog fizičkog tijela i od besmrtnog atmana, ili duše. U ovoj duši, misli i životna iskustva razlikuju se od smrtnog tijela. Iako će smrt doći u fizičko tijelo, duša će nastaviti svoje postojanje nakon smrti. Život tada ne počinje rođenjem i ne završava smrću, već vječno postoji s dušom reinkarniranom ili ponovno rođenom u novo tijelo,

bilo to ljudsko ili životinjsko, u kontinuiranom i vječnom ciklusu rađanja, smrti i ponovnog rađanja(26). Hinduizam je dugo održavao filozofiju poštovanja prema svim živim bićima te snažno obeshrabruje čin ubijanja. Ovo načelo, poznato kao ahimsa, nalazi se u drevnim tekstovima i molitvama i opisano je kao najviša vrlina u sanskrtskim epovima(26). Ahimsa je i danas snažno naglašena u hinduističkoj misli i kulturi. Na primjer, Mahatma Gandhi, vrlo utjecajni hinduistički mislilac i indijski vođa u prošlom stoljeću, bio je dobro poznat po svojoj cjeloživotnoj predanosti nenasilju i ahimsi(26). Po uvjerenjima hinduizma liječnik ne bi trebao sudjelovati u procesu eutanazije jer je to proces neprirodnog odvajanja duše i tijela. To šteti karmi ne samo liječnika već i bolesnika. Smatra se da samoubojstvo remeti vrijeme ciklusa smrti i ponovnog rođenja što rezultira lošim posljedicama za duhovni napredak duše(29). Ovo opredjeljenje može se shvatiti kao snažno protivljenje hinduističkom prihvaćanju eutanazije.

5.4. Eutanazija i budizam

Gotovo 7% ljudi u svijetu, prvenstveno u južnoj i istočnoj Aziji, identificira se kao budist, religija koju je utemeljio Siddhartha Gautama, također poznat kao Buddha(26). Budistička doktrina je izgrađena na četiri plemenite istine, koje opisuju filozofiju patnje. Ove su tvrdnje opisane u raznim spisima, a prva od njih tvrdi da je patnja urođeni aspekt života(26). U budizmu patnja se dijeli u tri kategorije prema njenim karakteristikama. Prva vrsta patnje je fizička patnja, odnosno fizička bol. Druga vrsta je psihološka ili mentalna patnja i treća vrsta je patnja uzrokovana samom smrću, odnosno temeljna bol spoznaje nepostojanosti nas kao ljudskog bića(30). Sve tri navedene patnje sadržane su u patnji onih koji razmišljaju o prijevremenoj smrti. Iskustvo nepodnošljive boli vrlo brzo umanjuje ljudsko dostojanstvo(30). Buddhino propovijedanje naglašavalo je svjesnost i pripremu za smrt kao vodeće načelo za djelovanje koje će promicati pozitivnu karmu. Međutim, većina ljudi se prilično boji smrti, a fokusiranje na smrt predstavlja veliki izazov za prosječnu osobu. “Ljudi su jedine životinje koje moraju živjeti sa spoznajom da će jednog dana umrijeti i uvijek im je bilo teško razmišljati o ovoj viziji”(31). Budisti su naučili da ova svijest o smrti pruža dva načina za motivaciju. Smrt kao izvor korisnog gađenja i korisnog straha. Gađenje je protuotrov za požudu dok je strah lijek protiv lijenosti(31). Karma je ključna za budistički svjetonazor i ima značajan logički utjecaj na razumijevanje

eutanazije i potpomognutog samoubojstva. Smatraju kako je patnja dio prirodnog poretka ravnoteže i pravde, te eutanazija ne može ublažiti patnju i samo će je odgoditi za sljedeći život(26). Prestanak života nije rješenje za patnju jer se život promatra kroz prizmu ovog cikličkog postojanja smrti i ponovnog rođenja(26). I zapravo, želja za smrću je u suprotnosti s budističkom filozofijom koja poziva da se sve želje ugase.

6. BIOETIČKI ASPEKTI I MORALNE DILEME

Bioetika kao disciplina dobila je značajnu ulogu 1970-ih godina, u vrijeme kada se koncept prava pacijenata suprotstavio paternalizmu liječnika. Filozofi Tom Beauchamp i James Childress, unaprijedili su četiri temeljna načela kao okvir za rješavanje etički složenih slučajeva: autonomija, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost (32).

Ima li čovjek, osim prava na život, pravo i na smrt? Konkretnije, ima li on pravo na dostojanstvenu smrt? Je li lišenje života iz milosrdnih razloga zločin ili nekažnjivo djelo? Odgovori na ova pitanja razlikuju se od zemlje do zemlje. S jedne strane, ako država odluči legalizirati ovakav oblik lišavanja života, ključno je pitanje koji su razlozi za to? S druge strane, u slučaju kada zakonodavac zauzme suprotan stav, imamo isto pitanje(33). Stoga su eutanazija, ali i potpomognuto samoubojstvo, neiscrpane teme za promišljanje i promatranje različitih. Prema nekim autorima, eutanazija, spada u jedno od deset gorućih moralnih pitanja, ali i jedan od glavnih problema u nacionalnim i međunarodnim zdravstvenim granicama(33). U današnje vrijeme događaju se velike promjene u vjerovanjima i praksama koje se odnose na početak života. Sada je abortus u pojedinim zemljama legalan u određenim okolnostima. Ako bi abortus mogao biti legalan u određenim okolnostima, zašto onda ne postoji zakon o eutanaziji za ljude koji nemaju nade za svoj život? Sva ljudska bića imaju temeljno pravo na život(34). Danas, ljudi ne predaju veliku važnost moralu i žive svojim stilom života sa svojim konceptima. Ne zamaraju se tuđim mišljenjima i problemima. Svaki čovjek ima prirodnu težnju za dugim životom uz svoje najmilije i bližnje te možda smatra da je primjena eutanazije pogrešna ili neetična. Dok u isto vrijeme osoba koja boluje od neizlječive bolesti ne želi biti teret za svoju obitelj. Također razmišlja i o financijskoj situaciji svoje obitelji te troška koji prouzrokuje. Stoga bi se takva osoba mogla odlučiti za smrt te se čini da je eutanazija najbolje moguće rješenje za takve bolesnike. Može se tvrditi da pitanja uključena u eutanaziju imaju značajne implikacije za pojedince u društvu i kreatore politike(34). Eutanazija je kontroverzna tema i ljudi postaju sve svjesniji problema vezanih uz nju. S pravne, društvene i etičke perspektive, jasno je da je vrlo teško generalizirati da li je čin eutanazije ispravan ili nije. Uvijek postoji etička dilema uključena u odluku je li to dobro ili loše, te je pronalaženje općeg ili apsolutnog rješenja nategnuta ideja. Međutim, to ne znači da ne treba biti tema

rasprave, balansirajući s prednostima i manama eutanazije, na eutanaziju bi trebali gledati iz različitih kutova. Proživljeno iskustvo bolesnika zajedno s okolinom u kojoj se nalazi trebalo bi biti mjerilo u odlučivanju o prednostima i nedostacima eutanazije. Prije svega, ovisno o situaciji i kontekstu u kojem je problem nastao, potrebno ga je sagledati iz medicinskih, pravnih, društvenih i etičkih razloga prije donošenja bilo kakve odluke(34). Takvo će rješenje biti racionalno, ali i etično, a također i pokazatelj puta.

6.1. Prednosti eutanazije

Dva najčešća argumenta vezano za legalizaciju eutanazije su poštivanje autonomije pacijenata i ublažavanje patnje(32). Autonomija bolesnika odnosi se na upravljanje vlastitim djelovanjem. U zdravstvenom okruženju to znači da oboljeli odlučuje na koje će medicinske intervencije pristati ili neće. Autonomija bolesnika služi kao opravdanje za informirani pristanak; tek nakon temeljitog objašnjenja rizika i dobiti, bolesnik može donijeti odluku o liječenju ili sudjelovanju u medicinskom istraživanju. Tvrdi se da se ova logika prirodno proteže i na teme vezene o eutanaziji(32). Bolesnicima koji su tijekom života navikli sami donositi odluke o zdravstvenoj skrbi također bi trebalo biti dopušteno kontrolirati okolnosti svoje smrti. Također, eutanazija omogućuje ljudima da imaju kontrolu nad vremenom i načinom svoje smrti, što može pružiti osjećaj mira i dostojanstva.

U svojoj srži, medicina je uvijek imala za cilj olakšati patnju pacijenata. Nasuprot tome, zagovornici eutanazije tvrde da je ublažavanje patnje smrtonosnim načinom humano i suosjećajno – ako bolesnik umire i ako je patnja neizbježna. Doista, neki od najuvjerljivijih argumenata u korist eutanazije dolaze od bolesnika(32). Samo saznanje da je eutanazija opcija može pružiti psihološko olakšanje terminalno bolesnim osobama, dajući im osjećaj kontrole nad vlastitom situacijom.

Također, eutanazija potencijalno može rasteretiti medicinske resurse, dopuštajući njihovu upotrebu za bolesnike s izlječivim stanjima.

