

Razlike stavova studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija o eutanaziji i pravu bolesnika na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti

Dokoza, Antonia

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:887830>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonia Dokoza

**RAZLIKE STAVOVA STUDENATA ZDRAVSTVENIH I
NEZDRAVSTVENIH STUDIJA O EUTANAZIJI I PRAVU
BOLESNIKA NA SUODLUČIVANJE O POSTUPCIMA
LIJEČENJA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI**

Diplomski rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonia Dokoza

**RAZLIKE STAVOVA STUDENATA ZDRAVSTVENIH I
NEZDRAVSTVENIH STUDIJA O EUTANAZIJI I PRAVU
BOLESNIKA NA SUODLUČIVANJE O POSTUPCIMA
LIJEČENJA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI**

**DIFFERENCES IN THE ATTITUDES OF STUDENTS OF
HEALTH AND NON HEALTH STUDIES ABOUT
EUTHANASIA AND THE PATIENT'S RIGHT TO CO-
DECISION ABOUT TREATMENT PROCEDURES IN THE
TERMINAL PHASE OF THE DISEASE**

Diplomski rad / Master's Thesis

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Iris Jerončić Tomić

Split, 2023.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

DIPLOMSKI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Diplomski studij sestrinstva

Znanstveno područje: biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor: izv.prof.dr.sc. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

RAZLIKE STAVOVA STUDENATA ZDRAVSTVENIH I NEZDRAVSTVENIH STUDIJA O EUTANAZIJI I PRAVU BOLESNIKA NA SUODLUČIVANJE O POSTUPCIMA LIJEČENJA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI

Antonia Dokoza, 11249

Sažetak

Cilj: Cilj istraživanja je ispitati stavove studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija o eutanaziji i pravu bolesnika na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti, te povezanost stavova s određenim osobinama ispitanika.

Metode i ispitanici: Istraživanjem su ispitani stavovi 289 studenata svih godina odabranih zdravstvenih i nezdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. Podaci su prikupljeni anonimnim anketnim upitnikom koji obuhvaća sociodemografske podatke o ispitanicima, skalu stavova o pasivnoj eutanaziji i skalu stavova o pravu pacijenta na suodlučivanje o postupcima liječenja.

Rezultati: Stavovi studenata prema eutanaziji su pozitivniji u situacijama kada se poštuje autonomija i sloboda izbora pacijenta, odnosno kad on sam donosi odluku o prekidu vlastitog života. Značajan dio ispitanika bio je neodlučan, odnosno suzdržan od odlučujućeg odgovora po pitanju eutanazije djece i pacijenata u vegetativnom stanju. Statistički značajan utjecaj na stavove ispitanika o pasivnoj eutanaziji imaju religioznost i politički svjetonazor. Ispitanici u vrlo visokom postotku podržavaju pravo pacijenta na suodlučivanje o postupcima liječenja. Nema razlike u stavovima između studenata prve i završnih godina studija po pitanju prava pacijenta na suodlučivanje, no studenti zdravstvenih studija imaju pozitivnije stavove u odnosu na studente nezdravstvenih studija. Statistički značajan utjecaj na stavove o pravu pacijenta imaju religioznost i spol.

Zaključci: Istraživanje ukazuje na potrebu multidisciplinarnog pristupa eutanaziji i pravu pacijenata na suodlučivanje, te pridonosi potrebnoj većoj javnoj raspravi o ovoj problematici.

Ključne riječi: (pasivna) eutanazija; pravo pacijenta na suodlučivanje; stavovi; studenti zdravstvenih studija; studenti nezdravstvenih studija

Rad sadrži: 63 stranica, 1 slika, 20 tablica, 1 prilog, 47 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

MASTER THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Graduate Study of Nursing

Scientific area: biomedicine and health

Scientific field: clinical medical science

Supervisor: associate professor Ph.D. Iris Jerončić Tomić, dr. med.

DIFFERENCES IN THE ATTITUDES OF STUDENTS OF HEALTH AND NON HEALTH STUDIES ABOUT EUTHANASIA AND THE PATIENT'S RIGHT TO CO-DECISION ABOUT TREATMENT PROCEDURES IN THE TERMINAL PHASE OF THE DISEASE

Antonia Dokoza, 11279

Summary

Objective: The aim of the research is to examine the student's attitudes of health and non-health studies about euthanasia and the patient's right to co-decision about treatment procedures in the terminal phase of the disease, and the connection of attitudes with certain characteristics of the respondents.

Methods and respondents: The research examined the attitudes of 289 students from various years of chosen health and non-health studies at the University of Split. The data were collected using an anonymous questionnaire that includes sociodemographic data about respondents, a scale of attitudes about passive euthanasia and a scale of attitudes about the patient's right to co-decision about treatment procedures.

Results: Students' attitudes towards euthanasia are more positive in situations where the patient's autonomy and freedom of choice are respected, i.e. when he himself makes the decision to end his own life. A significant part of the respondents were indecisive, or abstained from giving a decisive answer regarding the euthanasia of children and patients in a vegetative state. Religiosity and political worldview have a statistically significant influence on respondents' attitudes about passive euthanasia. A very high percentage of respondents support the patient's right to co-decide on treatment procedures. There is no difference in attitudes between students of the first and final years of studies regarding patients' right to co-decision, but students of health studies have more positive attitudes compared to students of non-health studies. Religiosity and gender have a statistically significant influence on attitudes about patient rights.

Conclusion: The research points out the need for a multidisciplinary approach to euthanasia and the patients' right to co-decision, and contributes to the larger public debate on this issue.

Keywords: (passive) euthanasia; the patient's right to co-decision; attitudes; students of health studies; students of non-health studies

Thesis contains: 63 pages, 1 figure, 20 tables, 1 supplement, 47 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. DEFINICIJA I RAZVOJ EUTANAZIJE KROZ POVIJEST	2
1.2. PODJELA EUTANAZIJE.....	5
1.3. ZAKONSKA REGULATIVA O EUTANAZIJI U RH I EUROPI	7
1.4. TERMINALNA FAZA BOLESTI I PALIJATIVNA SKRB.....	11
1.5. PRAVO BOLESNIKA NA SUODLUČIVANJE O POSTUPCIMA LIJEČENJA	14
1.6. ARGUMENTI ZA I PROTIV	16
2. CILJ RADA.....	18
2.1. HIPOTEZE	18
3. IZVORI PODATAKA I METODE.....	19
3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA	19
3.2. ISPITANICI.....	19
3.3. METODE ISTRAŽIVANJA	19
3.4. STATISTIČKA OBRADA.....	20
3.5. ETIČKA PITANJA I POVJERLJIVOST PODATAKA	20
3.6. PROCJENA ZNANSTVENOG DOPRINOSA.....	21
4. REZULTATI	22
5. RASPRAVA.....	39
6. ZAKLJUČCI	44
7. LITERATURA	46
8. ŽIVOTOPIS	51

1. UVOD

Razvoj znanosti i tehnologije, naročito na medicinskom i farmakološkom polju, omogućuje sve duže održavanje i produžavanje života, bilo da se radi o kroničnim ili neizlječivim pacijentima kojima se odgađa trenutak smrti. Sukladno tome, povećavaju se očekivanja i zahtjevi pacijenata i njihovih bližnjih prema zdravstvenim djelatnicima i suvremenoj medicini općenito. Nekadašnji paternalistički odnos liječnik-pacijent mijenja se u partnerski gdje se pacijenta uključuje u proces donošenja složenih odluka o postupcima liječenja, posebno u terminalnoj fazi bolesti. U posljednjem stadiju života pacijenti, njegovi bližnji i zdravstveni djelatnici često su suočeni s mnogobrojnim dilemama, posebno ako pacijent pati i trpi neizdržive bolove. U situacijama kad nema nikakve nade u izlječenje, pacijentu se može olakšati patnja ubrzavanjem procesa umiranja, može se inzistirati na terapiji i održavanju života produžujući agoniju umiranja, ili omogućiti mu kvalitetnu palijativnu skrb (1). Eutanazija je moralno i etički osjetljiva tema gdje se sukobljavaju različite osobne karakteristike i uvjerenja, te vjerski, medicinski, pravni, politički i etički aspekti. Analiza literature suprotstavlja načela u korist eutanazije kao što su kvaliteta života i autonomija, te s druge strane načela protiv: neprirodna smrt i svetost života (2).

Iako po pitanju eutanazije nema jednostavnog odgovora i moralno prihvatljivog rješenja, u Hrvatskoj se uočava nedostatak istraživanja o stavovima prema eutanaziji i pravu pacijenta na suodlučivanje u postupcima liječenja, kao i o ulozi određenih prediktora u predviđanju istih. S obzirom na to da se aktivna eutanazija u smislu namjernog okončanja života primjenom smrtonosne supstance u svijetu rijetko pojavljuje i odobrava, u ovom radu ispitat će se stavovi studenata o pasivnoj eutanaziji koja se odnosi na izostanak medicinskih mjera potrebnih za održavanje života, te stavovi o pravu pacijenta na suodlučivanje u postupcima liječenja. Ispitat će se i koliko su stavovi ispitanika o eutanaziji povezani s njihovim osobinama kao što su spol, samoprocjena religioznosti, politički svjetonazor, te osobno iskustvo s eutanazijom i skrbi za umiruću osobu.

1.1. DEFINICIJA I RAZVOJ EUTANAZIJE KROZ POVIJEST

Eutanazija je diskutabilna tema tijekom cijele povijesti i teško ju je prihvatiti kao nešto pozitivno, posebno zato što većina ljudi smrt shvaća kao gubitak. Etimološki, riječ eutanazija potječe od starogrčkih riječi *eu*-dobro, lijepo i *thanatos*-smrt, te se prvi put kao takva spominje u filozofskim spisima Francisa Bacona *Napredak znanosti* iz 1605.g.: "smatram da je liječnička služba ne samo da obnovi zdravlje, već i da ublaži bol i nevolje; i ne samo kada takvo ublažavanje može dovesti do oporavka, već i kada može poslužiti za pošten i lak prolaz. Jer to nije mala sreća koju je August Cezar običavao sebi poželjeti, ta ista eutanazija." Definiranje eutanazije obuhvaća mnogobrojne izraze kao što su umjetno izazivanje blage smrti, gašenje života bez bolova, samilosno usmrćivanje, olakšavanje smrtne muke, oduzimanje života neizlječivom bolesniku na lak i bezbolan način...što često dovodi do konfuzije i terminološke neujednačenosti. S druge strane, različite zemlje svijeta imaju različite nazive za zakone koji reguliraju eutanaziju: zakon o prestanku života, zakon o eutanaziji, smrt s dostojanstvom, zakon o opciji na kraju života, zakon o medicinskoj pomoći pri umiranju... No, sva određenja, bilo pravna, medicinska ili lingvistička, usuglašena su u jednom: uklanjanje boli i patnje (3, 4). Prema rječniku pojmova Svjetske zdravstvene organizacije iz 2004.g., eutanazija se definira kao namjerna radnja pojedinca s ciljem bezbolnog usmrćivanja ili nesprječavanje smrti kod prirodnih uzroka, u slučaju neizlječive bolesti ili nepovratne kome (5). Prema Turković i sur. (2010.) eutanazija je svako usmrćivanje drugoga u teškom zdravstvenom stanju kako bi ga se oslobodilo nepodnošljive patnje (6). U hrvatskoj znanstvenoj literaturi najcitiranija definicija eutanazije je iz knjige *Granice rizika* dr. Zvonimira Šeparovića: "Eutanazija je namjerno skraćivanje života neizlječivom bolesniku ili unesrećenoj osobi, radi skraćivanja patnji, ili općenito usmrćivanje (drugog) iz nekog humanog razloga." (7). Mišljenje Katoličke crkve je kako su ubrzavanje smrti iz samilosti ili produžavanje procesa umiranja, te svaki oblik neuvažavanja svetosti života – moralno neopravdani i neprihvatljivi, a liječnici i svo zdravstveno osoblje u takvim situacijama trebaju težiti učinkovitoj terapiji i palijativnoj skrbi (1).

Eutanazija nije fenomen modernog doba. Vjerovanja i običaji vezani za umiranje i smrt mijenjala su se tijekom povijesti pod utjecajem društvenih, okolišnih, vjerskih i duhovnih čimbenika. To su teme o kojima se raspravlja i promišlja od samih početaka čovječanstva. Kako bismo mogli razumjeti današnji položaj eutanazije i uopće raspravljati o ovoj temi, bitno je razumjeti i povijesnu progresiju stavova prema eutanaziji (8).

Prema istraživanjima, eutanazija se kao pojam spominje u starogrčkoj literaturi tek nekoliko puta označavajući čovjekovu želju i težnju za što bezbolnijom i bržom smrću koja se ionako ne može izbjeći, te brigu i njegu za umiruće kako bi im se olakšalo umiranje pri tome poštivajući život i prirodni tok smrti. U spisima Sokrata, Cicerona i Augusta Oktavijana zaziva se laka i dostojanstvena smrt, bez bolova, u smirenoj i pobožnoj tišini, nigdje ne zazivajući blagu smrt koju si netko sam ili mu drugi zadaje. Nasuprot njima, nosioci stoičke filozofije smatrali su samoubojstvo herojskim činom pred besmislenim životom, koji takav može postati i zbog invaliditeta i neizlječive bolesti. Seneka u svojim spisima navodi kako se bolje ubiti nego zbog bolesti postati onemoćan i živi mrtvac, a zalagao se i za utapanje monstruoze djece (9).

Tijekom srednjeg vijeka znanost, medicina i umjetnost bile su pod upravom katolicizma, a zbog težnje religioznosti samoubojstvo i okončavanje patnje terminalnim bolesnicima nisu bili dozvoljeni. Veličali su se fizička bol i patnja jer su smatrali da na taj način bog čisti grijeh. S druge strane, teško ranjene neprijatelje u borbama se ubijalo kako bi se smanjila njihova patnja i to su nazivali "ubijanjem iz milosrđa" (4).

Za vrijeme renesanse znanost i medicina se bude i okreću čovjeku, a razvila se tzv. struja razmišljanja *ars moriendi* ili umijeće umiranja po kojoj se herojstvo tražilo u svemu, pa i u umiranju. Ta ideja krenula je djelom *Utopia* Thomasa Morea u kojem on navodi kako u slučaju neizlječive bolesti ili trajne patnje, svećenici i vlast nagovaraju bolesnika (koji je sam sebi nepodnošljiv i drugima na teret) da "oslobodi" sam sebe takvog života ili dozvoli drugome da ga "oslobode". Ako bolesnik takav prijedlog odbije, nastavit će biti njegovan, no ako se "oslobodi" bez znanja i odobravanja vlasti i svećenika, ne smije biti pokopan nego bačen u neku močvaru (9). Drugim riječima, umirućem je bilo potrebno pružiti svu raspoloživu pomoć i skrb kako bi se ostvarila dostojanstvena smrt bez patnje. U slučaju iznimne patnje umirućem se predlagalo

uskraćivanje hrane ili davanje smrtonosnog lijeka, uz dopuštenje samog pacijenta, te vlasti i svećenstva. U tom razdoblju eutanazija je dobila svoje današnje značenje, a smrt se počela smatrati posljednjim životnim činom (4).