6.2. Nedostatci eutanazije

Protivnici eutanazije i potpomognutog samoubojstva pružaju mnoge argumente od pragmatičnih do filozofskih(32). Mnogi od njih vjeruju da je život svet i da je namjerno prekinuti život moralno pogrešno, bez obzira na okolnosti. Kao što je

već navedeno, eutanazija se nalazi na moralno skliskom terenu te bi njena legalizacija mogla dovesti do širih i potencijalno neetičkih primjena, kao što je nedobrovoljna eutanazija. Samim tim postoji rizik da bi ranjive skupine ljudi, starije osobe, osobe s invaliditetom ili s mentalnim teškoćama, mogle biti prisiljene na eutanaziju. Nadalje, eutanazija je u sukobu s tradicionalnom ulogom liječnika u liječenju i očuvanju života. Zdravstveni djelatnici također mogu doživjeti značajnu moralnu dvojbu kada se radi o eutanaziji, što može utjecati na njihovo mentalno zdravlje te zadovoljstvo samim poslom. Sama legalizacija eutanazije mogla bi promijeniti društvene poglede i stavove prema životu i smrti, što potencijalno može dovesti do obezvrjeđivanja života. Moramo uzeti u obzir da eutanazija ne utječe samo na osobu nad kojom se vrši čin eutanazije, već i na članove obitelji koji mogu imati trajne emocionalne i psihološke posljedice. Procjena mentalne sposobnosti osobe koja traži eutanaziju smatra se ključnom, posebice ako pate od nekih psihičkih poremećaja, stoga osiguravanje snažne i etičke regulacije prakse eutanazije može biti izazovno.

7. PALIJATIVNA SKRB

Pojam 'palijativ' je latinskog podrijetla i dolazi od riječi 'pallium' što znači ogrtač, pokrivač, veo ili kabanica (35). Doista, u palijativnoj skrbi simptomi se “pokrivaju” raznim metodama kako bi se poboljšala udobnost pacijenata, odnosno otklonila nelagoda, kao što kaput štiti tijelo od kiše i hladnoće. Palijativna skrb poboljšava kvalitetu života odraslih i djece koji se suočavaju s ozbiljnim bolestima, kao i njihovih obitelji. Fokusira se na prevenciju i ublažavanje patnje kroz rano prepoznavanje, točnu procjenu i liječenje boli i drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih tegoba. Također, pruža sustav podrške koji bolesnicima omogućuje da žive što aktivnije do kraja života (36). Riječ 'hospicij' često se koristi u vezi s palijativnom skrbi te se može koristiti s više značenja. Ponekad se odnosi na zgradu, odnosno na hospicije, a ponekad je to grupa zaposlenika odnosno hospicijski tim (35). Hospicijska skrb prihvaća smrt kao normalan proces života i shvaća se kao posljednja životna faza osobe koja umire. Na nju se gleda kao na posebno vrijeme za integraciju i pomirenje. U percepciji javnosti, laika, ali i u percepciji zdravstvenih djelatnika, te u stručnoj i znanstvenoj literaturi palijativna skrb i hospicij uglavnom su vezani uz zloćudne bolesti, iako i mnoge druge nemaligne bolesti imaju pravo na palijativnu odnosno hospicijsku skrb (35).

Palijativnu skrb možemo podijeliti na tri stupnja. Primarna palijativna skrb pruža se svaki dan u ordinacijama primarne medicine i trebala bi biti dio standardnih vještina svih liječnika(37). Uključuje procjenu simptoma, učinkovitu komunikaciju s bolesnikom te raspravu o planiranju skrbi unaprijed s uputama za prijelaz na skrb na kraju života. Sekundarnu palijativnu skrb provode specijalizirani timovi u specijaliziranim ustanovama ili stacionarnim jedinicama. Takvi timovi su interdisciplinarni i pružaju izravnu odgovornost za skrb o bolesniku ili služe kao konzultanti primarnog tima. Npr. klinike za palijativnu skrb, mogu pomoći liječnicima primarne medicine u stvarima kao što su upravljanje boli ili određivanje ciljeva skrbi. Tercijarnu palijativnu skrb pružaju specijalizirani timovi sa ekspertizom u naprednom upravljanju boli i drugim simptomima (37).

Od 2023. godine, petnaestog lipnja, europske države obilježavaju Europski dan palijativne skrbi kako bi promovirale zajedništvo u razvoju palijativne skrbi(38). Temeljni ciljevi su prihvaćanje palijativne skrbi kao ključnog dijela zdravstvene zaštite

te unapređenje znanja o palijativnoj skrbi među općom populacijom, zdravstvenim djelatnicima i donositeljima odluka (38). Procjenjuje se da svake godine 56,8 milijuna ljudi treba palijativnu skrb, pri čemu većina dolazi iz zemalja s niskim ili srednjim prihodima (36). Kada je riječ o djeci, 98% onih kojima je potrebna palijativna skrb živi u zemljama s niskim i srednjim dohotkom, a skoro polovica njih živi u Africi (36). No, usluge palijativne skrbi još nisu dostupne svim bolesnicima s ozbiljnim i teškim bolestima, čak ni u sustavu s velikim resursima kao što su Sjedinjene Američke Države. Gotovo jedna trećina američkih bolnica nema nikakvu uslugu palijativne skrbi(39). U urbanim središtima u razvijenim zemljama, oboljeli su još donekle dobro zbrinuti, s dostupnošću jedinica za palijativnu skrb. Međutim, ruralna područja su lošije opremljena, a oboljeli bolesnici imaju mnogo lošiji pristup programima palijativne skrbi. Zdravstveni djelatnici u tim područjima obično su manje educirani za pružanje barem osnovne palijativne skrbi. Palijativna skrb potrebna je širokom rasponu pacijenata. Većina odraslih kojima je potrebna palijativna skrb boluje od kroničnih bolesti poput kardiovaskularnih bolesti, karcinoma, kroničnih bolesti dišnog sustava i dijabetesa. Dva najčešća i najozbiljnija simptoma s kojima se susreću ti bolesnici su bol i otežano disanje (36). 80% pacijenata s AIDS-om ili karcinomom, te 67% pacijenata s kardiovaskularnim bolestima ili kroničnom opstruktivnom plućnom bolešću će na kraju života osjetiti umjerenu do jaku bol (36). U takvim slučajevima, opiodi su neophodni. Opioidi su ključni alat za pružanje odgovarajućeg pristupa upravljanja boli, te bi sve zemlje trebale osigurati pristup više od jednog opioida i odgovarajućih analgetika. Također, trebali bi biti dostupni i pripravci koji se mogu primijeniti i oralnim i parenteralnim putem. Iako su često skuplji, treba također razmotriti transdermalne, transmukozne te rektalne opioide, posebice tamo gdje postoji manjak medicinskog osoblja(39). Uz suzbijanje boli, opiodi također mogu ublažiti druge uobičajene simptome uključujući nedostatak zraka. Suzbijanje takvih simptoma moralna je dužnost za ublažavanje patnje i poštivanje dostojanstva osobe.

Kako bi odgovorili na nezadovoljenu potrebu za palijativnom skrbi potrebno je prevladati niz značajnih prepreka koje uključuju;

- Državne zdravstvene politike te neuključivanje palijativne skrbi u sustav
- Nedostatna ili ograničena obuka o palijativnoj skrbi za zdravstvene djelatnike

- Neadekvatan pristup opioidnim lijekovima te zablude da će poboljšanje pristupa opioidnoj analgeziji dovesti do povećane zlouporabe tvari
- Nedostatak svijesti među zdravstvenim djelatnicima i javnosti o tome što je palijativna skrb i prednostima koje ona može ponuditi bolesnicima
- Kulturne i društvene barijere, kao što su uvjerenja o smrti i umiranju
- Zablude o palijativnoj skrbi, smatranje da je ona samo za bolesnike s malignim oboljenjima ili za posljednje tjedne života(36).

Nacionalni zdravstveni sustavi odgovorni su za uključivanje palijativne skrbi u kontinuitet skrbi za osobe s kroničnim stanjima. Zdravstveni sustavi trebaju integrirati usluge palijativne skrbi na svim razinama. Trebali bi uključiti edukaciju trenutnih zdravstvenih djelatnika te ugraditi palijativnu skrb u temeljne nastavne planove i programe. Nadalje, dužni su osigurati dostupnost esencijalnih lijekova za upravljanje simptomima koje navode bolesnici u terminalnoj fazi svoje bolesti. Palijativna skrb je najučinkovitija kada se primijeni u ranoj fazi bolesti(36). Rana palijativna skrb ne samo da poboljšava kvalitetu života pacijenata, već također smanjuje nepotrebne hospitalizacije i korištenje zdravstvenih usluga. Također, palijativnu skrb potrebno je pružati u skladu s načelima univerzalne zdravstvene zaštite. Svi ljudi, bez obzira na prihode, vrstu bolesti ili dob, trebali bi imati pristup osnovnim zdravstvenim uslugama, uključujući palijativnu skrb(36). Održiv, kvalitetan i pristupačan sustav palijativne skrbi trebao bi biti integriran u primarnu zdravstvenu zaštitu, te uključivati njegu u zajednici i njegu u kući jer bi se pružanje palijativne skrbi trebalo smatrati etičkom dužnošću svih zdravstvenih djelatnika.

7.1. Palijativna skrb u Hrvatskoj

Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj se do nedavno temeljio na hospicijskom pokretu predvođenom prvom zagovornicom palijativne skrbi u Hrvatskoj, Anicom Jušić (40). U Hrvatskom liječničkom domu, 1994. godine, održan je prvi simpozij pod nazivom „Hospicij i palijativna skrb“, a na jesen iste godine osnovano je Hrvatsko društvo za hospicij, odnosno palijativnu skrb u Hrvatskom liječničkom zboru(40). Nadalje, povjerenstvo za palijativnu skrb Ministarstva zdravstva osnovano je 2001. godine te je palijativna skrb uvedena u Zakon o zdravstvenoj zaštiti 2003. godine (40).

Najbolji primjer hospicija u Republici Hrvatskoj datira iz proljeća 1991. godine kada je službi za neurologiju i psihijatriju pridružen novi odjel. Isti je služio za pružanje fizičke i psihološke potpore oboljelima u terminalnim stadijima svojih bolesti (40). 2007. godine otvara se prva Hrvatska katolička bolnica u Strmcu i u sklopu nje odsjek za palijativnu skrb gdje se vodi briga o psihijatrijskim bolesnicima te se provodi palijativna skrb za umiruće. Također, 2013. godine Caritas Riječke nadbiskupije otvara prvi samostalni hospicij u Hrvatskoj pod nazivom „Hospicij Marija Krucifiksa Kozulić“ (40).

Kao što je već prethodno navedeno, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj, potreba za palijativnom skrbi sve je veća, što samim time zahtjeva i veći napredak iste. Hrvatska se uz dosta drugih Europskih zemalja još uvijek oslanja na volontere koji su spremni izdvojiti svoje vrijeme kako bi pomagali potrebitima. Neke od glavnih prepreka za razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj su nedostatni financijski resursi, nedostatna podrška Vlade RH te nedostatno obrazovanje i osposobljavanje zdravstvenih djelatnika za skrb o palijativnim bolesnicima(40).

Odlukom Republike Hrvatske o izradi strateškog plana palijativne skrbi 2012. godine započeo je intenzivan proces razvoja palijativne skrbi. Posebnost i ključni izazov ovog političkog procesa bio je cilj, koji je naveden 2014. godine, da se sustav palijativne skrbi razvije kao sveobuhvatan, integrirani model skrbi koji obuhvaća i zdravstvenu i socijalnu skrb (41). Glavni cilj bio je postići usmjerenost na bolesnika, koordinaciju i kontinuitet skrbi te usvojiti holistički interdisciplinarni pristup. Sve navedeno su nužni uvjeti za optimalnu palijativnu skrb.

Strateški razvoj palijativne skrbi iz 2014. godine naglašava tri ključna koraka;

- poboljšanje uvjeta kroz razvoj novih organizacijskih struktura
- osnaživanje svih sudionika za pružanje bolje palijativne skrbi kroz profesionalizaciju
- uklanjanje prepreka pružanju integrirane palijativne skrbi i sustavno jačanje sudionika za pružanje optimalne integrirane palijativne skrbi u budućnosti (41)

Tri prethodno navedena koraka temelj su razvoja hrvatskog modela integrirane skrbi. Novi integrirani model palijativne skrbi u Hrvatskoj postavljen je u dva strateška

plansko-provedbena razdoblja i to od 2014. - 2016 godine te od 2017. - 2020 godine(41). Prepoznate su pozitivne povratne informacije i rezultati prvog razdoblja te su osnovni razvojni koncept i ciljevi produljeni za sljedeće tri godine. Novi model palijativne skrbi integriran je u zdravstveni sustav te je temeljen na postojećim elementima zdravstvene skrbi. Načela integrirane skrbi u skladu su s načelima zdravstvenog sustava, pa su bila poznata i zdravstvenim djelatnicima, no godine rascjepkanosti zdravstvene i socijalne skrbi rezultirale su preprekama integraciji palijativne skrbi. Unatoč tim izazovima, integrirani model palijativne skrbi opće je prepoznat kao jedna od rijetkih pozitivnih promjena u hrvatskom zdravstvenom sustavu posljednjih godina. Od uvođenja strateškog plana 2014. do početka 2020. organizacijske strukture i službe u palijativnoj skrbi kontinuirano su napredovale (41). Kao glavni integrirajući čimbenik uvedena je nova uloga koordinatora palijativne skrbi. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i pravilnikom za ugovaranje pružatelja usluga u sustavu obaveznog zdravstvenog osiguranja definiraju se konkretne aktivnosti koordinatora. Iste uključuju koordinaciju skrbi, suradnju s drugim sudionicima te promicanje i razvoj palijativne skrbi. Samim povećanjem broja koordinatora, povećao se i broj mobilnih palijativnih timova koji pružaju usluge u kućnim uvjetima, kao i godišnja financijska izdvajanja za navedene timove. Što se tiče ostalih pružatelja zdravstvenih usluga, postupci palijativne skrbi određeni su i za liječnike primarne medicine, pedijatre, izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć, patronažne sestre te njegovatelje u kući. U bolničkim uvjetima povećan je broj kreveta za palijativnu skrb u svim bolničkim kategorijama.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2019. godine prepoznao je palijativnu skrb kao sastavni dio zdravstvene zaštite i uslugu koja se pruža na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini (41). Pravilnikom o minimalnim uvjetima u vidu prostora, radnika te medicinsko-tehničke opreme postavljeni su standardi za pružanje palijativne skrbi, ističući potrebu suradnje dobro obučених multiprofesionalnih timova. Do kraja 2020. godine bilo je više od 1000 stručnjaka s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi (41). Strukovne organizacije su definirale kompetencije palijativne skrbi te su počele razvijati edukativne tečajeve kao dio kontinuiranog stručnog obrazovanja. Također, palijativna skrb uključena je kao obvezni i izborni predmet u srednjoškolsko i visoko obrazovanje medicinskih sestara i liječnika. Izrađene su i nacionalne smjernice za

koordinatore, uključujući i dokumentaciju za praćenje rada koordinatora, s ciljem postizanja zajedničkih standarda rada.

Pristup palijativnoj skrbi zasigurno je poboljšana jer su usluge palijativne skrbi približene osobama koje ih trebaju. Ne samo da su bolnički kreveti pretvoreni u krevete za palijativnu skrb, već su i odjeli renovirani kako bi postali što prikladniji za bolesnike i njihove negovatelje, što je zasigurno poboljšalo kvalitetu palijativne skrbi. Novi projekti koji su usmjereni na specifične potrebe za palijativnom skrbi, uključujući vladine i nevladine organizacije, pokazuju povećanu svijest o potrebi za palijativnom skrbi. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj slijedi smjernice Europske udruge za palijativnu skrb, koja okuplja sudionike iz 23 zemlje kako bi osigurala pristup visokokvalitetnoj palijativnoj njezi (38). Hrvatski model palijativne skrbi, koji se temelji na integraciji zdravstvene i socijalne skrbi, prolazi kroz proces kontinuiranih promjena s ciljem razvoja i reorganizacije struktura te razvoja i povezivanja procesa skrbi. U 2022. godini u Republici Hrvatskoj zabilježene su 3.832 hospitalizacije radi palijativne skrbi, što je porast od 30% u odnosu na 2017. godinu. U posljednje tri godine broj hospitalizacija je stabilan. Veći udio korisnika čine žene (56%), a većina pacijenata (preko 80%) su stariji od 65 godina (38). Postignuća ovih procesa potvrdila su europska i nacionalna tijela te su postavljena kao prioritet za razdoblje od 2021. - 2027 godine (41). Međutim, potrebno je provesti dodatna istraživanja kako bi se istražila specifična pitanja učinkovitosti i kvalitete te drugi pokazatelji koji bi se možda trebali poboljšati.

8. KVALITETA ŽIVOTA PACIJENATA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI

Kvaliteta života vezana za zdravlje nije odsutnost bolesti ili patnje, već je odgovor na niz životnih događaja koji utječu na kvalitetu i kvantitetu života. Kvaliteta života također, može se definirati kao subjektivna procjena života kao općenito dobrog ili zadovoljavajućeg. Pojedinci mogu imati bolest, ali ne moraju iskusiti smanjenu kvalitetu života. Shodno tome, postoje zdravi pojedinci koji navode da su „bolesni“ i da imaju lošu kvalitetu života. Također, pojedinci s istim stadijem ili istom težinom bolesti ne moraju imati iste nuspojave te mogu imati znatno različitu kvalitetu života (42). Za bolesnike koji se nalaze na kraju svog životnog vijeka, kvaliteta života postaje središnji cilj u odnosu na one bolesnike kod kojih se očekuje oporavak. Dok je kvaliteta života bolesnika zapravo individualna stvar i odraz je ciljeva, iskustava, vrijednosti i preferencija pojedinog bolesnika, postoji značajno slaganje o tome koje su domene relevantne. Osobitosti koje čine kvalitetu života bolesnika na kraju života općenito uključuju; povjerenje u svog liječnika, izbjegavanje dugotrajnog iskustva umiranja, postizanje osjećaja zatvorenosti, izbjegavanje opterećivanja članova obitelji, upravljanje boli i drugim simptomima te održavanje otvorene komunikacije (43). Razumijevanje kvalitete života važno je za ublažavanje bolesnikovih simptoma, poboljšanje zdravstvene njege te rehabilitacije bolesnika. Problemi otkriveni prema istraživanjima kvalitete života bolesnika koje su bolesnici sami prijavili mogu dovesti do modifikacija i poboljšanja liječenja ili mogu pokazati da neke terapije nude nedovoljno koristi. Također, ispitivanja vezano za kvalitetu života bolesnika mogu se koristiti za prepoznavanje niza problema koji mogu utjecati na bolesnike. Dobiveni podatci i rezultati mogu se prenijeti i koristiti za druge bolesnike kako bi im se pomoglo da predvide i razumiju posljedice svoje bolesti. Procjena kvalitete života važna je za donošenje medicinskih odluka jer je upravo ista prediktor uspjeha liječenja i stoga je od prognostičke važnosti. Unatoč važnosti kvalitete života u zdravstvu i medicini, postoji kontinuirana konceptualna i metodološka rasprava o značenju kvalitete života i o tome što zapravo treba procjenjivati. Ne postoji jedinstvena definicija pojma no prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji smatra se da je kvaliteta života „Percepcija pojedinca o svom položaju u životu u kontekstu kulture u kojoj živi i u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja, standarde i brige“ (44). Štoviše, pojam

kvaliteta života povezana sa zdravljem često se opisuje i kao „Pojam koji se odnosi na zdravstvene aspekte kvalitete života“. Vjeruje se da odražava utjecaj bolesti i liječenja na invaliditet i svakodnevno funkcioniranje, kao i utjecaj percipiranog zdravlja na sposobnost individue da vodi ispunjen život (44).