Devetnaesto i početak dvadesetog stoljeća obilježeni su značajnim napretkom u medicini, te se javljaju prvi pokreti koji podržavaju eutanaziju. Albert Jost objavljuje 1895.g. knjigu *Pravo na smrt*, a filozof i nobelovac Wilhelm Oswald 1913.g. objavljuje članak pod nazivom *Pravo na eutanaziju*, što je dovelo do povećanja zahtjeva za istom. Njemački biolog Ernst Haeckel 1904.g. zahtijevao je eliminaciju ljudi s neizlječivim i kroničnim bolestima, te pravno ozakonjenje eutanazije. Od strane znanstvenika i pravnika šire se ideje o životu vrijednom i nevrijednom življenja, te svijest beznačajnosti pojedinačnog života naspram interesa cjeline. Teško bolesni, neizlječivi i duševni bolesnici kategoriziraju se kao nevrijedni, tzv. balast-egzistencije, te su samim time kandidati za eliminaciju. Godine 1922. u Sovjetskom savezu uvedena je zakonska odredba o nekažnjavanju eutanazije, pri čemu je strijeljano 117 djece. Zakon je povučen iste godine (9).

Ideja o životu nevrijednom življenja doživjela je svoj vrhunac za vrijeme Drugog svjetskog rata i Adolfa Hitlera u nacističkoj Njemačkoj. Širila se eutanazijska propaganda preko posebno osmišljenih filmova, novina i školskih udžbenika gdje se eutanazija predstavljala kao nešto poželjno, a intelektualno utemeljenje nacističkim programima leži u djelu *Dozvola za uništavanje bezvrijednog života* njemačkih liječnika i profesora Alfreda Hochea i Karla Bindinga. U tajnosti i ilegalno provodilo se odvođenje neizlječivih i duševnih bolesnika u plinske komore, te usmrćivanje djece i mladeži s nasljednim nedostacima, a posebne akcije uključivale su usmrćivanja rasno nepoželjnih i ekonomsko neupotrebljivih. Procjenjuje se kako je na taj način ubijeno preko 270 tisuća ljudi (10, 11).

Iako su zlodjela u nacističkoj Njemačkoj počinjena za vrijeme Drugog svjetskog rata pod krinkom eutanazije osuđena od strane cijelog svijeta, ona je i dalje bez prestanka predmetom mnogobrojnih rasprava i istraživanja. Devedesetih godina 20-og stoljeća Jack Kevorkian, tzv. "doktor smrti" bio je jedan od najglasnijih zagovornika eutanazije u svijetu. Prema njegovim izjavama, pomogao je u eutanaziji preko 100 pacijenata, a imao je posebno dizajniran VW-kombi – stroj za samoubojstvo, koji je

služio za samootrovanje ugljičnim monoksidom. Svojim postupcima često je provocirao javnost i manipulirao medijima, te je jednom prilikom snimio video koji prikazuje svaki njegov postupak pri ubojstvu iz milosrđa i sam trenutak smrti pacijenta koji je bolovao od ALS-a. S tom snimkom se pojavio u informativnom programu nacionalne televizije, pri čemu su se od njega distancirale i udruge koje su se također borile za pravo na eutanaziju (12).

1.2. PODJELA EUTANAZIJE

Osnivačica prvog modernog hospicija u Londonu 1967., Cicely Saunders, tvrdila je da pacijenti koji dobivaju adekvatnu hospicijsku skrb, ne traže eutanaziju. Iznimni su slučajevi pacijenti koji su doživjeli teške psihičke traume ili imaju psihijatrijske dijagnoze. Jedan od argumenata pri legalizaciji eutanazije u Australiji bio je i kako su pacijenti izloženi velikim patnjama jer na 10 000 km ne postoji ni jedan hospicij (13).

S obzirom na uzrok smrti i ulogu koju liječnik ima u tom procesu, eutanazija se klasificira kao aktivna i pasivna. Upravo u Australiji je 1995. izvršena prva legalna aktivna eutanazija u povijesti. To je planirani postupak kojim liječnik/zdravstveni djelatnik namjerno okončava život neizlječivo bolesne osobe primjenjujući smrtonosno sredstvo s ciljem što bržeg izazivanja smrti. Po pitanju kontrole smrti i pomoći pri umiranju, koristi se i pojam *asistirano samoubojstva uz pomoć liječnika/zdravstvenog djelatnika* koji namjerno pomaže pacijentu počiniti samoubojstvo na način da mu prepíše smrtonosni lijek koji pacijent sam uzima kada želi umrijeti, ili ga pak savjetuje kako okončati život.

Pasivna eutanazija definira se kao namjerni prekid medicinskih mjera ili uskraćivanje liječenja koje je potrebno za održavanje života (nedavanje lijekova, isključenje aparata koji pacijenta održavaju na životu) (14). Prema mišljenju pojedinih autora, kao takva je dozvoljena u Hrvatskoj uz objašnjenje da nema kršenja pravne norme ako liječnik odustane od medicinskog tretmana uz pacijentov informirani pristanak, te da je samovoljno liječenje kazneno djelo (6). Postupci suprotni pasivnoj eutanaziji, pri kojima se inzistira na liječenju koje opterećuje pacijenta i ne pruža

razumnu nadu, te mu ne donosi olakšanje i poboljšanje nazivaju se distanazija. Prema hospicijskim načelima, pasivna eutanazija trebala bi se bazirati na neagresivnoj i simptomatskoj terapiji (naročito kod ublažavanja neizdrživih bolova), čime se dozvoljava pacijentu da "umre od svoje bolesti" (13).

Podjela eutanazije na aktivnu i pasivnu često je kritizirana od znanstvenika i filozofa, prije svega zbog konceptualne problematike istih. Prema Hooyman i Kiyak mišljenje je šire javnosti i stručnjaka da je aktivna eutanazija, odnosno izravno poticanje smrti, gore nego uskraćivanje beskorisnog liječenja koje se poistovjećuje s pasivnom eutanazijom (15). U svom eseju *Aktivna i pasivna eutanazija* američki filozof James Rachels kritizira takvu podjelu ističući sljedeće argumente: u mnogim slučajevima aktivna eutanazija je humanija (npr. kod dugotrajnog i bolnog raka grla); pri ovoj podjeli javljaju se potpuno nebitni razlozi na kojima se temelji odluka o životu ili smrti (npr. neobavljanje jednostavne operacije duodenalne opstrukcije djeteta s Downovim sindromom što za posljedicu ima njegovu smrt); nema moralne razlike između aktivne radnje i puštanja da se umre (npr. utopiti šestogodišnjeg rođaka zbog dobivanja nasljedstva ili gledati ga kako se utapa i ne poduzeti ništa iz istog razloga); argumenti kojima se opravdava podjela nisu valjani (npr. "doktor ne radi ništa" isto je i što "pušta da osoba umre") (16).

U literaturi postoji podjela i s obzirom na postojanje izražene volje, tj. pristanka osobe. U tom slučaju govorimo o dobrovoljnoj (*voluntary*), nedobrovoljnoj (*non-voluntary*) i eutanaziji protiv volje (*involuntary*). Kod dobrovoljne eutanazije, pacijent sam izrazi želju za prekidom života, bilo u trenutcima boli i patnje ili unaprijed ako će se naći u situaciji da neće moći izraziti svoju volju, i sukladno tome liječnik namjerno prekida život osobi dajući joj smrtonosnu supstancu. U situacijama kada pacijent nije u zdravstvenom stanju samostalno donijeti odluku o prekidu života i dati informirani pristanak (npr. kada je pacijent u komi, vegetativnom stanju ili je dijete), već to u njegovo ime učini netko drugi, govorimo o nedobrovoljnoj eutanaziji (17). Nedobrovoljnom eutanazijom smatra se i pristanak izveden iz hipotetičke volje pojedinca pri čemu se uzimaju u obzir njegove prije izražene želje, vrijednosti i uvjerenja, te dotadašnji način života. Eutanazija djece i maloljetnika koja isto spada u nedobrovoljnu, ilegalna je u cijelom svijetu osim u Belgiji i Nizozemskoj, i to u

posebnim situacijama sukladno Groningenskom protokolu (6). Naime, Eduard Verhagen, direktor pedijatrijskog odjela na Sveučilišnom medicinskom centru Groningen, napisao je 2004.g tekst s kriterijima koje liječnici mogu primjenjivati bez straha od kaznenog progona. Prema njemu, ako se pravilno tumači i regulira, Groningenski protokol služi najboljim interesima neizlječivo bolesnog djeteta. Dojenčad i novorođenčad nad kojima se primjenjuje navedeni protokol podijeljena je u 3 skupine. Prva su bez šansi za preživljavanje unatoč njezi najsuvremenijim metodama (npr. hipoplazija pluća i bubrega). Dojenčad i novorođenčad u drugoj skupini ovisna je o intenzivnoj njezi i ima vrlo lošu prognozu (teške abnormalnosti mozga, oštećenja organa zbog hipoksije). Zadnja skupina su dojenčad s beznadnom prognozom, te vrlo lošom kvalitetom života povezanom s dugotrajnom patnjom (npr. najteži oblik spine bifide). Navedeni protokol se primjenjuje kad su i liječnici i roditelji djeteta usuglašeni da je smrt humanija od nastavka života (18, 19).

Eutanazija protiv volje ili prisilna, postoji kao pojam, ali u praksi uvijek je ilegalna i smatra se ubojstvom. Ovakav oblik eutanazije proveden je za vrijeme Drugog svjetskog rata u sklopu nacističkog programa T4 pri čemu su ubijene na tisuće osoba čiji životi "nisu bili vrijedni življenja". Zbog strahota počinjenih tada, termin eutanazija se u Njemačkoj ne koristi ni danas (6).

1.3. ZAKONSKA REGULATIVA O EUTANAZIJI U RH I EUROPI

Pravno, eutanazija se može regulirati na tri načina. Prvo, ako u Kaznenom zakonu nema posebnih odredbi vezanih za eutanaziju, ona se smatra ubojstvom, a najčešće je zastupljena u nerazvijenim zemljama. Drugi način je inkriminirati eutanaziju kao privilegirano ubojstvo što uključuje pristanak teško bolesne osobe da bude eutanazirana, te motive suosjećanja jer osoba pati. Treća opcija je legalizacija eutanazije posebnim zakonom pri čemu su propisani točni uvjeti i okolnosti provođenja iste. U Europi takav zakon su prve uvele Nizozemska, Belgija i Luksemburg, te od 2021.g. Španjolska i Portugal (3).

Godine 1984. u Nizozemskoj je uvjetno prihvaćena eutanazija, a za izvršenje trebali su biti zadovoljeni sljedeći kriteriji: priložena povijest bolesti, sam pacijent je trebao jasno sastaviti zahtjev za okončanjem života (u suprotnom, liječnik treba obrazložiti zašto zahtjeva nema), konzultaciju s pacijentom trebao je obaviti drugi neovisni liječnik, te su trebala biti opisana sredstva kojima će se obaviti eutanazija. Ni jednom liječniku nije suđeno za izvršavanje eutanazije po navedenim kriterijima. Osamnaest godina kasnije, Nizozemska postaje prva država u svijetu koja je legalizirala eutanaziju i to *Zakonom o okončanju života na zahtjev i asistiranom suicidu* koji liječniku omogućuje nekažnjivo izvršenje eutanazije i potpomognutog samoubojstva ako punoljetan pacijent trpi nepodnošljive bolove koji se ne mogu olakšati, te ne postoji alternativno rješenje za njegovu situaciju. Zahtjev treba biti dobrovoljan, a pacijent informiran o svom stanju nakon čega nezavisni liječnik pregledava pacijenta i potvrđuje ispunjenje svih potrebnih kriterija. Istraživanja pokazuju kako su s vremenom pacijenti počeli gubiti povjerenje u nizozemske liječnike i javio se strah od mogućnosti provođenja eutanazije bez njihova znanja i dopuštenja, te su neki čak odbijali zdravstvenu njegu u Nizozemskoj i odlazili u susjedne zemlje gdje je eutanazija zabranjena. Isto tako, zabilježeni su slučajevi liječnika koji se pozivaju na priziv savjesti i odbijaju izvršenje eutanazije i potpomognutog samoubojstva. Velikoj potpori javnosti pridonosi i činjenica da se djecu od srednje škole u sklopu kurikuluma uči prihvaćanju eutanazije i poštivanju onih koji žele okončati svoj život (20).

Belgija (2002.g.) i Luksemburg (2009.g.) uvode sličan zakon i način provođenja eutanazije punoljetnih osoba kao i Nizozemska. Godine 2014. Belgija postaje prva država u svijetu koja dozvoljava usmrćivanje bez obzira na dob, unatoč otvorenom pismu pedijataru koji takav zakon smatraju nepotrebnim, s obzirom na to da je medicina toliko napredovala da se djeci može omogućiti život bez patnje do samog trenutka smrti. Naglašavali su i činjenicu kako nikad maloljetni pacijent nije svjesno izrazio želju za prekidom života. Iste godine Parlamentarna skupština Vijeća Europe oštro je osudila ozakonjenje dječje eutanazije. Belgijski mediji navode kako su u 2018.g. imali u prosjeku 6 slučajeva eutanazije dnevno, a provedena istraživanja pokazuju kako, nažalost, doneseni zakoni izmiču kontroli, te je čak 32% slučajeva obavljeno bez zahtjeva pacijenta (11).

Nakon višegodišnjih zakonodavnih pokušaja, u ožujku 2021. g. odobren je zakon kojim su eutanazija i potpomognuto samoubojstvo legalizirani u Španjolskoj. Nakon provođenja anketa, kako među zdravstvenim djelatnicima, tako i među širom javnošću, uočen je porast interesa za ovu problematiku i otvorenost za njeno prihvaćanje. Zakon precizira kako nije samo dovoljno dekriminalizirati eutanaziju, već dati veću zaštitu i jamstvo i pacijentu koji traži eutanaziranje i osobi koja istu provodi. Legalizacijom, španjolski pravni sustav uvodi individualno pravo na zahtijevanje i dobivanje potrebne pomoći oko umiranja. Kako bi osigurali ispravnost cijelog postupka, zakonom je određeno da Europska komisija provjerava svaki zahtjev prije i nakon samog postupka (za razliku od zakona ostalih zemalja gdje EK obavlja evaluaciju samo nakon provedenog postupka) (21).