Kvaliteta života složen je koncept koji se tumači i definira na brojne načine unutar i između različitih disciplina. Kao posljedica toga, postoje mnogi različiti instrumenti koji se koriste za procjenu iste. Ovi instrumenti razvijeni su uglavnom na temelju empirijskih razmatranja i nisu razvijeni na temelju definicije ili konceptualnog modela. Posljedično, postoji nedostatak konceptualne jasnoće o tome što upitnici kvalitete života znače i mjere te što može predstavljati prijetnju valjanosti istraživanja kvalitete života pacijenata(44). Kao što je već navedeno, skrb za bolesnike s ozbiljnom uznapredovanom bolešću pred kraj njihovog života je složena. Provedene su i procijenjene različite intervencije kako bi se identificirali aspekti kvalitetne skrbi pred kraj života koji su doveli do pozitivnih ishoda i zadovoljstva pacijenata i obitelji.

Sredinom 2000-ih, radna grupa zaklade Robert Wood Johnson koristila se procesom konsenzusa za razvoj 18 predloženih mjera za procjenu kvalitete palijativne skrbi. Od toga se njih 14 bavi procesima skrbi na razini pacijenata, dok se njih 4 bave strukturalnim aspektima pružanja intenzivne skrbi(45). Predloženim skupom mjera potaknuo se daljnji rad na mjerenju i unaprjeđenju kvalitete palijativne skrbi. Nacionalni kvalifikacijski okvir podržao je 14 mjera kvalitete utemeljenih na dokazima za palijativnu skrb i skrb na kraju života. Nacionalni kvalifikacijski okvir ove stavke naziva "mjerama", ali budući da su široke kategorije, bolje bi ih bilo nazvati "kriterijima" ili "domenama"(45). Navedene mjere su sljedeće;

- pregled boli, za hospicij i palijativnu skrb
- procjena boli, za hospicij i palijativnu skrb
- bolesnici liječeni opioidima kojima je dat režim pražnjenja crijeva
- bolesnici s uznapredovanim karcinomom kod kojih je procijenjena bol tijekom ambulantnih posjeta
- liječenje dispneje, za hospicij i palijativnu skrb
- probir dispneje, za hospicij i palijativnu skrb

- bolesnici primljeni u jedinicu intenzivne njege koji imaju dokumentirane želje o skrbi
- preferencije liječenja, za hospicij i palijativnu skrb
- postotak bolesnika u hospiciju s dokumentacijom u kliničkom zapisu o razgovoru o duhovnim/vjerskim problemima ili dokumentacijom da bolesnik/njegovatelj nije želio razgovarati o takvim problemima
- udobno umiranje
- hospitalizirani bolesnici koji umru očekivanom smrću s ugrađenim kardioverter defibrilatorom koji je deaktiviran
- obiteljska evaluacija hospicijske skrbi
- procjene i izvješća o kraju životnog vijeka
- istraživanje ožalošćenih obitelji (45).

No 2013. godine Nacionalni konsenzusni projekt za kvalitetnu palijativnu skrb objavio je novi skup smjernica kliničke prakse, koji se, kao što naziv sugerira, više temelji na konsenzusu nego na dokazima za učinkovitost(45). Nacionalni konsenzusni projekt zajednički je napor Američke akademije za hospicij i palijativnu medicinu, Centra za unapređenje palijativne skrbi, Udruge hospicija i palijativne medicinske sestre, Nacionalne udruge socijalnih radnika, Nacionalne organizacije za hospicij i palijativnu skrb i Nacionalnog istraživačkog centra za palijativnu skrb (45). Smjernice kliničke prakse podijeljene su u osam domena;

- struktura i procesi skrbi
- fizički aspekti njege
- psihološki i psihijatrijski aspekti skrbi
- socijalni aspekti skrbi
- duhovni, vjerski i egzistencijalni aspekti skrbi
- kulturni aspekti skrbi
- njega bolesnika na kraju života
- etički i pravni aspekti skrbi (45)

Kako bi se ilustrirala složenost ovih područja, domena “skrb o bolesniku na kraju života” naglašava višestruke preferirane prakse, uključujući procjenu i upravljanje simptomima; dokumentaciju i komunikaciju s oboljelim i njihovom obitelji te svim

pružateljima zdravstvenih usluga o znakovima i simptomima procesa umiranja; obiteljsko usmjeravanje; podršku u žalosti prije i nakon smrti, imajući pritom na umu društvene, duhovne i kulturne probleme.

Tradicionalno, klinički ishodi bili su glavne krajnje točke u medicinskim i zdravstvenim istraživanjima. No međutim, tijekom proteklih desetljeća više je istraživanja usmjereno na kvalitetu života pacijenata. Između studenog 2017. godine i siječnja 2020. godine provedena je prospektivna, longitudinalna i multicentrična studija u Nizozemskoj pod nazivom „Kvaliteta života i kvaliteta skrbi koju doživljavaju bolesnici s uznapredovanim karcinomom i njihova obitelj: multicentrična opservacijska kohortna studija“ (46). Bolesnike i njihovu obitelj pozvali su liječnici iz jedne od 40 bolnica koje su sudjelovale u navedenom istraživanju. Nakon informiranog pristanka, bolesnici i njihova obitelj ispunjavali su papirnati ili online upitnik svaka tri mjeseca do smrti oboljelog. Za potrebe istraživanja kontaktirano je 1695 bolesnika i 1171 član obitelji. Od toga 255 pacijenata nije htjelo sudjelovati, a 337 pacijenata je odustalo nakon davanja pristanka. Zaključno, 1103 bolesnika i 831 član obitelji pristali su sudjelovati u samom istraživanju (46). Ovo je istraživanje imalo za cilj procijeniti kvalitetu života i kvalitetu skrbi koju doživljavaju bolesnici s uznapredovanim karcinomom te njihovi članovi obitelji, uzimajući u obzir njihovu međuovisnost. Podaci su prikupljeni validiranim upitnikom, kojim su procijenjene različite dimenzije kvalitete života. To uključuje fizičke, emocionalne i socijalne aspekte, kao i percipiranu kvalitetu zdravstvenih usluga. Ključni rezultati istraživanja pokazuju kako su bol i umor značajno pridonijeli smanjenoj kvaliteti života, dok je učinkovito upravljanje simptomima povezano s boljom kvalitetom života. Također, i bolesnici i obitelj naglasili su važnost komunikacije, empatije i koordinacije skrbi. Visokokvalitetna njega bila je povezana s boljim zadovoljstvom pacijenata i poboljšanim ishodima kvalitete života. Čimbenici kao što su dob, spol, vrsta karcinoma i stadij također su utjecali na odgovore među ispitanicima. Mlađi bolesnici i oni s agresivnijom bolešću prijavili su niži stupanj kvalitete života, naglašavajući potrebu za prilagođenim intervencijama potporne skrbi. Zanimljivo je da su emocionalno funkcioniranje obitelji i njihovo zadovoljstvo zdravstvenom njegom bili nižeg stupnja nego kod pacijenata. Prethodno navedeno istraživanje pruža vrijedan uvid u iskustva pacijenata s uznapredovanim karcinomom i njihovih obitelji u vezi s

kvalitetom života i kvalitetom pružene njege. Ističe složeno međudjelovanje fizičkih simptoma, emocionalnog blagostanja i pružanja zdravstvene skrbi u oblikovanju tih iskustava. Usredotočujući se na sveobuhvatne strategije skrbi i pružajući podršku oboljelima i njihovim obiteljima, pružatelji zdravstvenih usluga mogu poboljšati ukupnu kvalitetu života i brige za oboljele (46).

9. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA

9.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je vidjeti stavove i mišljenja zdravstvenih djelatnika, odnosno medicinskih sestara/tehničara i liječnika, o eutanaziji. Fokus istraživanja bio je utvrditi postoji li razlika u stavovima i mišljenjima o eutanaziji između medicinskih sestara/tehničara i liječnika. Nadalje, postoji li razlika u stavovima ovisno o razini obrazovanja ispitanika te postoji li razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o religioznosti ispitanika.

9.2. Hipoteze

H1 Postoji statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji između medicinskih sestara/tehničara i liječnika/ica.

H2 Postoji statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o stupnju obrazovanja ispitanika.

H3 Postoji statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o religioznosti ispitanika.