Jedna od najpoznatijih zemalja svijeta po pitanju eutanazije, Švicarska, uopće nema posebno reguliran zakon po pitanju ove problematike. Ubojstvo na zahtjev je zabranjeno i kažnjivo, dok je pomaganje u samoubojstvu kažnjivo jedino ako je počinjeno iz sebičnih razloga. Dakle, eutanazija i potpomognuto samoubojstvo po švicarskom zakonu nisu legalni, no potpomognuto samoubojstvo je nekažnjivo ako nema dokaza o sebičnoj pobudi, i ne mora biti provedeno od strane medicinske struke. Isto tako, ne postoji uvjet postojanja terminalne i neizlječive bolesti za traženje zahtjeva za dobivanje smrtonosne supstance. Pacijent koji podnosi zahtjev mora biti sposoban za donijeti takvu odluku, osoba koja mu pomaže u provođenju toga ne smije imati sebičnih pobuda i mora biti altruistički nastrojena, te pacijent mora osobno izvršiti čin usmrćivanja. Ovakav oblik pomaganja u samoubojstvu široko je prihvaćen od strane švicarskog stanovništva koji se protivi mogućim ograničenjima po tom pitanju, zbog čega vlada odbija detaljnije pravno regulirati eutanaziju (22).

Temeljni dokumenti Opće deklaracije o ljudskim pravima Ujedinjenih naroda, te Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda Vijeća Europe ne poznaju pravo na smrt kao pravo svakog čovjeka, a pomaganje u samoubojstvu deklariraju kao povredu temeljnog prava - prava na život. Parlamentarna skupština Vijeća Europe usvojila je 1999. g. Preporuku 1418 Zaštita ljudskih prava i dostojanstva neizlječivih i terminalnih bolesnika kojom se preporučuje obustava terapije na zahtjev pacijenta. Taj postupak ne izjednačava se s eutanazijom ili potpomognutim samoubojstvom, već je

prepuštanje bolesti da ide svojim tokom. 2005.g na zasjedanju Skupštine u Strasbourgu odbijen je nacrt Rezolucije pomoći pacijentima na kraju života kojom se pokušalo sugerirati državama da objektivno analiziraju iskustva zemalja koje su legalizirale eutanaziju, da poduzmu korake kojima bi zajamčili pacijentima na kraju života određena prava (na informaciju, na zastupnika za medicinska pitanja, pravo odlučiti što učiniti sa sobom...), te da ne drže tu problematiku tabu temom zbog zastarjelih propisa i pravne nesigurnosti. Još uvijek ne postoji dokument koji bi uređivao pitanje terminalnih pacijenata i odluka na kraju života (6, 11).

Aktivna eutanazija u Republici Hrvatskoj nije dozvoljena. Prema čl.16.st.1. Zakona o zaštiti prava pacijenata: "Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegova zdravlja.", te taj članak ide u prilog pasivnoj eutanaziji i pravu na odbijanje liječenja (23), kao i čl.4. Kodeksa medicinske etike i deontologije. Prema njemu, osnovna zadaća liječnika je ublažavanje boli i patnje poštujući pacijentove želje i uvjerenja, a inzistiranje na intenzivnom liječenju pacijenta u terminalnoj fazi bolesti je neutemeljeno i isključuje pravo na dostojanstvenu smrt. Prema st.2. istog članka, eutanazija se kosi s medicinskom etikom, no želju pacijenta vezano za umjetno produžavanje života u terminalnoj fazi bolesti treba poštovati, u skladu s pozitivnim zakonskim propisima, ako je želja izražena pri punoj svijesti (24). Kazneni zakon RH tretirao je eutanaziju kao ubojstvo sve do 1998. godine. Od tada zakon predviđa kazneno djelo usmrćenja na zahtjev i kaznu zatvora od jedne do osam godina. Petnaest godina kasnije na snagu stupa Kazneni zakon koji prema čl.112.st.3. predviđa maksimalnu kaznu zatvora do 3 godine za usmrćivanje drugoga na njegov izričiti i ozbiljan zahtjev iz suosjećanja zbog teškog zdravstvenog stanja. Ista kazna se predviđa i ako se drugoga navede na samoubojstvo ili mu se u tome pomogne (čl.114.st.1.) (25).

1.4. TERMINALNA FAZA BOLESTI I PALIJATIVNA SKRB

Umiranje i smrt sastavni su dio života, no unatoč razvoju znanosti i društva, i dalje su tabu teme o kojima se nerijetko ne želi govoriti. Napredak medicinske znanosti značajno je pridonio produljenju života, no s druge strane, pridonio je i odgađanju smrti neizlječivih bolesnika. Medicinski izraz kojim se opisuje neizlječivi stadij bolesti, a daljnja aktivna terapija kojoj je pacijent podvrgnut ne donosi rezultate, naziva se terminalna faza bolesti. U većini slučajeva, u toj fazi pacijenti preminu unutar pola godine. Pacijente s aktivnom progresivnom i uznapredovalom bolešću liječi palijativna medicina, a zdravstvena njega je bazirana na kvaliteti, a ne dužini života. Za razvoj suvremenog hospicijskog pokreta zaslužna je Cicley Saunders, utemeljiteljica prve nastavno istraživačke hospicijske jedinice u Londonu 1967.g. Prepoznala je i odgovarala na potrebe terminalnih bolesnika, mijenjajući dotadašnje predrasude prema njima. Rad hospicija temeljio se na sljedećim načelima:

1. Naglasak na kvaliteti života: *"Vi ste važni zato što ste vi vi, i važni ste sve do posljednjeg trenutka svog života. Učinit ćemo sve što možemo, ne samo kako bismo Vam pomogli da mirno umrete nego i da živite mirno sve dok ne umrete."*

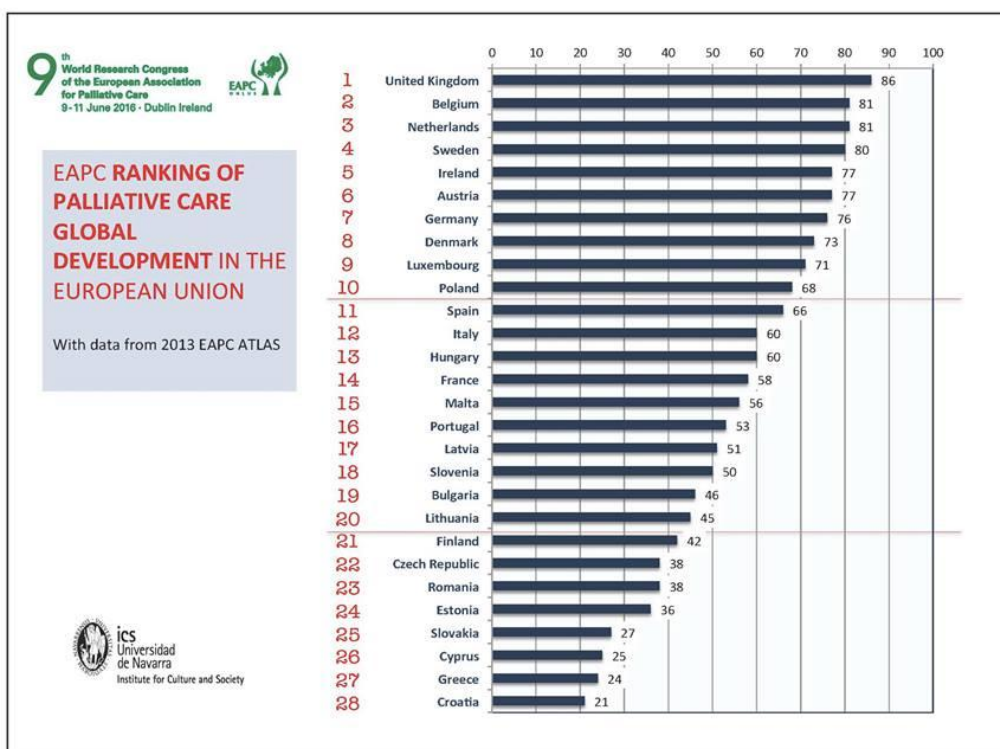
2. Koncept "totalne boli" podrazumijeva prihvaćanje boli kao fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne.

3. Razvoj kliničkih istraživanja i edukacija su temelj palijativne skrbi.

Kvaliteta života terminalno oboljelog pacijenta narušena je mnogobrojnim simptomima. Jedan od najprisutnijih simptoma kojeg se pacijenti najviše boje je bol: fizička, psihosocijalna i duhovna. Fizička bol je u modernoj medicini prepoznata, no patnja kao dio koncepta "totalne boli" još uvijek je zanemarena. Psihosocijalna i duhovna bol ili patnja, izazvane su strahom od nepoznatog i osjećaja bespomoćnosti, beznadnosti, samoće.... Svaka patnja osobna je i individualna, i kao takva treba biti i obrađena. Česti su i gastrointestinalni problemi poput mučnine, povraćanja, opstipacije i proljeva. Od respiratornih simptoma kod terminalnih bolesnika javljaju se dispneja, kašalj, hemoptiza i zatajenje disanja. Javljaju se anemija, venska tromboza, anoreksija, umor, dekubitus... (13, 26).

Svi simptomi, osim što su uznemirujući i za pacijente i za njihove bližnje, mogu postati nepodnošljivi i opterećujući. Moderna palijativna medicina može suzbiti simptome boli u više od 80% slučajeva ako se primjeni pravi analgetik, u pravoj dozi i u pravo vrijeme uz najmanje štetnih posljedica. U situacijama kada dostupna standardna terapija i njega nisu učinkoviti, ili pak izazivaju više negativnih učinaka, pribjegava se palijativnoj sedaciji kao opciji. Prema Europskoj udruzi za palijativnu skrb palijativna sedacija je nadzirana upotreba lijekova s namjerom izazivanja stanja smanjene ili potpuno odsutne svijesti kako bi se ublažila patnja terminalno bolesnog pacijenta. Primjenjuje se povremeno ili kontinuirano sve do smrti po jasno definiranim kliničkim smjernicama, a najčešće kod delirija, boli i dispneje (27). S druge strane, brojna istraživanja pokazuju kako pacijenti u terminalnoj fazi, osim adekvatnog liječenja boli, suosjećanje smatraju jednom od najvažnijih kvaliteta koje mogu imati članovi multidisciplinarnog tima. U trenucima beznađa, potrebno je da ih se sasluša, pokaže empatija, prisutnost, pažnja i solidarnost (28).

9. Istraživački kongres Europskog udruženja palijativne skrbi predstavio je 2016. godine ljestvicu razvoja palijativne skrbi zemalja Europske unije. Ispitivači su zemlje bodovali prema sljedećim kriterijima: kombinacijom postojanja usluga palijativne skrbi u zemlji (stacionarne jedinice i hospiciji, bolnički timovi i timovi kućne njege), te sposobnošću zemlje za razvoj daljih usluga palijativne skrbi u skoroj budućnosti (postojanje nacionalne udruge, akreditacije liječnika, prisustvovanje na ključnim konferencijama, količinu objavljenih publikacija o palijativnoj skrbi). Očekivano, najviši stupanj razvoja imala je zemlja u kojoj je hospicij i pokrenut šezdesetih godina 20. stoljeća – Velika Britanija s 86% od maksimalnog mogućeg rezultata. Slijede ju Belgija i Nizozemska s 81%, te Švedska sa 80%. Po postojanju usluga palijativne skrbi prednjače zemlje koje su među prvima legalizirale eutanaziju, Luksemburg i Belgija. Hrvatska se nalazi na zadnjem mjestu sa samo 21% (29).



Slika 1. Ljestvica razvoja palijativne skrbi u Europi

Izvor: <https://eapcnet.wordpress.com/2016/08/31/ranking-of-palliative-care-development-across-europe/>

Palijativna skrb zauzima stav kako je zahtjev za eutanazijom vapaj za boljom njegovom. Unatoč mnogobrojnim smjernicama utemeljenim na dokazima o pomoći pacijentima na kraju života, još uvijek je mnogo slučajeva umiranja nedostojnom smrću s nekontroliranim simptomima, te izostanak pravodobne psihološke pomoći kako pacijentu tako i članovima njegove obitelji. Prihvaćali eutanaziju ili ne, osigurati dobru smrt velik je izazov i za zdravstvene djelatnike i za društvo u cjelini. Medicina usmjerena na liječenje nevoljko postavlja dijagnozu "umiranja", te nastavlja s invazivnim postupcima i liječenjima koji ne donose poboljšanje zdravstvenog stanja. U teoriji, beskorisno liječenje pacijenata u terminalnoj fazi bolesti moglo bi se izbjeći postavljanjem dijagnoze umiranja i preusmjeravanjem skrbi na olakšavanje simptoma, no u praksi često se ne prepoznaju ključni simptomi umiranja, multidisciplinarni tim je neusuglašen oko odluka, javlja se nedostatak znanja, strah oko uskraćivanja liječenja, te popratna medicinsko-pravna, etička i vjerska pitanja (30).

1.5. PRAVO BOLESNIKA NA SUODLUČIVANJE O POSTUPCIMA LIJEČENJA

Pitanje života i zdravlja u primitivnim zajednicama pod utjecajem je običaja, duhova predaka i usmene predaje. U suvremenim društvima ta pitanja rješava pravni sustav s ciljem osiguranja ljudskog života, tijela, zdravlja i dostojanstva. Američki antropolog Robert Lowie još davne 1948. rekao je "*Pravo ima zube koji grizu. Čim je pravo organizirano, kad ga se krši, može se nešto učiniti i to s odobrenjem zajednice*". Definiranje medicinskog prava od iznimne je važnosti za suvremeno društvo kako bi se isto moglo poštivati u praksi. Izravnim i posrednim zakonima uređeni su odnosi u obavljanju medicinske zaštite, odnosno zaštita prava čovjeka na zdravlje i zdravstvenu zaštitu, odgovornosti i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija s ciljem zaštite njih samih i korisnika njihovih usluga, odnosno pacijenata. Jedan od predmeta zanimanja medicinskog prava je odnos između zdravstvenog djelatnika i pacijenta koji je uređen ne samo pravno, već i etički različitim deontološkim kodeksima. Zdravstveni djelatnik je pravno dužan pridržavati se načela medicinske etike čije kršenje je kažnjivo. Hrvatsko zakonodavstvo definiralo je pitanja prava pacijenata Zakonom o zaštiti prava pacijenata (ZOZPP), a u ovom radu osvrnut ćemo se na pravo pacijenta na suodlučivanje što obuhvaća pravo na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje dijagnostičkog i terapijskog postupka (31, 32).

Prema čl. 6. i čl. 8. ZOZPP-a, da bi pacijent suodlučivao o postupcima liječenja, pristao na njih ili ih odbio, mora biti potpuno obaviješten o svom zdravstvenom stanju na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta, ili izazvalo trajna oštećenja njegova zdravlja (čl. 16.). Prihvaćanje ili odbijanje postupka izražava potpisivanjem suglasnosti. Sukladno čl. 17. Zakona suglasnost potpisuje zakonski skrbnik ili zastupnik u slučajevima kad pacijent nije u mogućnosti sam napraviti isto (pacijenti bez svijesti, s težom duševnom smetnjom, poslovno nesposobni ili maloljetni). Ako zdravstveni djelatnik smatra kako odluke zakonskog skrbnika nisu u skladu s interesima i željama samog pacijenta, dužan je to prijaviti nadležnom centru za socijalnu skrb (23).

Liječnik je dužan dati pacijentu dovoljno pravovremenih i argumentiranih informacija da on kao laik može samostalno i objektivno donijeti odluku o prihvaćanju ili odbijanju medicinskih intervencija sa svim prednostima i rizicima koje one donose. Pri iznošenju informacija, liječnik mora postupati u najboljem interesu pacijenta i uvažavati njegovo pravo na autonomiju i samoodređenje. S obzirom na činjenicu da pacijent ne može znati sve o svojoj bolesti kao što zna liječnik, bitno je i da se pacijentova odluka temelji na povjerenju u liječnika i zdravstvene djelatnike uključene u proces liječenja (32). Načelo autonomije pacijenta temelji se na donošenju odluka u skladu s vlastitim ciljevima i vrijednostima uzimajući u obzir mnogobrojne razloge: izbjegavanje terminalne faza bolesti i ovisnost o drugima, izbjegavanje boli, religijska i filozofska uvjerenja, izbjegavanje opterećenja obitelji i društva, održavanje dostojanstva... U slučaju pacijenata koji nisu u stanju dati svoj pristanak, zakonski skrbnici trebali bi odluku temeljiti na njihovim prethodno izraženim željama, vrijednostima i ciljevima, ili voditi se najboljim interesom za pacijenta. To bi uključivalo izbjegavanje boli i invalidnosti, te produžavanje smislenog života (33).

Kod terminalnih bolesnika komunikacija je iznimno važan segment koji potiče zajedničko donošenje odluka. Međutim, razgovor o kraju života težak je i zdravstvenim djelatnicima i pacijentima: pacijenti se suočavaju sa strahom od vlastite smrti, dok zdravstveni djelatnici ili nisu dovoljno obučeni ili teško prepoznaju pravi trenutak za to. No, razgovorom o budućem planu skrbi istražile bi se osobne preferencije i želje pacijenta, a trebao bi uključivati kontrolu simptoma, kardiopulmonalnu reanimaciju, umjetnu ventilaciju, upotrebu ili uskraćivanje umjetnog hranjenja, palijativnu sedaciju... S druge strane, pacijenti i njihove obitelji često nisu svjesni svoje prognoze i tijekom palijativnog liječenja, a i suočavaju se s ograničenom zdravstvenom pismenošću što dodatno otežava pravovremenu razmjenu informacija i planiranje palijativne skrbi (34, 35).

Nažalost, brojna istraživanja pokazuju kako ni pacijenti ni zdravstveni djelatnici nisu dovoljno upućeni u prava koja pacijenti zakonski imaju, a proces informiranog pristanka formalnost je svedena na potpisivanje obrasca. Istraživanje koje su proveli Jukić i sur. u radu iz 2011. godine pokazuje značajnu razliku u stavovima i znanjima liječnika i pacijenata o informiranom pristanku. Naime, 53% liječnika je izjavilo kako

smatraju da su njihovi pacijenti dovoljno informirani za donošenje odluka o liječenju, dok isto smatra samo 12% pacijenata (36). Unatoč činjenici da su pacijenti zdravstveno pismeniji nego ikad prije, zdravstveni djelatnici bi trebali biti osposobljeni za interakciju i s njima i s onima koji nisu nimalo zdravstveno pismeni. Liječnik bi trebao znati više od pacijenta o samoj bolesti i načinima liječenja, no pacijent više zna o vlastitom stilu života, okruženju, potpori bližnjih, financijama. U konačnici, odnos liječnik-pacijent mora biti partnerski kako bi uslijedio najoptimalniji rezultat. Potreba edukacije zdravstvenih djelatnika na nacionalnoj razini po ovom pitanju ključ je poboljšanja kvalitete pružene zdravstvene zaštite (37).

1.6. ARGUMENTI ZA I PROTIV

Veliki napredak znanosti i tehnologije značajno utječe i na društvo gdje se u prvi plan stavljaju ljudska prava, autonomije i slobode izbora. Zagovornici eutanazije kao najčešće argumente ističu upravo individualnu slobodu i autonomiju pojedinca, te dostojanstveno umiranje i čin humanosti prema terminalnim pacijentima. Autonomija daje pravo pacijentu da odbije predložene intervencije (čak i ukoliko bi ta odluka mogla biti iracionalna i rezultirati smrću), pod uvjetom da je sposoban samostalno donijeti takvu odluku. Prema ovome, pacijent ima pravo tražiti pomoć pri umiranju, te kontrolirati na koji način i kada će umrijeti. Na taj način bi se očuvalo dostojanstvo pacijenta i umanjila patnja njega i njegove obitelji. Nadalje, zagovornici eutanazije stavljaju kvalitetu života ispred kvantitete, čime se izbjegava agonija duge i bolne smrti. Ukratko, svaki pacijent bi trebao imati slobodu izbora, te ako smatra da mu je kvaliteta života nepovratno narušena i nema nade u ozdravljenje – izabrati pravo na smrt. Ako pacijent zbog svog stanja (koma, vegetativno stanje) nije u mogućnosti sam donijeti takvu odluku, njegovim bližnjima treba omogućiti mogućnost izbora "ubojstva iz milosrđa" (38).

Protivnici eutanazije, s druge strane, koriste se ponajviše argumentima temeljenim na vjerskim vrijednostima, odnosno da je život svet i nepovrediv bez obzira na patnje i želje pojedinca. Bog je jedini koji određuje početak i kraj ljudskog života, a na

pojedincu je da učini sve kako bi ga zaštitio. Sljedeći argument je problem zloupotrebe i mogućnost ubijanja ljudi protivno njihovoj volji, tzv. "slippery slope" ili primjenjivanje eutanazije izvan okvira moralno dopuštenih slučajeva na ranjivoj populaciji (mentalno bolesni, starija populacija, djeca, osobe s invaliditetom, pacijenti u komi...). U financijski ograničenim sustavima zdravstvene i socijalne skrbi, te nedostatku dobre palijativne skrbi javlja se strah od odustajanja od života pacijenta zbog skupoće medicinskih tretmana. Iz toga proizlazi i sljedeći argument protivnika eutanazije, a to je pritisak na stariju i ranjivu populaciju i osjećaj da su teret društvu. Četvrti argument odnosi se na Hipokratovu zakletvu i načela dobročinstva i neškodljivosti kao temelj medicinske etike: liječnik treba djelovati u najboljem interesu za pacijenta i ne nanositi mu štetu (39, 2).

2. CILJ RADA

Glavni cilj ovog istraživanja je ispitati stavove studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija o eutanaziji, te o pravu bolesnika na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti.

Specifični ciljevi istraživanja su ispitati povezanost stavova ispitanika s određenim osobinama kao što su spol, religioznost, politički svjetonazor, te osobno iskustvo s liječenjem osoba u terminalnoj fazi bolesti.

2.1. HIPOTEZE

Istraživanje se temelji na sljedećim hipotezama:

H1: Postoje razlike u stavovima zdravstvenih i nezdravstvenih studija.

H2: Postoje razlike u stavovima studenata prve i završnih godina.

H3: Postoji povezanost stavova s određenim osobinama ispitanika: religioznost, politički svjetonazor, spol, osobno iskustvo s liječenjem osoba u terminalnoj fazi bolesti.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA

Ispitivanje stavova studenata napravljeno je presječnim istraživanjem (anketni upitnik) u svibnju, lipnju i srpnju 2023.g. online anketiranjem, te fizički po principu papir-olovka.

3.2. ISPITANICI

Istraživanje je obuhvatilo studente svih godina zdravstvenih i nezdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu i to: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Medicinski, Filozofski, Pravni i Pomorski fakultet.

3.3. METODE ISTRAŽIVANJA

Za prikupljanje podataka koristio se anonimni anketni upitnik od 3 dijela. Prvi dio obuhvaća opće sociodemografske podatke o ispitaniku, samoprocjenu stupnja religioznosti i političkog svjetonazora, osobno iskustvo s bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti, te eutanazijom. Drugi dio obuhvaća mjerenje stavova o pasivnoj eutanaziji – *Skala stavova o pasivnoj eutanaziji* autora Filipa Trbojevića koji je odobrio korištenje iste u ovom istraživanju. Pravo bolesnika na suodlučivanje u postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti ispitalo se testom od 8 tvrdnji autorica Brankice Juranić i Štefice Mikšić, koje su također odobrile korištenje skale. Ispitanici su naveli svoj stupanj slaganja s određenom tvrdnjom na ljestvici od 1 do 5 pri čemu je 1=uopće se ne slažem i 5=u potpunosti se slažem.

3.4. STATISTIČKA OBRADA

Za potrebe istraživanja proveden je anketni upitnik među 289 studenata. Struktura odgovora na anketna pitanja se prezentiraju upotrebom apsolutnih i relativnih frekvencija koje se prezentiraju grafičkim i tabelarnim putem. Numeričke vrijednosti se prezentiraju upotrebom aritmetičke sredine i standardne devijacije, dok se u slučaju odstupanja razdiobe od normalne distribucije koristi medijan i interkvartilni raspon. Normalnost razdiobe se prethodno ispituje upotrebom Kolmogorov-Smirnov testom. Prisutnost razlike u zastupljenosti ispitanika prema svakom od obilježja se ispituje Hi kvadrat testom (χ^2).

Hipoteze se ispituju upotrebom T-testa za nezavisne uzorke, kao i upotrebom modela višestruke regresije. Prije ispitivanja hipoteze je rađena validacija anketnog upitnika upotrebom Eksplorativne faktorske analize uz oblimin rotaciju, nakon čega je unutarnja dosljednost mjerne skale dodatno potvrđena upotrebom Cronbach alpha pokazatelja. Za potrebe ispitivanja treće hipoteze rađeno je rangiranje nezavisnih varijabli i to na način da se dodjeljuju rangovi u rasponu vrijednosti od 0 do n (zadnje rangirane vrijednosti). Ispitanici koji nisu izrazili stav (odgovorili sa *niti se slažem niti se ne slažem*) su ispušteni iz analize. Spol je kodirana sa binarnim vrijednostima 0 i 1 gdje 0 označava ženski spol, te 1 označava muški spol.

Analiza je rađena u statističkom paketu STATISTICA 12, proizvođača Tibco, Kalifornija.

3.5. ETIČKA PITANJA I POVJERLJIVOST PODATAKA

Istraživanje je provedeno u skladu sa svim zakonskim i drugim propisima koji imaju za cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost ispitanika, i to Kodeksom medicinske etike i deontologije (NN 55/08), Helsinškom deklaracijom, Pravilnikom o dobroj kliničkoj praksi (NN 127/10), Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11 i 84/11), Zakonom o pravima pacijenata

Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08), Etičkim kodeksom odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju i Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (NN 123/03., 198/03., 105/04. i 174/04.). Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva Sveučilišta u Splitu, Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija, pod Klasa: 029-03/23-08/01 Urbroj: 2181-228-103/1-39.

Ispitivanje se provelo dobrovoljno i anonimno, a prije ispunjavanja upitnika studenti su bili dužni pročitati Informirani pristanak u kojem im je objašnjena svrha istraživanja i mogućnost odustajanja od ispunjavanja u svakom trenutku. Pristup odgovorima imaju isključivo glavni istraživač i njegov mentor.

3.6. PROCJENA ZNANSTVENOG DOPRINOSA

S obzirom na sve veći broj rasprava po pitanju eutanazije na području ljudskih prava i bioetike, a u nedostatku istraživanja iste na području Republike Hrvatske, istraživanje može pomoći u predviđanju stavova o ovoj temi i biti poticaj za daljnja istraživanja. Isto tako, u istraživanje su uključeni studenti koji bi u budućnosti mogli biti ključni u donošenju političkih i društvenih odluka po pitanju eutanazije.

4. REZULTATI

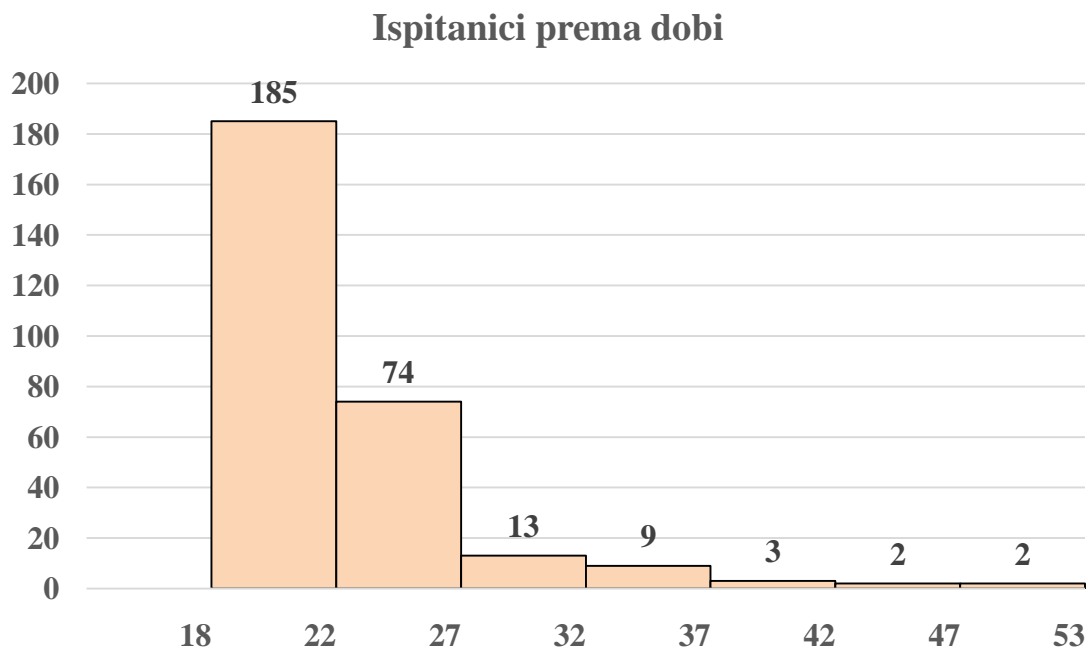
Najčešći spol ispitanika je ženski spol (n=204; 70,59%), te ih je 2,4 puta veći broj u odnosu na zastupljenost muškaraca kojih je 85 (29,41%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata prema spolu ($\chi^2=49,00$; $P<0,001$).