9.3. Ispitanici i metode istraživanja

Provedeno je online istraživanje putem Google obrasca u periodu od 8.prosinca 2023. godine do 01. veljače 2024. godine. Istraživanje je bilo anonimno i dobrovoljno i u istom je sudjelovalo 250 sudionika. Od 250 sudionika njih 207 bilo je ženskog spola, dok je njih 43 bilo muškog spola. Što se tiče zanimanja, 200 ispitanika bili su medicinske sestre/tehničari a njih 50 bili su liječnici/ce. Obzirom na razinu obrazovanja, njih 114 bilo je visoke stručne spreme, 85 više stručne spreme te njih 51 srednje stručne spreme.

9.4. Instrument istraživanja

U istraživanju se koristio upitnik koji je sadržavao 6 sociodemografskih pitanja te 18 tvrdnji na koje su ispitanici putem Likertove skale označavali svoj stupanj slaganja u rasponu od 1 (u potpunosti se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Na ponuđene tvrdnje moglo se odgovoriti isključivo jednim odgovorom. Na kraju same

ankete ispitanici su imali izbor ponuditi svoj komentar ili mišljenje na temu. Uzorak ispitanika dobiven je korištenjem društvenih mreža.

9.5. Očekivani znanstveni doprinos istraživanja

Provedenih istraživanjem želi se dati doprinos svim osobama koji boluju od teških i neizlječivih bolesti. Ovim i sličnim istraživanjima moglo bi se obuhvatiti nekoliko ključnih aspekata:

- Proučavanje različitih etičkih teorija i njihovih stavova prema eutanaziji
- Istraživanje prava pacijenata na autonomiju i dostojanstvenu smrt
- Evaluacija učinkovitosti palijativne skrbi
- Istraživanje psiholoških učinaka eutanazije na bolesnike, njihove obitelji i zdravstvene radnike
- Analiza stavova javnosti prema eutanaziji, uključujući utjecaj religije, kulture i obrazovanja
- Proučavanje utjecaja eutanazije na obiteljske odnose
- Bolje razumijevanje kompleksnosti eutanazije iz različitih perspektiva
- Pružanje podrške i smjernica zdravstvenim radnicima u donošenju etičkih odluka

Istraživanje o eutanaziji može pružiti vrijedne uvide i preporuke koje bi mogle pomoći u oblikovanju etičkih, medicinskih i pravnih pristupa ovoj osjetljivoj temi.

9.6. Rezultati istraživanja

Kao što je već navedeno 18 tvrdnji činilo je skalu o stavovima i mišljenjima zdravstvenih djelatnika o eutanaziji. Veći rezultat na skali značio je pozitivnije stavove o eutanaziji. U Tablici 7.6.1. nalaze se odgovori na pojedinačne tvrdnje za ukupan uzorak ispitanika. Tablica 7.6.2. sadrži sve deskriptivne podatke za skalu stavova ukupno te odvojena za medicinske sestre/tehničare te liječnike/ice.

TVRDNJA	ODGOVORI (%)				
	1	2	3	4	5
1. Svaka osoba u terminalnoj fazi bolesti ima pravo odlučiti želi li nastaviti živjeti ili ne.	5,6%	3,6%	13,2%	20,8%	56,8%
2. Eutanazija bi trebala biti dozvoljena u današnje vrijeme.	9,6%	6,8%	14,8%	21,2%	47,6%
3. Ne postoje slučajevi kada je eutanazija prihvatljiva.	44,8%	19,6%	22,4%	5,6%	7,6%
4. Oduzimanje ljudskog života je neprihvatljivo neovisno o okolnostima.	32,4%	20,4%	25,6%	9,6%	12%
5. Na odluke o eutanaziji utječu vjerska uvjerenja.	10,8%	8,4%	26,8%	21,6%	32,4%
6. Moja osobna vjerska uvjerenja se protive eutanaziji.	43,6%	15,2%	19,2%	8,4%	13,6%
7. Smatram da samo Bog ima pravo oduzeti život.	39,2%	12%	36,4%	7,6%	14,8%
8. Smatram da uvijek postoji šansa za ozdravljenjem.	41,6%	21,6%	21,6%	9,2%	6%
9. Eutanazija je prihvatljiva u slučajevima kada više ne postoji šansa za oporavak pacijenta.	10,8%	6%	14%	24,4%	44,8%
10. Eutanazija je prihvatljiva kada je pacijent stare životne dobi.	33,2%	16%	26,8%	13,6%	10,4%
11. Dužnost zdravstvenih djelatnika je prolongirati život, ne oduzeti ga.	15,6%	10%	37,6%	16%	20,8%
12. Smatram da bi eutanazija trebala postati legalna u Republici Hrvatskoj.	12,8%	6%	18,4%	18%	44,8%

13. Ukoliko bi se eutanazija legalizirala u Republici Hrvatskoj otvorio bi se prostor za zlouporabu eutanazije.	7,6%	8%	24,8%	24,8%	34,8%
14. Pristao/la bih na eutanaziju da se radi o meni.	11,2%	5,2%	19,6%	22,8%	41,2%
15. Pristao/la bih na eutanaziju da se radi o članu moje obitelji.	15,2%	9,2%	28,4%	18,8%	28,4%
16. Veća usmjerenost na kontrolu boli pacijenta umanjila bi potrebu za eutanazijom.	3,2%	8,4%	18%	27,6%	42,8%
17. Veća usmjerenost na poboljšanje kvalitete života pacijenta umanjila bi potrebu za eutanazijom.	2,4%	6%	19,6%	32,2%	40,8%
18. Smatram da bi pacijent ili obitelj pacijenta koji se odluče na eutanaziju bili diskriminirani od strane zdravstvenih djelatnika i okoline.	23,2%	19,2%	29,6%	17,6%	10,4%

Napomena: % - postotak; 1 – uopće se ne slažem, 2 – ne slažem se, 3 – niti se slažem niti se ne slažem, 4 – slažem se, 5 – u potpunosti se slažem

Tablica 7.6.1. Odgovori na tvrdnje (N=250)

varijabla	skupina	M	SD	min	max	indeks simetričnosti	indeks spljoštenosti	K-S test - p	α
eutanazija	medicinske sestre/tehničari	3,60	0,67	1,67	4,72	-0,70	-0,19	<0,01	0,84
	liječnici/e	3,72	0,66	2,22	4,78	-0,84	-0,20	<0,01	0,85
	ukupan rezultat	3,62	0,67	1,67	4,78	-0,72	-0,21	<0,01	0,84

Napomena: M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, min – minimalna vrijednost, max – maksimalna vrijednost, α – Cronbach alpha koeficijent unutarnje pouzdanosti, K-S – značajnost Kolmogorov-Smirnov testa

Tablica 7.6.2. Deskriptivna obilježja varijable stavova o eutanaziji

Kao što je vidljivo iz Tablice 7.6.2. distribucije se značajno razlikuju od normalne za sve tri kategorije. Zbog toga su hipoteze testirane neparametrijskim testovima. Mjere simetričnosti i spljoštenosti kod varijabli nisu jako izražene. Koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach alpha zadovoljavajuće je visok za sve tri kategorije. Kada se gleda ukupan rezultat na skali vidljivo je da je prosječan rezultat na skali stavova 3,62 +/- 0,67 odnosno da zdravstveni djelatnici ukupno gledano imaju relativno neutralne stavove o eutanaziji, većina ih bira odgovore niti se slažem niti se ne slažem. Da bi se provjerilo je li razlika u stavovima o eutanaziji između medicinskih sestara/tehničara i liječnika/ica statistički značajna napravljen je Mann Whitney U test kao neparametrijska zamjena za t-test za nezavisne uzorke s obzirom na odstupanje distribucije od normalne i veliku razliku u broju pojedinih ispitanika u kategoriji po zanimanju.

varijabla	skupina	aritmetička sredina rangova	suma rangova	Mann Whitney U	Wilcoxon W	Z	p
eutanazija	medicinske sestre/tehničari	122,27	24453,00	4353,000	24453,000	-1,415	0,16
	liječnici/ice	138,44	6922,00				

Napomena: $p > 0,05$

Tablica 7.6.3. Razlika između medicinskih sestara/tehničara i liječnika/ica u stavovima o eutanaziji

Nije dobivena statistički značajna razlika između medicinskih sestara/tehničara i liječnika/ica u stavovima o eutanaziji. Hipoteza nije potvrđena.

Druga hipoteza testirana je Kruskal Wallis testom kao neparametrijskom zamjenom za analizu varijance. Hipoteza je glasila da postoji statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o stupnju obrazovanja kod zdravstvenih djelatnika te da djelatnici s višim stupnjevima obrazovanja imaju pozitivnije stavove o eutanaziji.

varijabla	razina obrazovanja	aritmetička sredina rangova	N	χ^2	df	p
eutanazija	SSS	142,11	51	3,39	2	0,18
	VŠS	121,82	85			
	VSS	120,81	114			

Napomena: χ^2 – hi kvadrat, df – stupnjevi slobode; $p > 0,05$

Tablica 7.6.4. Razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o razini obrazovanja zdravstvenih djelatnika

Nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o razini obrazovanja zdravstvenih djelatnika. Hipoteza nije potvrđena.

Posljednja hipoteza također je testirana Kruskal Wallis testom. Ispitano je postoji statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o religioznosti zdravstvenih djelatnika odnosno imaju li religiozniji djelatnici imaju negativnije stavove o eutanaziji.

varijabla	razina obrazovanja	aritmetička sredina rangova	N	χ^2	df	p
eutanazija	religiozna osoba	107,34	164	31,68	2	<0,001**
	nereligiozna osoba	168,63	49			
	ne žele se izjasniti	148,89	37			

Napomena: χ^2 – hi kvadrat, df – stupnjevi slobode; $p < 0,05$

Tablica 7.6.5. Razlika u stavovima o eutanaziji ovisno odnosu prema vjeri kod zdravstvenih djelatnika

Dobivena je statistički značajna razlika stavovima o eutanaziji ovisno o religioznosti zdravstvenih djelatnika ($p < 0,05$). Religiozniji zdravstveni djelatnici ($M=3,46$, $SD=0,69$) imaju negativnije stavove o eutanaziji od nereligioznih djelatnika ($M=3,99$, $SD=0,50$) i onih koji se ne žele izjasniti ($M=3,84$, $SD=0,67$).

9.7. Rasprava

Eutanazija je jedno od najkontroverznijih pitanja u suvremenoj zdravstvenoj zaštiti. Rasprava o istoj obuhvaća pravne, etičke, zdravstvene, vjerske, ekonomske, društvene i kulturne aspekte diljem svijeta. Stoga zdravstveni djelatnici doživljavaju uključenost u ovaj proces vrlo intenzivno. Moralni rizici tiču se dilema ispravnog i pogrešnog ponašanja, dok se emocionalni rizici odnose na ranjivosti otkrivanja nečijih pravih osjećaja.

Jedan od istaknutijih zaključaka provedenog istraživanja jest jaka podrška autonomiji pacijenata. Većina ispitanika vjeruje da bolesnici u terminalnoj fazi bolesti trebaju imati pravo odlučiti žele li nastaviti živjeti ili ne. Ovaj stav odražava suvremene etičke trendove koji naglašavaju važnost autonomije i prava na samoodređenje u zdravstvenoj skrbi. Ovo također implicira da ispitanici prepoznaju značaj osobnog izbora u kontekstu kraja života, što može biti rezultat sve veće svijesti o pravima pacijenata i humanizaciji medicinske prakse.

Slična podrška vidljiva je i u stavu prema legalizaciji eutanazije. Gotovo 69% ispitanika smatra da bi eutanazija trebala biti dozvoljena u današnje vrijeme. Ova podrška može biti potaknuta različitim faktorima, uključujući želju za ublažavanjem patnje, osobnim iskustvima s terminalnim bolestima te globalnim trendovima legalizacije eutanazije u nekim zemljama. Međutim, dobiveni rezultati pokazuju i etičku i moralnu opoziciju prema eutanaziji. 9,6% ispitanika slaže se s tvrdnjom da je oduzimanje ljudskog života neprihvatljivo neovisno o okolnostima dok se njih 12% u potpunosti slažu s navedenom tvrdnjom. Ovaj stav često proizlazi iz vjerskih i kulturnih uvjerenja, koja naglašavaju svetost života i moralnu odgovornost za njegovo čuvanje. Opozicija prema eutanaziji također može biti ukorijenjena u strahu od potencijalnih zlouporaba i negativnih posljedica legalizacije, kao što je prikazano u rezultatima vezano zabrinutostima o mogućoj zlouporabi eutanazije u slučaju legalizacije.

Vjerska uvjerenja igraju ključnu ulogu u oblikovanju stavova prema eutanaziji. Većina ispitanika, odnosno 21,6% ispitanika slažu se s tim da vjerska uvjerenja utječu na njihove odluke o eutanaziji, dok se njih 32,4% u potpunosti slažu s tom tvrdnjom. 22% ispitanika slažu se s tvrdnjom da se njihova osobna uvjerenja protive eutanaziji zbog

vlastitih vjerskih uvjerenja, te njih 22,4% smatraju da samo Bog ima pravo oduzeti život. Navedene tvrdnje potvrdili smo i trećom hipotezom koja navodi da religiozniji zdravstveni djelatnici imaju negativnije stavove o eutanaziji od nereligioznih djelatnika i onih koji se ne žele izjasniti. Ovo naglašava važnost religioznog konteksta u raspravama o eutanaziji i potrebu za uključivanjem vjerskih zajednica u dijalog o ovoj temi.

Zanimljivo je primijetiti da većina ispitanika smatra kako bi veća usmjerenost na kontrolu boli i poboljšanje kvalitete života mogla umanjiti potrebu za eutanazijom. Ovo sugerira da, iako postoji podrška za eutanaziju, mnogi ispitanici vide potencijalne alternative koje bi mogle zadovoljiti potrebe terminalnih pacijenata bez potrebe za eutanazijom. Dobiveni rezultati naglašavaju važnost razvoja i implementacije učinkovitih palijativnih skrbnih programa koji mogu pružiti olakšanje i podršku bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti.

Osobna spremnost na eutanaziju, bilo za sebe ili za članove obitelji, također je visoka među ispitanicima. Više od polovice ispitanika bi pristalo na eutanaziju za sebe, dok je podrška za eutanaziju članova obitelji nešto manja. Ovi rezultati pokazuju osobnu identifikaciju s patnjom i suosjećanjem, ali također otkrivaju dilemu kada je riječ o donošenju odluka za druge, naročito za svoje bližnje, što je često složenije zbog emocionalnih i moralnih faktora.

Nadalje, 28% ispitanika smatra da bi bolesnici ili obitelji oboljelih mogli biti diskriminirani od strane zdravstvenih djelatnika i okoline ukoliko se odluče na eutanaziju. Ova zabrinutost ukazuje na potrebu za edukacijom i senzibilizacijom društva i zdravstvenih djelatnika kako bi se osigurala podrška i poštovanje za sve odluke pacijenata.

Slično istraživanje provedeno je u Poljskoj pod nazivom „Psihološki čimbenici koji utječu na stavove prema eutanaziji, potpomognutom samoubojstvu i palijativnoj skrbi među studentima medicine i liječnicima specijalizantima“ te je isto objavljeno 15. travnja 2024. godine (47). Cilj ovog istraživanja bio je usporediti stavove prema eutanaziji, potpomognutom samoubojstvu i palijativnoj skrbi među studentima medicine, specijalizantima medicine te studentima humanističkih znanosti. U navedenom istraživanju korišten je upitnik s 22 pitanja od kojih je 18 bilo zatvorenog

tipa te 4 dodatna pitanja kako bi se obrazložili dati odgovori (47). Provedeno istraživanje bilo je anonimno te je ispitanicima poslano putem e-pošte. Na poslani upitnik, od njih 670, 313 ispitanika je odgovorilo. Većina ispitanika u ovom istraživanju bile su ženskog spola, njih 223, te je raspon dobi bio od 18 do 43 godine. Što se tiče stavova o religiji, preko 50% ispitanika izjasnilo se kao religiozna osoba(47). Nakon provedenog istraživanja, dobivenim rezultatima možemo vidjeti da je većina ispitanika bila za legalizaciju eutanazije, dok je u pogledu stavova o legalizaciji potpomognutog samoubojstva većina bila neodlučna. Nisu uočene razlike između studenata različitih fakulteta i stavova prema eutanaziji(47).

Kod većine ispitanika uočen je manje odlučan stav prema činu potpomognutog samoubojstva. Također, uočena je značajna razlika između znanja o definiciji eutanazije i poznavanja definicije potpomognutog samoubojstva. Ovo može biti objašnjenje manje potpore za praksu potpomognutog samoubojstva. Iako, ova razlika ne utječe izravno na stavove ispitanika, ukazuje na to da je znanje o razlikovanju postupaka koji ubrzavaju smrt malo prisutno u javnoj svijesti i uglavnom je ograničeno na eutanaziju. Ovo ukazuje na daljnju potrebu za edukacijom o etičkim i pravnim aspektima skrbi na kraju života kako bi se budući liječnici pripremili za odluke povezane s pružanjem palijativne skrbi za bolesnike i obitelji.

Deklarirana vjerska pripadnost diferencirala je stavove ispitanika prema eutanaziji. Eutanaziju su najviše podržavali oni koji su se izjasnili kao ateisti, dok su joj se najviše protivili ispitanici koji su se izjasnili kao rimokatolici. Religijska pripadnost jedan je od najdosljednijih argumenata protiv eutanazije, bez obzira na vjeru, budući da većina religija tretira život i patnju kao privremeno ljudsko stanje, a smrt kao prirodni prijelaz u neku drugu, bolju egzistenciju(47).