Tablica 1. Udio ispitanika prema spolu

1. Vaš spol:	n	%	χ^2	P
muško	85	29,41		
žensko	204	70,59	49,00	<0,001

Najveći broj ispitanika je starosne dobi 18-22 godine, te je srednja životna dob 21 godinu (IQR=20-23).

Tablica 2. Udio ispitanika prema dobi



Najveći broj ispitanih studenata su studenti nezdravstvenih studija (n=165; 57,09%), te ih je 1,33 puta veći broj u odnosu na zastupljenost studenata zdravstvenih studija (n=124; 42,90%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata prema studiju ($\chi^2=5,82$; $P=0,016$).

Tablica 3. Udio ispitanika zdravstvenih i nezdravstvenih studija

3. Studij:	n	%	χ^2	P
Zdravstveni studiji	124	42,90	5,82	0,016
Nezdravstveni studiji	165	57,09		

Najveći broj ispitanih studenata su studenti Odjela zdravstvenih studija (n=84; 29,07%), te ih je 2,1 puta veći broj u odnosu na zastupljenost studenata Medicinskog fakulteta kojih je najmanje (n=40; 13,84%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata prema fakultetu ($\chi^2=19,98$; $P=0,001$).

Tablica 4. Udio ispitanika prema studiju

3. Studij:	n	%	χ^2	P
Odjel zdravstvenih studija	84	29,07		
Filozofski fakultet	63	21,80		
Pravni fakultet	55	19,03	19,98	0,001
Pomorski fakultet	47	16,26		
Medicinski fakultet	40	13,84		

Najveći broj ispitanika su prva godina studija (n=114; 39,45%), te ih je 114 puta veći broj u odnosu na zastupljenost studenata najviše šeste godine studija kojih je najmanje (n=1; 0,35%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata prema godini studija ($\chi^2=169,22$; $P<0,001$).

Tablica 5. Udio ispitanika prema godini studija

4. godina studija:	n	%	χ^2	P
1.	114	39,45%		
2.	48	16,61%		
3.	35	12,11%	169,22	<0,001
4.	72	24,91%		
5.	19	6,57%		
6.	1	0,35%		

Prema veličini mjesta boravka u kojem su proveli većinu života najveći broj ispitanika su iz mjesta koja broje više od 100 000 stanovnika (n=92; 31,83%) te ih je 7,08 puta veći broj u odnosu na zastupljenost studenata koji su većinu života proveli u mjestu koje broji između 50.001 i 100.000 stanovnika (n=13; 4,50%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata s obzirom na mjesto boravka u kojem su proveli većinu života ($\chi^2=79,18$; $P<0,001$).

Tablica 6. Udio ispitanika prema veličini mjesta boravka

5. Veličina mjesta boravka u kojem ste proveli većinu života:	n	%	χ^2	P
manje od 1 000 stanovnika	34	11,77		
1 001 – 10 000 stanovnika	86	29,76		
10 001 – 50 000 stanovnika	64	22,15	79,18	<0,001
50 001 – 100 000 stanovnika	13	4,50		
više od 100 000 stanovnika	92	31,83		

Najveći broj ispitanika ne može odlučiti o svom svjetonazoru (n=118; 40,83%), dok je najmanji broj ispitanih studenata ekstremno konzervativan (n=7; 2,42%). Nakon provedenog ispitivanja je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata prema svjetonazoru, odnosno prevladavaju studenti koji se ne mogu odlučiti ili su liberalni ($\chi^2=186,21$; $P<0,001$).

Tablica 7. Udio ispitanika prema političkom svjetonazoru

6. Kako biste procijenili svoj politički svjetonazor?	n	%	χ^2	P
ekstremno konzervativan	7	2,42		
konzervativan	43	14,88		
ne mogu odlučiti	118	40,83	186,21	<0,001
liberalan	107	37,02		
ekstremno liberalan	14	4,84		

Prema razini religioznosti najveći broj ispitanih studenata su uvjereni vjernici (n=136; 47,06%), te ih je 7,56 puta veći broj u odnosu na zastupljenost ispitanih studenata koji ne znaju, odnosno ne mogu procijeniti (n=18; 6,23%). Nakon provedenog ispitivanja utvrđena je prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata s obzirom na religioznost ($\chi^2=164,24$; $P<0,001$).

Tablica 8. Udio ispitanika prema samoprocjeni religioznosti

7. Kako biste procijenili svoju religioznost?	n	%	χ^2	P
Uvjereni/a sam ateist/kinja.	19	6,57		
Skloniji/a sam nevjerovanju, nego vjerovanju.	46	15,92		
Ne znam, ne mogu procijeniti.	18	6,23	164,24	<0,001
Skloniji/a sam vjerovanju, nego nevjerovanju.	70	24,22		
Uvjereni/a sam vjernik/ca.	136	47,06		

Najveći broj ispitanih studenata se uopće ne slaže da religijska uvjerenja utječu na njihov stav o eutanaziji (n=102; 35,29%), dok je najmanji broj ispitanika izrazio potpun utjecaj religijskih uvjerenja na stav o eutanaziji (n=23; 7,96%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata s obzirom na utjecaj religijskih uvjerenja na stav o eutanaziji ($\chi^2=78,80$; $P<0,001$).

Tablica 9. Utjecaj religijskih uvjerenja na stav o eutanaziji

8. Smatrate li da su na Vaš stav o eutanaziji utjecala religijska uvjerenja?	n	%	χ^2	P
Uopće se ne slažem.	102	35,29		
Djelomično se ne slažem.	25	8,65		
Niti se slažem niti se ne slažem.	65	22,49	78,80	<0,001
Djelomično se slažem.	74	25,61		
U potpunosti se slažem.	23	7,96		

Za 1,11 puta je veći broj ispitanika koji nisu imali iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji (n=152; 52,60%) u odnosu na zastupljenost ispitanika koji su imali iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata s obzirom na iskustvo sa neizlječivo bolesnom osobom u obitelji ($\chi^2=0,78$; $P=0,378$).

Tablica 10. Iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji

9. Jeste li imali iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji?	n	%	χ^2	P
da	137	47,41		
ne	152	52,60	0,78	0,378

Najveći broj ispitanika nisu nikada skrbili za umiruću osobu (n=198; 68,51%), te ih je 2,18 puta veći broj u odnosu na zastupljenost ispitanih studenata koji su skrbili za umiruću osobu, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti studenata prema iskustvu skrbi za umiruću osobu ($\chi^2=39,62$; $P<0,001$).

Tablica 11. Udio ispitanika koji su skrbili za umiruću osobu

10. Jeste li ikad skrbili za umiruću osobu?	n	%	χ^2	P
da	91	31,49		
ne	198	68,51	39,62	<0,001

Srednja razina stava na česticu „Smatrate li da neizlječivo bolesna osoba ima pravo odlučivati o načinu umiranja?“ je 3,95 (SD=1,20), odnosno prisutan je pozitivan stav. Srednja razina stava na česticu „Smatrate li da bi eutanaziju trebalo legalizirati u RH?“ je 3,37 (SD=1,39), odnosno prisutan je pozitivan stav, kao i na česticu „Smatrate li da je potrebna veća javna rasprava o eutanaziji?“ kod koje je utvrđena prosječna razina slaganja 4,00 (SD=1,24).

Tablica 12. Deskriptivna statistika odgovora ispitanika na tvrdnje o pravu pacijenta na odlučivanje o načinu umiranja, javnoj raspravi o eutanaziji, te njenoj legalizaciji

	1		2		3		4		5		AS	SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
11. Smatrate li da neizlječivo bolesna osoba ima pravo odlučivati o načinu umiranja?	23	7,96%	14	4,84%	35	12,11%	99	34,26%	118	40,83%	3,95	1,20
12. Smatrate li da bi eutanaziju trebalo legalizirati u RH?	49	16,96%	24	8,30%	60	20,76%	82	28,37%	74	25,61%	3,37	1,39
13. Smatrate li da je potrebna veća javna rasprava o eutanaziji?	26	9,00%	6	2,08%	46	15,92%	75	25,95%	136	47,06%	4,00	1,24

Ispitivan je stav pacijenata o pasivnoj eutanaziji koja je definirana kao namjerni izostanak medicinskih mjera potrebnih za održavanje života (npr. uskraćivanje lijekova, isključivanje uređaja za umjetno održavanje života...) upotrebom Likertove mjerne skale s rasponom vrijednosti od 1 do 5, gdje vrijednost 1 upućuje na potpuno neslaganje s ponuđenim česticama, dok vrijednost 5 upućuje na potpuno slaganje s ponuđenim česticama. Plavo su označene 3 izjave s najvišim postotkom slaganja, dok su žuto označene 3 izjave s najnižim postotkom slaganja studenata.

Tablica 13. Skala stavova o pasivnoj eutanaziji; frekvencije i postoci odgovora

	1		2		3		4		5		AS	SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Svaki čovjek ima pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.	47	16,49%	26	9,12%	51	17,89%	88	30,88%	73	25,61%	3,40	1,39
Pasivna eutanazija pruža osobi mogućnost da dostojanstveno umre.	39	13,83%	35	12,41%	76	26,95%	61	21,63%	71	25,18%	3,32	1,34
Život nam je podario Bog i On je jedini koji ga ima pravo prekinuti.	72	25,09%	30	10,45%	54	18,82%	48	16,72%	83	28,92%	3,14	1,56
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent novorođenče.	26	9,35%	25	8,99%	85	30,58%	46	16,55%	96	34,53%	3,58	1,30
Ako pacijent nije u stanju samostalno donijeti odluku o prekidu života, opravdano je da to učini njegova obitelj.	59	20,77%	33	11,62%	74	26,06%	86	30,28%	32	11,27%	3,00	1,31
Ako osoba koja trpi teške bolove zatraži da se isključe aparati koji ju održavaju na životu, opravdano je to učiniti.	25	8,74%	19	6,64%	61	21,33%	71	24,83%	110	38,46%	3,78	1,27
Opravdano je isključiti aparate pacijentu koji je već duže vrijeme u vegetativnom stanju.	53	18,53%	36	12,59%	80	27,97%	64	22,38%	53	18,53%	3,10	1,35

Ne postoji zdravstveno stanje koje bi opravdalo pasivnu eutanaziju.	86 30,28%	52 18,31%	85 29,93%	31 10,92%	30 10,56%	2,53	1,31
Pasivna eutanazija je prihvatljiva ako je pacijent samostalno donio odluku o njezinu poduzimanju.	29 10,14%	23 8,04%	60 20,98%	76 26,57%	98 34,27%	3,67	1,30
Nehumano je dopustiti da pacijent umre ako postoji način da mu se produži život.	15 5,36%	35 12,50%	63 22,50%	57 20,36%	110 39,29%	3,76	1,24
Kada se osobi u vegetativnom stanju isključe aparati, za mene je to čin milosrđa.	50 17,54%	38 13,33%	80 28,07%	65 22,81%	52 18,25%	3,11	1,34
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva neovisno o dobi pacijenta.	65 22,89%	64 22,54%	81 28,52%	34 11,97%	40 14,08%	2,72	1,32
Kada je pacijent u vegetativnom stanju, njegova obitelj također pati, stoga je opravdano da mu se isključe aparati.	52 18,06%	48 16,67%	83 28,82%	63 21,88%	42 14,58%	2,98	1,30
Pasivna eutanazija je opravdana ako pacijent boluje od neizlječive bolesti.	40 14,04%	33 11,58%	71 24,91%	71 24,91%	70 24,56%	3,34	1,34
Čovjek nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.	90 31,80%	58 20,49%	63 22,26%	30 10,60%	42 14,84%	2,56	1,41
Ljudski život je svet i kao takvog ga treba očuvati dok Bog ne odluči da je vrijeme za smrt.	64 22,38%	40 13,99%	67 23,43%	48 16,78%	67 23,43%	3,05	1,46
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent dijete.	31 10,80%	51 17,77%	76 26,48%	49 17,07%	80 27,87%	3,33	1,34

Nad skalom stavova o pasivnoj eutanaziji provedena je faktorska analiza, (Oblimin postupak), te je utvrđena prisutnost 2 faktora, od čega prvi faktor se sastoji od 9 čestica koje mjere Faktor 1, te drugi faktor koji se sastoji od 8 čestica, te mjeri Faktor 2. Provedena faktorska analiza na odabranim česticama unutar svakog od faktora

rezultirala je prisutnošću jednog faktora. Unutarnja dosljednost nad česticama koje sačinjavaju faktor 1 je (Cronbach alpha = 0,933 > 0,70), odnosno primjereno je korištenje odabranih 9 čestica kod kreiranja Faktora 1, dok je unutarnja dosljednost nad česticama koje sačinjavaju faktor 2 koji sadržava 8 čestica (Cronbach alpha = 0,904 > 0,70), odnosno primjereno je korištenje odabranih 8 čestica kod kreiranja Faktora 2

Tablica 14. Faktorska analiza skale stavova o pasivnoj eutanaziji, Oblimin postupak

	FAKTOR 1	FAKTOR 2
Ako pacijent nije u stanju samostalno donijeti odluku o prekidu života, opravdano je da to učini njegova obitelj.	0,86	
Kada se osobi u vegetativnom stanju isključe aparati, za mene je to čin milosrđa.	0,85	
Kada je pacijent u vegetativnom stanju, njegova obitelj također pati, stoga je opravdano da mu se isključe aparati.	0,82	
Opravdano je isključiti aparate pacijentu koji je već duže vrijeme u vegetativnom stanju.	0,80	
Ako osoba koja trpi teške bolove zatraži da se isključe aparati koji ju održavaju na životu, opravdano je to učiniti.	0,79	
Pasivna eutanazija je opravdana ako pacijent boluje od neizlječive bolesti.	0,77	
Pasivna eutanazija je prihvatljiva ako je pacijent samostalno donio odluku o njezinu poduzimanju.	0,75	
Svaki čovjek ima pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.	0,65	
Pasivna eutanazija pruža osobi mogućnost da dostojanstveno umre.	0,52	
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent novorođenče.		0,85
Nehumano je dopustiti da pacijent umre ako postoji način da mu se produži život.		0,73
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent dijete.		0,72
Život nam je podario Bog i On je jedini koji ga ima pravo prekinuti.		0,66
Ljudski život je svet i kao takvog ga treba očuvati dok Bog ne odluči da je vrijeme za smrt.		0,64
Ne postoji zdravstveno stanje koje bi opravdalo pasivnu eutanaziju.		0,60
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva neovisno o dobi pacijenta.		0,58
Čovjek nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.		0,56

Upotrebom seta od 8 čestica ispitivan je stav o pravu pacijenta na suodlučivanje o postupku liječenja upotrebom Likertove mjerne skale s rasponom vrijednosti od 1 do 5, gdje vrijednost 1 upućuje na potpuno neslaganje s ponuđenim česticama, dok vrijednost 5 upućuje na potpuno slaganje s ponuđenim česticama.

Tablica 15. Deskriptivna statistika odgovora ispitanika na tvrdnje vezane uz stav o pravu pacijenta na suodlučivanje o postupku liječenja

	1		2		3		4		5		AS	SD
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Bolesniku treba omogućiti pravo na odbijanje ili prihvaćanje zahvata, uz informiranje i pouku o mogućnosti slobodnog izbora.	5	1,75%	7	2,45%	40	13,99%	76	26,57%	158	55,24%	4,31	0,92
Prilikom donošenja odluke o primjeni nepotrebnih i skupih medicinskih zahvata koji ne mogu pomoći bolesniku treba uzeti u obzir bolesnikove želje, vrijednosti i vjerovanja.	2	0,70%	13	4,53%	40	13,94%	82	28,57%	150	52,26%	4,27	0,91
Bolesnik dok je sposoban odlučivati treba pripremiti pravni dokument "biološku oporuku o životu" kojim zahtijeva ograničenja koja se odnose na izbor terapije i primjenu medicinskih postupaka u terminalnoj fazi života.	9	3,16%	14	4,91%	68	23,86%	74	25,96%	120	42,11%	3,99	1,07
Medicinsko osoblje treba uvažavati etički prihvatljivu i provedivu bolesnikovu volju i odluke koje je izrazio dok je bio u svjesnom stanju.	4	1,39%	6	2,09%	45	15,68%	82	28,57%	150	52,26%	4,28	0,90
Liječnik treba obavijestiti bolesnika i njegovu obitelj o svojoj prosudbi da je medicinski postupak beskoristan, te sam donijeti konačnu odluku o njegovoj primjeni.*	41	14,59%	35	12,46%	69	24,56%	73	25,98%	63	22,42%	2,71	1,34

Kada zbog bolesnikova stanja zdravstveni djelatnici nisu u mogućnosti od njega dobiti suglasnost za pojedini postupak, suglasnost mogu dati dobrohotni članovi obitelji, roditelji, djeca, bračni/izvanbračni partneri, zakonski zastupnik ili skrbnik.	12 4,21%	18 6,32%	65 22,81%	95 33,33%	95 33,33%	3,85	1,08
Bolesnik u neizlječivoj i završnoj fazi bolesti nije u stanju izvršiti stvarnu procjenu svoga zdravstvenog stanja.*	26 9,09%	46 16,08%	106 37,06%	62 21,68%	46 16,08%	2,80	1,16
Liječnik bi s članovima tima trebao odlučivati o potrebnoj primjeni pojedinih medicinskih zahvata kod umirućeg bolesnika.*	4 1,41%	14 4,93%	70 24,65%	98 34,51%	98 34,51%	2,04	0,96

*Kod izračuna aritmetičke sredine se koriste inverzne vrijednosti, te veća razina vrijednost upućuje na pozitivniji stav.

Ukupna razina stava (zbroj) izraženih stavova na čestice. Prije izračuna score rezultata provedena je faktorska analiza (Oblimin postupak), te je utvrđena prisutnost 2 faktora, od čega prvi faktor se sastoji od prve 4 čestice koje mjere homogenu dimenziju stava. Provedena faktorska analiza na odabrane 4 čestice rezultirala je prisutnosti jednog faktora.

Unutarnja dosljednost nad odabrane 4 čestice je prisutna (Cronbach alpha = 0,821 > 0,70), odnosno primjereno je korištenje odabrane 4 čestice kod kreiranja konstrukta stava o pravu pacijenata na suodlučivanje u postupku liječenja.

H1: Postoje razlike u stavovima studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija

Prosječna razina stava o eutanaziji izraženog na Faktor 1 među ispitanim studentima zdravstvenih studija je za 0,34 boda veća u odnosu na razinu izraženog stava među ispitanicima nezdravstvenih studija, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike (T=2,71; P=0,007).

Prosječna razina stava o eutanaziji izraženog na Faktor 2 je među ispitanim studentima zdravstvenih studija za 0,40 bodova manja u odnosu na razinu izraženog stava među ispitanicima nezdravstvenih studija, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike (T=3,24; P=0,001).

Prosječna razina stava o pravu pacijenata na suodlučivanje o postupku liječenja je među ispitanim studentima zdravstvenih studija za 1,50 bodova veća u odnosu na razinu izraženog stava među ispitanicima nezdravstvenih studija, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike (T=4,15; P<0,001).

Tablica 16. Razlike u stavovima studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija

	Studij				T	df	P
	Zdravstveni		Nezdravstveni				
	AS	SD	AS	SD			
Eutanazija Faktor 1	3,50	1,15	3,16	0,99	2,71	287	0,007
Eutanazija Faktor 2	2,85	1,09	3,25	1,01	3,24	287	0,001
Stav o pravu pacijenata na suodlučivanje u postupku liječenja	17,67	2,68	16,17	3,21	4,15	278	<0,001

Nakon provedenog ispitivanja donosi se zaključak da se hipoteza rada H1 kojom se pretpostavlja da postoje razlike u stavovima studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija prihvaća.

H2: Postoje razlike u stavovima studenata prve i završnih godina

U uzorak završnih godina studija uključeni su studenti četvrte, pete i šeste godine zbog različitog trajanja pojedinih studija.

Prosječna razina stava o eutanaziji izraženog na Faktor 1 je među ispitanim studentima završnih godina studija za 0,31 boda veća u odnosu na razinu izraženog stava među ispitanicima prve godine studija, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike (T=2,08; P=0,039).

Prosječna razina stava o eutanaziji izraženog na Faktor 2 je među ispitanim studentima završnih godina studija za 0,43 boda manja u odnosu na razinu izraženog stava među ispitanicima prve godine studija, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike (T=2,93; P=0,004).

Za 0,84 boda je veća razina stava o pravu pacijenata na suodlučivanje o postupku liječenja među ispitanim studentima završnih godina studija u odnosu na studente prve godine studija, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike (T=1,91; P=0,057).

Tablica 17. Razlike u stavovima studenata prve i završnih godina studija

	Godina studija				T	df	P
	Prva		Završna (4 i 5)				
	AS	SD	AS	SD			
Eutanazija Faktor 1	3,11	1,04	3,42	1,07	2,08	287	0,039
Eutanazija Faktor 2	3,31	1,03	2,88	1,04	2,93	287	0,004
stav o pravu pacijenata na suodlučivanje u postupku liječenja	16,45	3,18	17,29	2,87	1,91	278	0,057

Nakon provedenog ispitivanja donosi se zaključak da se hipoteza rada H2 kojom se pretpostavlja da postoje razlike u stavovima studenata prve i završnih godina prihvaća.

H3: Postoji povezanost stavova s određenim osobinama ispitanika (religioznost, politički svjetonazor, spol, osobno iskustvo s liječenjem osoba u terminalnoj fazi bolesti)

Statistički značajan utjecaj na Faktor 1 stava o eutanaziji je utvrđen za religioznost i politički svjetonazor, gdje se svakim porastom religioznosti za 1 bod može očekivati pad stava o eutanaziji Faktor 1 u prosjeku za 0,43 boda i suprotno uz pretpostavku ostalih nepromijenjenih varijabli ($\beta=-0,43$; $P<0,001$), dok se svakim porastom liberalnosti za jedan bod može očekivati rast razine stava o eutanaziji Faktor 1 u prosjeku za 0,62 boda i suprotno uz pretpostavku ostalih nepromijenjenih varijabli($\beta=0,62$; $P<0,001$). Procijenjeni model je statistički značajan ($F=26,32$; $P<0,001$), dok procijenjeni model tumači 40,75% sume kvadrata odstupanja u varijabli eutanazija faktor 1 od aritmetičke sredine.

Tablica 18. Utjecaj osobina ispitanika na FAKTOR 1

	β^*	Pogreška β^*	β	Pogreška β	t	P
Konstanta			2,97	0,51	5,86	<0,001
Religioznost	-0,39	0,07	-0,43	0,08	5,50	<0,001
Politički svjetonazor	0,37	0,07	0,62	0,12	5,12	<0,001
Spol	0,08	0,07	0,20	0,16	1,23	0,219
Skrb za umiruću osobu	-0,01	0,06	-0,01	0,15	0,09	0,926

Statistički značajan utjecaj na Faktor 2 stava o eutanaziji je utvrđen za religioznost i politički svjetonazor, gdje se svakim porastom religioznosti za 1 bod može očekivati rast stava o eutanaziji Faktor 2 u prosjeku za 0,56 bodova i suprotno uz pretpostavku ostalih nepromijenjenih varijabli ($\beta=0,56$; $P<0,001$), dok se svakim porastom liberalnosti za jedan bod može očekivati pad razine stava o eutanaziji Faktor 2 u prosjeku za 0,63 boda i suprotno uz pretpostavku ostalih nepromijenjenih varijabli ($\beta=-0,63$; $P<0,001$). Procijenjeni model je statistički značajan ($F=50,30$; $P<0,001$), dok procijenjeni model tumači 56,80% sume kvadrata odstupanja u varijabli eutanazija faktor 2 od aritmetičke sredine. (Tablica 18.)

Tablica 19. Utjecaj osobina ispitanika na FAKTOR 2

	β^*	Pogreška β^*	β	Pogreška β	t	P
Konstanta			2,96	0,43	6,84	<0,001
Religioznost	0,51	0,06	0,56	0,07	8,51	<0,001
Politički svjetonazor	-0,38	0,06	-0,63	0,10	-6,11	<0,001
Spol	-0,05	0,06	-0,13	0,14	-0,96	0,340
Skrb za umiruću osobu	-0,00	0,05	-0,01	0,13	-0,06	0,952

Statistički značajan utjecaj na stav o pravu pacijenata na suodlučivanje o postupku liječenja je utvrđen za religioznost i spol, gdje se sa svakim porastom religioznosti za 1 bod može očekivati pad stava o pravu pacijenata na suodlučivanje o postupku liječenja u prosjeku za 0,83 bodova i suprotno uz pretpostavku ostalih nepromijenjenih varijabli ($\beta=-0,83$; $P<0,001$), dok je kod muškaraca stav o pravu pacijenata na suodlučivanje o postupku liječenja za 1,60 bodova manji u odnosu na žene uz pretpostavku ostalih nepromijenjenih varijabli ($\beta=-1,60$; $P<0,001$). Procijenjeni model je statistički značajan ($F=9,92$; $P<0,001$), dok procijenjeni model tumači 21,38% sume kvadrata odstupanja u varijabli stava o pravu pacijenata na suodlučivanje o postupku liječenja od aritmetičke sredine.

Tablica 20. Utjecaj osobina ispitanika na stav o pravu pacijenta na suodlučivanje o postupku liječenja

	β^*	Pogreška β^*	β	Pogreška β	t	P
Konstanta			18,44	1,61	11,48	<0,001
Religioznost	-0,28	0,08	-0,83	0,25	-3,38	0,001
Politički svjetonazor	0,15	0,09	0,67	0,38	1,76	0,080
Spol	-0,24	0,08	-1,60	0,51	-3,12	0,002
Skrb za umiruću osobu	0,05	0,07	0,29	0,48	0,61	0,545

Nakon provedenog ispitivanja donosi se zaključak da se hipoteza rada H3 kojom se pretpostavlja da postoji povezanost stavova s određenim osobinama ispitanika (religioznost, politički svjetonazor, spol, osobno iskustvo s liječenjem osoba u terminalnoj fazi bolesti) prihvaća.

5. RASPRAVA

Uvodni dio anketnog upitnika sastojao se od 13 pitanja kojima su se ispitali sociodemografski podaci o ispitaniku, samoprocjena stupnja religioznosti i političkog svjetonazora, te osobna iskustva s bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti i eutanazijom. U istraživanju su sudjelovala 124 studenta zdravstvenih studija (Odjel zdravstvenih studija i Medicinski fakultet) i 165 studenata nezdravstvenih studija (Pomorski, Filozofski i Pravni fakultet) Sveučilišta u Splitu. Sudionici su starosne dobi od 18 do 53 godine, a srednja životna dob ispitanika je 21 godina. Radi se o mladim ispitanicima za koje se može pretpostaviti kako nemaju jasne stavove i da velik dio njih još uvijek nije osobno svjedočio odlukama povezanim s pasivnom eutanazijom. Naime, više od pola ispitanika nije imalo iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji, a svega trećina njih je skrblila za umiruću osobu.

Oko 71% ispitanika su osobe ženskog spola, a gotovo dvije trećine ih je većinu života provelo u mjestu manjem od 50 tisuća stanovnika. Isto toliko njih se deklarira kao skloni vjerovanju ili uvjereni vjernici, a najveći broj ispitanika smatra kako religijska uvjerenja ne utječu na njihove stavove o eutanaziji. Na pitanje da procjene svoj politički svjetonazor, najveći dio njih se ne može odlučiti, dok ih se gotovo isto toliko deklarira kao liberalno ili ekstremno liberalno.

Pozitivan stav ispitanika prisutan je kod pitanja vezanih za legalizaciju eutanazije u Republici Hrvatskoj, te potrebu veće javne rasprave o istoj. Naime, više od polovica ispitanika se djelomično ili u potpunosti slaže da bi eutanaziju trebalo legalizirati u RH, a dvije trećine smatra kako je o eutanaziji potrebna veća javna rasprava.