Nadalje, snažna potpora ispitanika vezano za palijativnu skrb ukazuje na potrebu za povećanjem svijesti za ovu vrstu skrbi. Također se ukazuje na važnost uvođenja palijativne medicine u nastavne planove i programe kliničke nastave za studente medicine (47)

Također, slično istraživanje provedeno je u sklopu projekta u Republici Hrvatskoj pod nazivom „Vrijednosti i odluke na kraju života“. Cilj provedenog projekta bio je provesti sveobuhvatnu analizu o pitanjima o kraju života u jedinicama intenzivnog

liječenja u zdravstvenim ustanovama tercijarne razine u Republici Hrvatskoj. Dok je fokus projekta na odjelima intenzivne njege, projekt također uključuje istraživački dio koji je usmjeren na opću hrvatsku populaciju. Cilj istraživanja bio je pokriti više tema; pitanje stavova o smrti i umiranju, donošenje odluka na kraju života, povjerenje u liječnike i zdravstvenu skrb te stavovi prema drugim bioetičkim pitanjima(48). U provedenom istraživanju sudjelovalo je 1203 punoljetna građana Republike Hrvatske. Istraživanje je provedeno u studenom i prosincu 2019. godine. Prosječna dob ispitanika bila je 48,21 godina. Kao i u prethodnom istraživanju, više od polovice ispitanika bile su ženskog spola. U braku je bilo 43% ispitanika, a nešto manje od polovice ispitanika ima jedno ili dvoje djece. Većina ispitanika izjavila je da vjeruje u Boga i smatra se religioznom osobom. Međutim, samo 35,4% ispitanika posjećuje vjerske obrede barem jednom mjesečno ili češće(48). Promatrajući dobivene rezultate provedenog istraživanja saznajemo da se samo 19,8% opće hrvatske populacije slaže s uskraćivanjem postupaka liječenja općenito, a 14,4% s povlačenjem svih postupaka liječenja umirućih osoba koje proživljavaju ekstremne i nepodnošljive patnje(48). Kada govorimo o uskraćivanju liječenja za produljenje života, 38,1% ispitanika odobrava uskraćivanje takvog liječenja kako bi se ispunile želje umirućih pacijenata, te se njih 37,8% slaže s poštivanjem želja umirućih pacijenata koji proživljavaju nepodnošljive patnje i odustajanjem od liječenja koje im produljuje život(48). Ne biti na teret vlastitoj obitelji smatra se važnom osobinom dobre smrti za one koji su zagovornici eutanazije u provedenom istraživanju. Pored ostalog, ispitanici koji su za eutanaziju, nažalost, ne smatraju da u Hrvatskoj postoji povjerenje i međusobno poštovanje između liječnika i pacijenata.

Nadalje, ispitanici su izrazili strah od zlorabe kada je u pitanju praksa uskraćivanja liječenja za produljenje života te su se odlučili za njezino reguliranje zakonom. Ovo nije neočekivano budući da uskraćivanje ili prekid liječenja za produljenje života može izazvati mnoga pitanja kod bolesnika, obitelji bolesnika i medicinskog osoblja.

Stavovi hrvatske populacije o eutanaziju praćeni su već i kroz druge projekte. Prihvatanje eutanazije poraslo je s 3,82 u 1999. godini na 4,00 u 2008. godini, te na 4,37 u 2017. godini, gledajući Likertovu skalu od 1-10 (48). Postotak stanovništva koji vjeruje da eutanazija ne može biti opravdana ni pod kakvim okolnostima i dalje je vrlo visok, njih 50.9% imalo je takvo mišljenje u 1999. godini, 44.4% u 2008. godini te

njih 42.7% u 2017. godini (48). Ovo istraživanje, koje je provedeno u 2019. godini pokazalo je mali pad slaganja s apsolutnom zabranom prakse, 37,2% ispitanika (48). Provedenim istraživanjem vidimo niske razine prihvaćanja uskraćivanja ili prekida liječenja za produljenje života, eutanazije, potpomognutog samoubojstva i samoubojstva uz pomoć liječnika u Hrvatskoj. Osim toga, dob, razina obrazovanja, politička orijentacija i mjesto stanovanja utječu na stavove ljudi o eutanaziji(48).

10. ZAKLJUČAK

Skrb za terminalno bolesne postaje sve značajniji problem u zdravstvu. Bolesnici su nerijetko udaljeni iz svog kućnog okruženja, te su smješteni u bolnice i slične ustanove, okruženi medicinskim osobljem koje verbalnu komunikaciju ograničava na najnužnije. Stoga je od ključne važnosti poboljšati odnos zdravstvenog osoblja prema umirućim bolesnicima. Način na koji osoba umire individualan je isto kao i njezin život. Medicinske sestre/tehničari su osposobljeni za poboljšanje života i zdravlja, no skrb za umirućeg bolesnika izravno je u suprotnosti s tom obvezom. Napredak medicine i tehnologije omogućio je produljeno razdoblje liječenja, samim time i trajanje životnog vijeka. Medicina je tijekom godina evoluirala od želje za liječenjem do sveobuhvatnije želje za sprječavanjem, njegovom i ublažavanjem. S ovog aspekta, prevencija ili liječenje patnje s kojom se mnogi ljudi moraju nositi mora biti od vitalnog značaja. Za bolesnike u terminalnom stanju ili s bolestima koje uzrokuju veliku patnju i nemaju dobru prognozu, od velike je važnosti pokušati ne samo održati život pod svaku cijenu, već i cijeliti kvalitetu života koja im se nudi. Vrlo je važno odvagnuti odluku hoćemo li pokušati održati život pod svaku cijenu ili cijeliti kvalitetu života koja se nudi i nastaviti prema tome. U tim slučajevima, eutanazija i potpomognuto samoubojstvo mogu biti alternative liječenja. Samim time zdravstveno osoblje treba imati dovoljno znanja o ovoj problematici kako bi razumjelo bolesnika i moglo mu pružiti odgovarajuće informacije. Iako te prakse još nisu zakonski regulirane u većini zemalja, postoje međunarodne organizacije kojima bolesnici mogu pristupiti. Provedenim istraživanjem možemo vidjeti složenost i raznolikost mišljenja u javnosti. Iako postoji značajna podrška za autonomiju pacijenata i legalizaciju eutanazije, postoje i duboke etičke, moralne i religijske zabrinutosti. Poboljšanje kvalitete života i kontrola boli prepoznati su kao ključni faktori koji bi mogli umanjiti potrebu za eutanazijom. Ova različitost u stavovima naglašava potrebu za uravnoteženim i informiranim pristupom u donošenju politika o eutanaziji, uzimajući u obzir sve aspekte i perspektive uključenih strana. Uloga magistre/a sestriinstva u kontekstu eutanazije složena je i zahtijeva visoku razinu stručnosti, empatije, i etičke osjetljivosti. Isti igraju ključnu ulogu u osiguravanju da bolesnici dobiju skrb koja je u skladu s njihovim željama i potrebama, te u podršci obiteljima i timovima kroz složene procese donošenja odluka. Kroz edukaciju, komunikaciju i zagovaranje, medicinske

sestre/tehničari doprinose stvaranju okruženja u kojem bolesnici mogu doživjeti dostojanstvenu i suosjećajnu njegu na kraju svog života.

11. LITERATURA

1. Euthanasia in Modern Society: the Topicality, Practicability, and Medical Aspect of the Problem - ProQuest [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/1ae259a7504ac855271bd6cf07e2d8fc/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54977>
2. Lau AMY, Wong ELY. Attitude towards Euthanasia among Medical Students: A Cross-Sectional Study in Hong Kong. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 23;19(13):7697.
3. Euthanasia | Definition, History, & Facts | Britannica [Internet]. 2024 [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://www.britannica.com/topic/euthanasia>
4. Yilmaz Ş, Özbek Güven G. Effect of Euthanasia Education on the Views of Nursing Students. *Ethiop J Health Sci*. 2022 Sep;32(5):975–84.
5. Association BM. Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making. John Wiley & Sons; 2008. 142 p.
6. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G. 'Euthanasia: Right to Die with Dignity.' *J Family Med Prim Care*. 2014;3(4):477–8.
7. Nedić T, Zibar L, Baraban B. Terminološko određenje pojma eutanazija – pravne, bioetičke i medicinsko-postupovne implikacije. *Filoz istraž (Online)*. 2022 Jun 16;42(1):69–86.
8. BANOVIĆ B, TURANJANIN V. Euthanasia: Murder or Not: A Comparative Approach. *Iran J Public Health*. 2014 Oct;43(10):1316–23.
9. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montaña-Gómez LM, Bolaño-Romero MP, Moscote-Salazar LR, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Feb 11;75:103380.
10. Horvat M. SVEUČILIŠTE U ZAGREBU – UČITELJSKI FAKULTET ODSJEK ZA ODGOJITELJSKI STUDIJ ZAGREB.
11. Žuljić T. SVEUČILIŠTE U SPLITU KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET INTEGRIRANI FILOZOFSKO-TEOLOŠKI STUDIJ.
12. Nešić J. Aktivna i pasivna eutanazija - da li su razlike njihovog pravnog statusa pravno utemeljene? *Pravni zapisi*. 2010;1(1):265–70.
13. G V K. Active Euthanasia vs. Passive Euthanasia, the Lesser Evil Act. 2019 Jun 7;
14. Nortjé N. Euthanasia: Passive. In: ten Have H, editor. *Encyclopedia of Global Bioethics* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cited 2024

Apr 16]. p. 1203–9. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-09483-0_182

15. Duraković D. Eutanazija u dječjoj dobi. 2014;5(10).
16. Biondo CA, Silva MJP da, Secco LMD. Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009 Oct;17:613–9.
17. Garcia JBS. Euthanasia, disthanasia or orthotanasia? *Rev dor*. 2011 Mar;12:3–3.
18. Gamondi C, Gayet-Ageron A, Borasio GD, Hurst S, Jox RJ, Ricou B. Attitudes of university hospital staff towards in-house assisted suicide. *PLoS One*. 2022 Oct 27;17(10):e0274597.
19. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016 Jul 5;316(1):79–90.
20. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016 Jul 5;316(1):79–90.
21. Marijnissen RM, Chambaere K, Oude Voshaar RC. Euthanasia in Dementia: A Narrative Review of Legislation and Practices in the Netherlands and Belgium. *Front Psychiatry*. 2022 Jun 2;13:857131.
22. Veiligheid M van J en. Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request in the Netherlands - Euthanasia - Government.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2011 [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>
23. De Hert M, Van Assche K. Euthanasia for unbearable suffering caused by a psychiatric disorder: improving the regulatory framework. *World Psychiatry*. 2024 Feb;23(1):54–6.
24. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ*. 2010 Jun 15;182(9):895–901.
25. Filipas E. PRAVNI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI.
26. Grove G, Lovell M, Best M. Perspectives of Major World Religions regarding Euthanasia and Assisted Suicide: A Comparative Analysis. *J Relig Health*. 2022;61(6):4758–82.
27. Wormald B. The Future of World Religions: Population Growth Projections, 2010-2050 [Internet]. Pew Research Center. 2015 [cited 2024 Jun 23]. Available

from: <https://www.pewresearch.org/religion/2015/04/02/religious-projections-2010-2050/>

28. Shuriye AO. Ethical And Religious Analysis On Euthanasia. IIUM Engineering Journal [Internet]. 2011 [cited 2024 Jun 23];12(5). Available from: <https://journals.iium.edu.my/ejournal/index.php/iiumej/article/view/261>
29. Koodamara N, Prabhu N, Thomas B, Afza N. Euthanasia: India`s major religious points of views. Indian Journal of Public Health Research & Development. 2018 Oct 1;9:962.
30. Kawada Y, Hashimoto TS. Medical Ethics and Buddhism— A Focus on Euthanasia and Death with Dignity.
31. McCormick AJ. Buddhist Ethics and End-of-Life Care Decisions. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care. 2013 Apr 1;9(2–3):209–25.
32. Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and Cons of Physician Aid in Dying. Yale J Biol Med. 2019 Dec 20;92(4):747–50.
33. Banovic B, Turanjanin V, MILORADOVIĆ A. An Ethical Review of Euthanasia and Physician-assisted Suicide. Iranian Journal of Public Health. 2017 Feb 1;46:173–9.
34. Emina K. LEGAL, SOCIAL AND ETHICAL ISSUES IN EUTHANASIA. Jurnal Sosialisasi: Jurnal Hasil Pemikiran, Penelitian dan Pengembangan Keilmuan Sosiologi Pendidikan. 2021 Mar 30;53.
35. Delibegovic A, Sinanovic O, Galic G, Sabic A, Sabic D. The Influence of Palliative Care on Quality of Life in Patients with Lung Cancer. Mater Sociomed. 2016 Dec;28(6):420–3.
36. Palliative care [Internet]. [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
37. Hughes MT, Smith TJ. The Growth of Palliative Care in the United States. Annual Review of Public Health. 2014 Mar 18;35(Volume 35, 2014):459–75.
38. Europski dan palijativne skrbi 2024. [Internet]. [cited 2024 Jul 13]. Available from: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/europski-dan-palijativne-skrbi-2024-g/>
39. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. Palliat Care. 2017 Jan 1;10:1178224216688887.
40. view.pdf [Internet]. [cited 2024 Jul 8]. Available from: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/djkbfp%3A255/datastream/PDF/view>

41. Vočanec D, Džakula A, Lončarek K, Sović S, Rechel B. Integration processes within the Croatian palliative care model in 2014 – 2020. *Health Policy*. 2022 Mar 1;126(3):207–15.
42. Davis MP, Hui D. Quality of Life in Palliative Care. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2017;2(6):293–302.
43. Roscoe LA, Schocken DD. Measuring Quality of Life at the End of Life. In: Preedy VR, Watson RR, editors. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures* [Internet]. New York, NY: Springer; 2010 [cited 2024 Jul 19]. p. 2687–703. Available from: https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_157
44. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res*. 2019 Oct 1;28(10):2641–50.
45. Issues C on ADAKE of L, Medicine I of. The Delivery of Person-Centered, Family-Oriented End-of-Life Care. In: *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life* [Internet]. National Academies Press (US); 2015 [cited 2024 Jul 19]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285676/>
46. van Roij J, Raijmakers N, Ham L, van den Beuken-van Everdingen M, van den Borne B, Creemers GJ, et al. Quality of life and quality of care as experienced by patients with advanced cancer and their relatives: A multicentre observational cohort study (eQuiPe). *European Journal of Cancer*. 2022 Apr 1;165:125–35.
47. Forycka M, Liberacka-Dwojak M, Leppert W, Suchecki P, Suchecka N, Ast B. Psychological Factors Influencing Attitudes towards Euthanasia, Assisted Suicide and Palliative Care among Medical Students and Doctors in Training. *Healthcare*. 2024 Jan;12(8):833.
48. Brovecki A, Curkovic M, Nikodem K, Oreskovic S, Novak M, Rubic F, et al. Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC Med Ethics*. 2022 Feb 17;23(1):13.

Popis tablica

Tablica 7.6.1. Odgovori na tvrdnje (N=250)

Tablica 7.6.2. Deskriptivna obilježja varijable stavova o eutanaziji

Tablica 7.6.3. Razlika između medicinskih sestara/tehničara i liječnika/ica u stavovima o eutanaziji

Tablica 7.6.4. Razlika u stavovima o eutanaziji ovisno o razini obrazovanja zdravstvenih djelatnika

Tablica 7.6.5. Razlika u stavovima o eutanaziji ovisno odnosu prema vjeri kod zdravstvenih djelatnika

Prilog

Poštovani,

pred Vama se nalazi anketni upitnik na temu „Stavovi i mišljenja zdravstvenih djelatnika o eutanaziji“. Dobiveni rezultati koristiti će se u svrhu izrade diplomskog rada na diplomskom studiju sestrinstva na Sveučilištu Sjever pod mentorstvom dr.sc. Karla Houre. Upitnik je anonimn i sudjelovanje u istom je dobrovoljno. Molim da upitnik ispunjavaju isključivo liječnici/liječnice i medicinske sestre/tehničari koji su u radnom odnosu.

Unaprijed se zahvaljujem na izdvojenom vremenu. U slučaju dodatnih pitanja slobodno me kontaktirajte na e-mail: kabenic@unin.hr

Srdačan pozdrav!

Karla Benić, bacc. med. techn.

Diplomski sveučilišni studij sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu

Odjel za sestrinstvo

Sveučilište Sjever

Eutanazija se definira kao ubrzavanje smrti pacijenata kako bi se spriječile daljnje patnje. Aktivna eutanazija odnosi se na namjerni čin, kako bi se okončao život neizlječivo ili terminalno bolesnog pacijenta dok se pasivna eutanazija odnosi na uskraćivanje ili prekid liječenja koje je neophodno za održavanje života.

Starosna dob?

18 – 25 godina

26 – 35 godina

36 – 45 godina

46 – 55 godina

56 – 65 godina

Spol ?

Muško

Žensko

Zanimanje?

Medicinska sestra/tehničar

Liječnik/liječnica

Razina obrazovanja?

SSS

VŠS

VSS

Godine radnog staža?

< 5 godina

5 - 10 godina

11 – 20 godina

21 – 30 godina

> 30 godina

Odnos prema vjeri?

Religiozna osoba

Nereligiozna osoba

Ne želim se izjasniti

Tvrdnje:

Molim Vas da pažljivo pročitate sljedeće tvrdnje te koristeći skalu, naznačite stupanj Vašeg slaganja s tvrdnjama. Odaberite broj (1-5) za svaku tvrdnju. Brojevi označuju stupanj slaganja na sljedeći način:

1 - U potpunosti se ne slažem

2 - Ne slažem se

3 - Niti se slažem niti se ne slažem

4 - Slažem se

5 - U potpunosti se slažem

Svaka osoba u terminalnoj fazi bolesti ima pravo odlučiti želi li nastaviti živjeti ili ne
Eutanazija bi trebala biti dozvoljena u današnje vrijeme

Ne postoje slučajevi kada je eutanazija prihvatljiva

Oduzimanje ljudskog života je ne prihvatljivo neovisno o okolnostima

Na odluke o eutanaziji utječu vjerska uvjerenja

Moja osobna vjerska uvjerenja se protive eutanaziji

Smatram da samo Bog ima pravo oduzeti život

Smatram da uvijek postoji šansa za ozdravljenjem

Eutanazija je prihvatljiva u slučajevima kada više ne postoji šansa za oporavak
pacijenta

Eutanazija je prihvatljiva kada je pacijent stare životne dobi

Dužnost zdravstvenih djelatnika je prolongirati život, ne oduzeti ga

Smatram da bi eutanazija trebala postati legalna u Republici Hrvatskoj

Ukoliko bi se eutanazija legalizirala u Republici Hrvatskoj otvorio bi se prostor za
zlouporabu eutanazije

Pristao/la bih na eutanaziju da se radi o meni

Pristao/la bih na eutanaziju da se radi o članu moje obitelji

Veća usmjerenost na kontrolu boli pacijenta umanjila bi potrebu za eutanazijom

Veća usmjerenost na poboljšanje kvalitete života pacijenta umanjila bi potrebu za eutanazijom

Smatram da bi pacijent ili obitelj pacijenta koji se odluče na eutanaziju bili diskriminirani od strane zdravstvenih djelatnika i okoline

Vaš komentar/mišljenje na temu:

Sveučilište Sjever

UNIVERSITY
NORTH

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički 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, Karla Benić, punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada pod naslovom Stavovi i mišljenja zdravstvenih djelatnika o eutanaziji te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Karla Benić



(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.