Aktivna eutanazija (izvršenje smrtne kazne ili dobrovoljni namjerni prekid života smrtonosnom supstancom kako bi se pacijent oslobodio boli i patnje) nije česta pojava, naročito u zapadnom društvu kojem teži i Hrvatska. Stoga se ispitivanje baziralo na skali stavova o pasivnoj eutanaziji koja je, prema nekim autorima, dozvoljena u Hrvatskoj jer informirani pacijent ima pravo odustati od medicinskih tretmana (6). Iz tablice 13. vidi se da se studenti u prosjeku najviše slažu s tvrdnjama (označeno plavo): *Ako osoba koja trpi teške bolove zatraži da se isključe aparati koji ju održavaju na*

životu, opravdano je to učiniti (djelomično ili u potpunosti se slaže 63,29% ispitanika), *Nehumano je dopustiti da pacijent umre ako postoji način da mu se produži život* (djelomično ili u potpunosti se slaže 59,65% ispitanika), te *Pasivna eutanazija je prihvatljiva ako je pacijent samostalno donio odluku o njezinu poduzimanju* (djelomično ili u potpunosti se slaže 60,84% ispitanika). Studenti se, s druge strane, u prosjeku najmanje slažu s tvrdnjama (označeno žuto): *Ne postoji zdravstveno stanje koje bi opravdalo pasivnu eutanaziju* (djelomično ili uopće se ne slaže 48,59% ispitanika), *Čovjek nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti* (djelomično ili uopće se ne slaže 52,29% ispitanika), te *Pasivna eutanazija je neprihvatljiva neovisno o dobi pacijenta* (djelomično ili uopće se ne slaže 45,43% ispitanika). Iz navedenog se može zaključiti kako ispitanici odobravaju slobodu izbora i odluke koje pacijent samostalno donosi o prekidu vlastitog života, što potvrđuje i pozitivan stav ispitanika na pitanje iz prvog dijela upitnika *Smatrate li da neizlječivo bolesna osoba ima pravo odlučivati o načinu umiranja?* pri čemu se 75% ispitanika slaže djelomično ili u potpunosti s tvrdnjom. Prema ovome, ispitanici odobravaju eutanaziju u određenim okolnostima, ako se poštuje autonomija i sloboda izbora bolesne osobe, što su i argumenti koje pobornici eutanazije ističu za njezino ozakonjenje (39,40). Unatoč svemu, nešto više od polovice ispitanika smatra kako je nehumano dozvoliti smrt pacijenta ako postoji način da mu se produži život, što su pokazala i neka druga istraživanja. Gruber i sur. proveli su istraživanje nad studentima sveučilišta u Hong Kongu 2008. godine koje je pokazalo da većina studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija smatra kako liječnik treba ustrajati u uvjeravanju pacijenta na prihvaćanje zahvata/medicinskog tretmana i nastavak liječenja, bez obzira na to što pacijent ima dovoljno informacija i svjestan je odluke koju donosi (41).

Najviši postotak neodlučnosti javlja se pri tvrdnji *Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent novorođenče* pri čemu se 30,58% ispitanika izjasnilo da niti se slažu niti se ne slažu s navedenom tvrdnjom, te očekivano, pri tvrdnjama vezanim za pacijente u vegetativnom stanju. U takvim situacijama odluku o okončanju života ne donosi sam pacijent, čemu su ispitanici ovog istraživanja skloniji. Najveće neslaganje među studentima javlja se pri tvrdnji *Kada je pacijent u vegetativnom stanju, njegova obitelj također pati, stoga je opravdano da mu se isključe aparati* pri čemu se 34,73% studenata djelomično ili uopće ne slaže s navedenom tvrdnjom, dok ih se

gotovo isto toliko djelomično ili u potpunosti slaže. Iako su istraživanja o potpomognutoj smrti novorođenčadi rijetka, istraživanja stavova pokazuju da je društvo i medicinsko osoblje manje sklono eutanaziji kad su u pitanju mlađi i nekompetentni pacijenti, dok se kao najvažniji čimbenik prihvaćanja pokazao zahtjev samog pacijenta. Značajan dio sudionika istraživanja provedenog u Austriji 2015. godine (Stolz i sur.) također je bio neodlučan, odnosno suzdržali su se od odlučujućeg odgovora po pitanju eutanazije djece i nemoćnih (42, 43).

Kako bi se ispitale hipoteze nad skalom stavova o pasivnoj eutanaziji, provedena je faktorska analiza jer je matematičkim putem uočeno kako među česticama nema unutarnje dosljednosti, već da se one grupiraju u 2 dijela (tablica 14.). Faktor 1 okuplja 9 čestica koje se odnose na autoritet pacijenta nad odlukom o prekidu vlastitog života, eutanaziju u vegetativnom stanju, te zdravstveno stanje pacijenta. Faktor 2 sastoji se od preostalih 8 čestica koje se odnose na vjerska stajališta, te eutanaziju djece i novorođenčadi. Ispitivanje pokazuje kako studenti zdravstvenih i završnih godina studija imaju pozitivnije stavove na čestice Faktora 1 (odnosno na autoritet pacijenta nad odlukom o prekidu vlastitog života, eutanaziju u vegetativnom stanju, te zdravstveno stanje pacijenta), dok su studenti nezdravstvenih i prvih godina studija skloniji česticama Faktora 2 koje se tiču vjerskih stajališta i neprihvatljivosti eutanazije djece i novorođenčadi.

Statistički značajan utjecaj na oba faktora imaju religioznost i politički svjetonazor. Sa svakim porastom religioznosti za 1 bod, očekuje se pad razine stava nad česticama Faktora 1 za 0,43 boda, a kod čestica Faktora 2 sa svakim porastom religioznosti za 1 bod očekuje se rast razine stava za 0,56 bodova, uz ostale nepromijenjene varijable. Ovi rezultati su očekivani s obzirom na to da se čestice o vjerskim stajalištima nalaze u skupini Faktora 2. Prema istraživanju Stolz i sur. podržavanje eutanazije snažno je povezano s religioznošću, pa su ljudi koji su manje skloni religiji otvoreniji za eutanaziju (43). Bačani i Ombla provele su istraživanje u Hrvatskoj na uzorku od 286 medicinskih sestara/tehničara koje pokazuje značajan učinak statusa religioznosti, odnosno oni koji se smatraju vjernicima manje podržavaju eutanaziju u odnosu na ateiste (44). Chakraborty i sur. navode rezultate istraživanja nizozemske populacije koje je pokazalo značajno manju vjerojatnost odbijanja

reanimacije kod pacijenata s uznapredovalom demencijom ili malignom bolešću u kršćansko orijentiranoj skupini (53%) u odnosu na skupinu Right-To-Die-NL (99%) i opću populaciju (86%). Ljudi bez vjerske pripadnosti vjerojatnije su odbijali liječenje terminalne bolesti (45). S druge strane, sa svakim porastom liberalnosti za 1 bod očekuje se rast razine stava nad česticama Faktora 1 za 0,62 boda, a kod čestica Faktora 2 sa svakim porastom liberalnosti za 1 bod očekuje pad razine stava za 0,63 boda, uz ostale nepromijenjene varijable. U već spomenutom istraživanju austrijski istraživači Stolz i sur. došli su do sličnih rezultata, odnosno tolerantniji pojedinci više su skloni prihvaćanju eutanazije neizlječivo bolesnog odraslog pacijenta (Faktor 1 u ovom slučaju), a odbacivanju eutanazije novorođenčeta (Faktor 2) (43).

Što se tiče prava pacijenta na suodlučivanje o postupcima liječenja, ispitanici u vrlo visokom postotku podržavaju pravo informiranog pacijenta da odbije ili prihvati određeni zahvat. Oko 80% ispitanika smatra kako medicinsko osoblje treba uzeti u obzir pacijentove želje, vrijednosti i vjerovanja, te uvažavati etički prihvatljive i provedive odluke koje je izrazio u svjesnom stanju. Najviši postotak neodlučnosti bio je kod tvrdnje *Bolesnik u neizlječivoj i završnoj fazi bolesti nije u stanju izvršiti stvarnu procjenu svoga zdravstvenog stanja* pri čemu 37% ispitanika niti se slaže niti se ne slaže s ovom tvrdnjom, što je i razumljivo. U terminalnoj fazi bolesti, pacijent se suočava s mnogobrojnim fizičkim, emocionalnim i psihosocijalnim teškoćama, tzv. "totalna bol", te je pitanje koliko je u stanju donositi racionalne odluke. Istraživanja pokazuju kako čimbenici kao što su gubitak sebe, gubitak osjećaja dostojanstva, gubitak autonomije, strah od budućnosti, strah od patnje i strah od toga da budu teret drugima su među glavnim okidačima želje za ubrzanom smrću, te se trebaju razumjeti u kontekstu pojedinačnog iskustva svakog pacijenta. Iz tog razloga je iznimno bitno unaprijed planirati skrb i osigurati pacijentu i članovima njegove obitelji, ne samo liječnika i medicinsku sestru, već i svećenika, psihologa, socijalnog radnika... (26,46). U svojoj disertaciji Mohankumar pokazuje kako pojedinci smatraju da bi prisutnost terminalne bolesti mogla utjecati na njihove preferencije i sposobnost donošenja odluka, te su skloniji odluke o kraju života donositi u optimalnom zdravstvenom stanju. I ta studija naglašava važnost edukacije o planiranju skrbi unaprijed (47).

Ispitivanjem nije utvrđena statistički značajna razlika stavova o pravu pacijenta na suodlučivanje između studenata prve i završnih godina, no prosječna razina stava među ispitanicima zdravstvenih studija je veća i statistički značajna u odnosu na razinu izraženog stava među ispitanicima nezdravstvenih studija. Iz toga proizlazi da studenti zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu imaju pozitivnije stavove o pravu pacijenta na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti, u odnosu na studente nezdravstvenih studija. Statistički značajan utjecaj na stav o pravu pacijenta imaju religioznost i spol. Sa svakim porastom religioznosti za 1 bod očekuje se pad stava o pravu pacijenta za 0,83 boda i obrnuto, uz ostale nepromijenjene varijable. Stav muškaraca je za 1,60 bodova manji u odnosu na žene uz ostale nepromijenjene varijable, odnosno žene imaju pozitivnije stavove o pravu pacijenta na suodlučivanje u postupcima liječenja.

6. ZAKLJUČCI

1. Istraživanju je pristupilo 289 studenata odabranih studija Sveučilišta u Splitu starosne dobi od 18 do 53 godine. Srednja životna dob je 21 godinu, odnosno riječ je o mlađoj populaciji.

2. Najveći broj ispitanika (70,59%) je ženskog spola. Najveći broj ispitanika deklarira se kao "uvjereni vjernik" i uopće se ne slažu da religijska uvjerenja utječu na njihov stav o eutanaziji. Više od pola ispitanika nije imalo iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji, a svega trećina njih je skrbila za umiruću osobu.

3. U istraživanju su sudjelovala 124 studenta zdravstvenih studija (Odjel zdravstvenih studija i Medicinski fakultet) i 165 studenata nezdravstvenih studija (Pomorski, Filozofski i Pravni fakultet). Najmanji broj ispitanika su studenti Medicinskog fakulteta (n=40).

4. Više od polovice ispitanika se djelomično ili u potpunosti slaže da bi eutanaziju trebalo legalizirati u RH, a dvije trećine smatra kako je o eutanaziji potrebna veća javna rasprava.

5. Najveći postotak ispitanika smatra da neizlječivo bolesna osoba ima pravo odlučivati o načinu umiranja. Ispitanici imaju pozitivan stav prema tvrdnjama koje se tiču slobode izbora i odluka koje pacijent samostalno donosi o prekidu vlastitog života.

6. Najveći postotak neodlučnosti ispitanici pokazuju prema tvrdnjama vezanim za eutanaziju novorođenčadi i pacijenata u vegetativnom stanju.

7. Studenti zdravstvenih i završnih godina studija imaju pozitivnije stavove prema tvrdnjama vezanim za autoritet pacijenta nad odlukom o prekidu vlastitog života, eutanaziju u vegetativnom stanju, te zdravstveno stanje pacijenta. Studenti nezdravstvenih i prvih godina studija skloniji su tvrdnjama koje se tiču vjerskih stajališta i neprihvatljivosti eutanazije djece i novorođenčadi.

8. Statistički značajan utjecaj na skalu stavova o pasivnoj eutanaziji utvrđen je za religioznost i politički svjetonazor, dok na skalu stavova o pravu pacijenta na suodlučivanje utječu religioznost i spol.

9. Ispitanici u vrlo visokom postotku podržavaju pravo informiranog pacijenta da odbije ili prihvati određeni zahvat. Najveći postotak neodlučnosti vezan je uz tvrdnju o utjecaju terminalne faze bolesti na sposobnost donošenja odluka.

7. LITERATURA

1. Juranić B, Mikšić Š, Ljubotina D. Stavovi studenata medicine, prava i psihologije prema distanzaciji i pravu pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti. *Socijalna psihijatrija*. 2015 Oct 19;43(3):0-141.
2. Trbojević F. Prihvatljivost inducirano pobačaja, smrtne kazne i pasivne eutanazije među mladima: analiza stavova studenata Sveučilišta u Zagrebu [diplomski rad]. [Zagreb]: Filozofski fakultet; 2017. 87 str.
3. Nedić T, Zibar L, Baraban B. Terminološko određenje pojma eutanazija–pravne, bioetičke i medicinsko-postupovne implikacije. *Filozofska istraživanja*. 2022 Jul 17;42(1):69-86.
4. Picón-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montaña-Gómez LM, Bolaño-Romero MP, Moscote-Salazar LR, Janjua T, Rahman S. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Feb 11;75:103380.
5. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report (Vol. 5). World Health Organization, Japan. 2004.
6. Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo–etičke dileme kriminalne politike. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*. 2010 Jul 1;17(1):223-46.
7. Šeparović Z. Granice rizika: etičkopravni pristup medicini. 3. izd. Zagreb: Informator; 1998. 262 str.
8. Chencinski L. Investigating the attitudes towards euthanasia held by registered nurses enrolled in post-graduated nursing programmes at a university in the westrn cape [master's thesis]. [Stellenbosch]: Stellenbosch University; 2022. 146 p.
9. Pozaić V. Život dostojan života : eutanazija u prosudbi medicinske etike. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove; 1985. 119 str.

10. Carević F. Terminalni bolesnici pred izazovima eutanazije i implementacije ključnih bioetičkih dokumenata zaštite dostojanstva umirućih [postdiplomski specijalistički]. [Đakovo]: Katolički bogoslovni fakultet; 2017. 82 str.
11. Gracin D, Herceg J, Kovačić Ž. Izazovi u razmatranjima o eutanaziji kao kaznenom djelu i činu milosrđa. *Strategos: Znanstveni časopis Hrvatskog vojnog učilišta "Dr. Franjo Tuđman"*. 2022;6(2):113-44.
12. Brody H. Kevorkian and assisted death in the United States. *BMJ*. 1999 Apr 10;318(7189):953-4.
13. Jušić A. Hospicij i palijativna skrb. Školska knjiga: Hrvatska liga protiv raka; 1995. 156 str.
14. Gutierrez-Castillo A, Gutierrez-Castillo J, Guadarrama-Conzuelo F, Jimenez-Ruiz A, Ruiz-Sandoval JL. Euthanasia and physician-assisted suicide: a systematic review of medical students' attitudes in the last 10 years. *J Med Ethics Hist Med*. 2020 Dec 12;13:22.
15. Chong AM, Fok SY. Attitudes toward euthanasia in Hong Kong--a comparison between physicians and the general public. *Death Stud*. 2005 Jan-Feb;29(1):29-54.
16. Rachels J. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford University Press; 1986. 206 str.
17. Fontalis A, Prousalis E, Kulkarni K. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *J R Soc Med*. 2018 Nov;111(11):407-413.
18. Verhagen E, Sauer PJ. The Groningen protocol--euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med*. 2005 Mar 10;352(10):959-62.
19. Manninen BA. A case for justified non-voluntary active euthanasia: exploring the ethics of the Groningen Protocol. *J Med Ethics*. 2006 Nov;32(11):643-51.
20. Pušić I. Etička razmatranja o eutanaziji u dječjoj dobi [diplomski rad]. [Zagreb]: Sveučilište u Zagrebu - Odsjek za odgojiteljski studij; 2018. 50 str.

21. Velasco Sanz TR, Pinto Pastor P, Moreno-Milán B, Mower Hanlon LF, Herreros B. Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. *J Med Ethics*. 2021 Jul 30;medethics-2021-107523.
22. Aljinović N. Pravna regulacija eutanazije i medicinski potpomognutog samoubojstva u pojedinim europskim zemljama. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*. 2022 Dec 19;59(4):823-51.
23. Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine 169/04, 37/08, <https://www.zakon.hr/z/255/Zakon-o-za%C5%A1titi-prava-pacijenata> [pristupljeno: 21.03.2023]
24. Kodeks medicinske etike i deontologije, Narodne novine 55/2008, https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_05_55_1914.html [pristupljeno: 21.03.2023]
25. Kazneni zakon, <https://zakonipropisi.com/hr/zakon/kazneni-zakon> [pristupljeno 21.03.2023]
26. Chan KS. Palliative care: the need of the modern era. *Hong Kong Med J*. 2018 Aug;24(4):391-399.
27. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, Van der Elst M, Radbruch L, Hasselaar J, Centeno C. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Apr;61(4):831-844.e10.
28. Skorpen Tarberg A, Landstad BJ, Hole T, Thronaes M, Kvangarsnes M. Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *J Clin Nurs*. 2020 Dec;29(23-24):4818-4826.
29. Woitha K, Garralda E, Martin-Moreno JM, Clark D, Centeno C. Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *J Pain Symptom Manage*. 2016 Sep;52(3):370-7.
30. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ*. 2003 Jan 4;326(7379):30-4.

31. Štifanić M, Dobi-Babić R. Prava pacijenata: ili tko će živjeti, a tko umrijeti?. Rijeka: Adamić; 2000. 191 str.
32. Čizmić J, Žunić Lj. Osnove zdravstvenog prava : za studente preddiplomskih sveučilišnih zdravstvenih studija. Split: Sveučilište; 2014. 229 str.
33. Turković K. Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*. 2008 Sep 1;44(2):158-70.
34. Belar A, Arantzamendi M, Menten J, Payne S, Hasselaar J, Centeno C. The Decision-Making Process for Palliative Sedation for Patients with Advanced Cancer-Analysis from a Systematic Review of Prospective Studies. *Cancers (Basel)*. 2022 Jan 8;14(2):301.
35. Noordman J, van Vliet L, Kaunang M, van den Muijsenbergh M, Boland G, van Dulmen S. Towards appropriate information provision for and decision-making with patients with limited health literacy in hospital-based palliative care in Western countries: a scoping review into available communication strategies and tools for healthcare providers. *BMC Palliat Care*. 2019 Apr 12;18(1):37.
36. Jukic M, Kozina S, Kardum G, Hogg R, Kvolik S. Physicians overestimate patient's knowledge of the process of informed consent: a cross-sectional study. *Med Glas (Zenica)*. 2011 Feb;8(1):39-45.
37. Horgan D, Bolanos N, Mastris K, Mendao L, Malats N. Health Literacy: Read All about It *Biomed Hub*. 2017 Nov 21;2(Suppl 1):44-47.
38. Sinha VK, Basu S, Sarkhel S. Euthanasia: An Indian perspective. *Indian J Psychiatry*. 2012 Apr;54(2):177-83.
39. Fontalis A, Prousalis E, Kulkarni K. Euthanasia and assisted dying: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *J R Soc Med*. 2018 Nov;111(11):407-413.
40. Leppert W, Gottwald L, Majkovicz M, Kazmierczak-Lukaszewicz S, Forycka M, Cialkowska-Rysz A, Kotlinska-Lemieszek A. A comparison of attitudes toward

euthanasia among medical students at two Polish universities. *J Cancer Educ.* 2013 Jun;28(2):384-91.

41. Gruber PC, Gomersall CD, Joynt GM, Lee A, Tang PY, Young AS, Yu NY, Yu OT. Changes in medical students' attitudes towards end-of-life decisions across different years of medical training. *J Gen Intern Med.* 2008 Oct;23(10):1608-14.

42. Frileux S, Lelièvre C, Muñoz Sastre MT, Mullet E, Sorum PC. When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable? *J Med Ethics.* 2003 Dec;29(6):330-6.

43. Stolz E, Burkert N, Großschädl F, Rásky É, Stronegger WJ, Freidl W. Determinants of Public Attitudes towards Euthanasia in Adults and Physician-Assisted Death in Neonates in Austria: A National Survey. *PLoS One.* 2015 Apr 23;10(4):e0124320.

44. Bačani D, Ombla J. Neke odrednice stava prema eutanaziji kod medicinskih sestara-tehničara u Hrvatskoj. *Medica Jadertina.* 2019;49(3-4):173-85.

45. Chakraborty R, El-Jawahri AR, Litzow MR, Syrjala KL, Parnes AD, Hashmi SK. A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliat Support Care.* 2017 Oct;15(5):609-622.

46. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open.* 2017 Sep 29;7(9):e016659.

47. Mohankumar D. Prospective end-of-life decision-making: A study of Asian Indian Hindu younger and older adults Doctoral dissertation. Lawrence: University of Kansas; 2009.

8. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Antonia Dokoza
Datum i mjesto rođenja: 22.07.1990. Zadar, Hrvatska
Zvanje: prvostupnica sestrinstva (bacc.med.techn.)
Email: antoniadokoza@gmail.com

Obrazovanje

1997. – 2005. Osnovna škola J.Barakovića, Radovin
2005. – 2009. Klasična gimnazija Ivana Pavla II, Zadar
2013. - 2017. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija,
Preddiplomski studij sestrinstva
2018. - Sveučilišni odjel zdravstvenih studija,
Diplomski studij sestrinstva

Radno iskustvo

2017. – 2019. Ustanova za njegu u kući "Tanja"
2019. - Poliklinika Analiza

Vještine

Aktivno korištenje MS Office paketa.
Aktivno znanje engleskog u govoru i pismu.
Vozačka dozvola A i B kategorije.

PRILOZI

Informirani pristanak

Poštovani/a,

Ovo anonimno istraživanje provodi se u svrhu izrade diplomskog rada "***Razlike stavova studenata zdravstvenih i nezdravstvenih studija o eutanaziji i pravu bolesnika na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti***". Provodi ga Antonia Dokoza, studentica diplomskog studija sestrinstva na Odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, pod mentorstvom izv.prof.dr.sc. Iris Jerončić Tomić. Istraživanjem se ispituju i uspoređuju stavovi studenata zdravstvenih (Odjel zdravstvenih studija i Medicinski fakultet) i nezdravstvenih studija (Pravni, Pomorski i Filozofski fakultet).

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i anonimno, te od istog možete odustati u svakom trenutku bez obrazloženja. Neka pitanja mogu se smatrati osjetljivima, stoga želim naglasiti kako se Vaš odgovor ni na koji način ne može i neće povezati izravno s Vama. Vaši odgovori će biti dostupni isključivo voditeljima istraživanja.

Za ispunjavanje ankete trebat će Vam oko 10 minuta. Ispunjavanjem upitnika potvrđujete da ste pročitali i razumjeli gore navedeno, te pristajete sudjelovati u ovom istraživanju.

Za sva dodatna pitanja i nejasnoće u vezi ovog istraživanja, možete se javiti na e-mail antoniadokoza@gmail.com ili kontakt 092/184-1076.

Hvala na izdvojenom dragocjenom vremenu i odgovorima!



(I) Sociodemografski upitnik

1. Vaš spol: a) muško b) žensko

2. Dob: _____

3. Studij:

a) Odjel zdravstvenih studija

b) Medicinski fakultet

c) Pravni fakultet

d) Pomorski fakultet

e) Filozofski fakultet

4. Godina studija:

a) 1. b) 2. c) 3. d) 4. e) 5. f) 6.

5. Veličina mjesta boravka u kojem ste proveli većinu života:

a) manje od 1 000 stanovnika

b) 1 001 – 10 000 stanovnika

c) 10 001 – 50 000 stanovnika

d) 50 001 – 100 000 stanovnika

e) više od 100 000 stanovnika

6. Kako biste procijenili svoj politički svjetonazor?

a) ekstremno konzervativan

b) konzervativan

c) ne mogu odlučiti

- d) liberalan
- e) ekstremno liberalan

7. Kako biste procijenili svoju religioznost?

- a) Uvjereni/a sam ateist/kinja.
- b) Skloniji/a sam nevjerovanju, nego vjerovanju.
- c) Ne znam, ne mogu procijeniti.
- d) Skloniji/a sam vjerovanju, nego nevjerovanju.
- e) Uvjereni/a sam vjernik/ca.

8. Smatrate li da su na Vaš stav o eutanaziji utjecala religijska uvjerenja?

- a) uopće se ne slažem
- b) djelomično se ne slažem
- c) niti se slažem niti se ne slažem
- d) djelomično se slažem
- e) u potpunosti se slažem

9. Jeste li imali iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji?

- a) da
- b) ne

10. Jeste li ikad skrbili za umiruću osobu?

- a) da
- b) ne

11. Smatrate li da neizlječivo bolesna osoba ima pravo odlučivati o načinu umiranja?

- a) uopće se ne slažem
- b) djelomično se ne slažem

- c) niti se slažem niti se ne slažem
- d) djelomično se slažem
- e) u potpunosti se slažem

12. Smatrate li da bi eutanaziju trebalo legalizirati u RH?

- a) uopće se ne slažem
- b) djelomično se ne slažem
- c) niti se slažem niti se ne slažem
- d) djelomično se slažem
- e) u potpunosti se slažem

13. Smatrate li da je potrebna veća javna rasprava o eutanaziji?

- a) uopće se ne slažem
- b) djelomično se ne slažem
- c) niti se slažem niti se ne slažem
- d) djelomično se slažem
- e) u potpunosti se slažem

(II) Skala stavova o pasivnoj eutanaziji

Pasivna eutanazija se odnosi na namjerni izostanak medicinskih mjera potrebnih za održavanje života (npr. uskraćivanje lijekova, isključivanje uređaja za umjetno održavanje života...).

	uopće se ne slažem	ne slažem se	ni se slažem ni se ne slažem	slažem se	u potpunosti se slažem
Svaki čovjek ima pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.	1	2	3	4	5
Pasivna eutanazija pruža osobi mogućnost da dostojanstveno umre.	1	2	3	4	5
Život nam je podario Bog i On je jedini koji ga ima pravo prekinuti.	1	2	3	4	5
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent novorođenče.	1	2	3	4	5
Ako pacijent nije u stanju samostalno donijeti odluku o prekidu života, opravdano je da to učini njegova obitelj.	1	2	3	4	5
Ako osoba koja trpi teške bolove zatraži da se isključe aparati koji ju održavaju na životu, opravdano je to učiniti.	1	2	3	4	5
Opravdano je isključiti aparate pacijentu koji je već duže vrijeme u vegetativnom stanju.	1	2	3	4	5
Ne postoji zdravstveno stanje koje bi opravdalo pasivnu eutanaziju.	1	2	3	4	5
Pasivna eutanazija je prihvatljiva ako je pacijent samostalno donio odluku o njezinu poduzimanju.	1	2	3	4	5
Nehumano je dopustiti da pacijent umre ako postoji način da mu se produži život.	1	2	3	4	5

Kada se osobi u vegetativnom stanju isključe aparati, za mene je to čin milosrđa.	1	2	3	4	5
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva neovisno o dobi pacijenta.	1	2	3	4	5
Kada je pacijent u vegetativnom stanju, njegova obitelj također pati, stoga je opravdano da mu se isključe aparati.	1	2	3	4	5
Pasivna eutanazija je opravdana ako pacijent boluje od neizlječive bolesti.	1	2	3	4	5
Čovjek nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.	1	2	3	4	5
Ljudski život je svet i kao takvog ga treba očuvati dok Bog ne odluči da je vrijeme za smrt.	1	2	3	4	5
Pasivna eutanazija je neprihvatljiva ako je pacijent dijete.	1	2	3	4	5

(III) Pravo pacijenta na suodlučivanje o postupku liječenja

	uopće se ne slažem	ne slažem se	ni se slažem ni se ne slažem	slažem se	u potpunosti se slažem
Bolesniku treba omogućiti pravo na odbijanje ili prihvaćanje zahvata, uz informiranje i pouku o mogućnosti slobodnog izbora.	1	2	3	4	5
Prilikom donošenja odluke o primjeni nepotrebnih i skupih medicinskih zahvata koji ne mogu pomoći bolesniku treba uzeti u obzir bolesnikove želje, vrijednosti i vjerovanja.	1	2	3	4	5
Bolesnik dok je sposoban odlučivati treba pripremiti pravni dokument "biološku					

oporuku o životu" kojim zahtijeva ograničenja koja se odnose na izbor terapije i primjenu medicinskih postupaka u terminalnoj fazi života.	1	2	3	4	5
Medicinsko osoblje treba uvažavati etički prihvatljivu i provedivu bolesnikovu volju i odluke koje je izrazio dok je bio u svjesnom stanju.	1	2	3	4	5
Liječnik treba obavijestiti bolesnika i njegovu obitelj o svojoj prosudbi da je medicinski postupak beskoristan, te sam donijeti konačnu odluku o njegovoj primjeni.	1	2	3	4	5
Kada zbog bolesnikova stanja zdravstveni djelatnici nisu u mogućnosti od njega dobiti suglasnost za pojedini postupak, suglasnost mogu dati dobrohotni članovi obitelji, roditelji, djeca, bračni/izvanbračni partneri, zakonski zastupnik ili skrbnik.	1	2	3	4	5
Bolesnik u neizlječivoj i završnoj fazi bolesti nije u stanju izvršiti stvarnu procjenu svoga zdravstvenog stanja.	1	2	3	4	5
Liječnik bi s članovima tima trebao odlučivati o potrebnoj primjeni pojedinih medicinskih zahvata kod umirućeg bolesnika.	1	2	3	4	5