

Stavovi i znanje medicinskih sestara/tehničara o distanzaciji

Marasović, Ana Karla

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:559368>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ana Karla Marasović

**STAVOVI I ZNANJE MEDICINSKIH
SESTARA / TEHNIČARA O
DISTANAZIJI**

Završni rad

Osijek, 2018.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Studij sestrinstva

Ana Karla Marasović

**STAVOVI I ZNANJE MEDICINSKIH
SESTARA / TEHNIČARA O
DISTANAZIJI**

Završni rad

Osijek, 2018.

Rad je ostvaren u: Medicinski fakultet Osijek

Mentor rada: doc. dr. sc. prof. Dario Galić

Rad ima 39 listova, 16 tablica, 1 prilog

Ovaj rad posvećujem svom pokojnom ocu, Šimunu, koji je bolovao od karcinoma. Kroz njegovu bolest sam se prvi put susrela s distanzijom, a kroz njegove zadnje dane i s cijenom koja uz nju dolazi. Hvala ti, dragi tata, za svaki poticaj da težim nečem većem, za svaki zagrljaj, hvala ti što si vjerovao u mene. Zahvaljujem se tebi, Anči srce, koja si vjerni prikaz onoga što želim postati, koja si mi bila i majka i otac te mi pružila svu ljubav i podršku koju sam trebala.

Sadržaj:

1. UVOD	1
1.1. Distanazija	2
1.1.2. Stajalište Crkve o distanziji	2
1.2. Distanazija u praksi	3
1.2.1. Onkološki pacijent i distanzija.....	3
1.2.2. Distanazija i pacijenti u vegetirajućem stanju	3
1.2.3. Distanazija i novorođenčad s teškim malformacijama	4
1.2.4. Utvrđivanje smrti.....	5
1.3. Pravni aspekti distanzije	5
1.3.1. Zakon o zaštiti prava pacijenata	5
1.3.2. Kodeks medicinske etike i deontologije.....	6
1.4. Kriteriji za utvrđivanje distanzije	7
1.5. Eutanazija kao odgovor na distanziju	7
1.6. Palijativna skrb kao rješenje	8
1.6.1. Hospicij	8
2. CILJ	9
3. ISPITANICI I METODE	10
3.1. Ustroj studije	10
3.2. Ispitanici	10
3.3. Metode	10
3.4. Statističke metode	11
4. REZULTATI	12
5. RASPRAVA	29
6. ZAKLJUČAK	33
7. SAŽETAK	34
8. SUMMARY	35
9. LITERATURA	36
10. ŽIVOTOPIS	38
11. PRILOZI	39

1. UVOD

Dok se o eutanaziji intenzivno raspravlja, koncept distanzacije je ostao zatvoren u zdravstvenim akademskim krugovima i nepoznat široj javnosti. U Kaznenom zakonu Republike Hrvatske eutanazija se poistovjećuje s ubojstvom i kao takva se tretira. Shodno tome, eutanazija se ne prakticira u zdravstvenim ustanovama RH. Kao protuteža eutanaziji, u svakodnevnu praksu naših zdravstvenih ustanova se suptilno implementirala distanzacija (1).

Razvojem medicine koji je potaknut tehnološkim razvitkom, suzbile su se bolesti od kojih se prije umiralo, produžio se životni vijek ljudi, a time i učestalost bolesti kronične degenerativne patologije. Iako je životni vijek produžen, sama kvaliteta života je narušena, oboljeli često trpe više nego što bi trpjeli da nisu tretirani (2).

U borbi za život korištenjem čitavog raspoloživog arsenala liječenja se pretvara u terapijsku ustrajnost (3). Mora li ljudski život biti sačuvan pod svaku cijenu, ne uzimajući u obzir kvalitetu istog?

Pitanje smrti i umiranja je tabu tema koja se izbjegava, čak i danas, a od rođenja starimo i umiremo. Kao što i sam utemeljitelj pojma distanzacije, Leo Pessini tvrdi: „Život i smrt su dva nerazdvojna pola ljudske stvarnosti.“ (3). Ako odlučujemo kako želimo živjeti, zar se ne bismo trebali pozabaviti i pitanjem kako želimo umrijeti?

1.1. Distanazija

Pojam distanazija neologizam je grčkog podrijetla koji na portugalskom jeziku označava „polaganu, bolnu smrt u velikoj patnji“, a za njegovu popularizaciju unutar bioetičkih krugova zaslužan je dr. Leo Pessini. Distanazija označava primjenu medicinsko-dijagnostičkih i terapijskih postupaka nad pacijentom koje „ne daje nikakve pozitivne rezultate i koje je pacijentu s obzirom na njegovo zdravstveno stanje potpuno beskorisno“. „Može biti bolno i negirati pacijentovo ljudsko dostojanstvo“, produžava patnju i odgađa smrt bolesnika. Postoje mnogi nazivi za distanaziju; u zapadnoeuropskim zemljama se koristi izraz „terapijska ustrajnost“, dok je u SAD-u zastupljen izraz „medicinska beskorisnost (futility)“. Brojna tehnološka dostignuća, i još veće mogućnosti koje pružaju u medicini, otvorila su vrata čovjeku da uđe u ulogu Boga, da u vječnoj borbi konačno nadjača smrt. Liječnici popuštaju pod pritiskom od strane pacijenata, njihovih obitelji i medija, da učine sve što je u njihovoj moći, ne želeći da ih se drži odgovornim za nečiju smrt ili nepružanje pomoći. Kao posljedica se javlja manjak humanog individualiziranog pristupa prema pacijentu, bolesnika se ne gleda kao cjelinu već se isključivo liječi bolest (3).

1.1.2. Stajalište Crkve o distanaziji

Katolička Crkva zagovara dostojanstveno uvažavanje svetosti ljudskoga života te prema njoj distanazija nije moralno opravdana.

Čak i Papa Ivan Pavao II, *Enciklikom Evangelium Vitae*, osuđuje eutanaziju i ukazuje na problematiku distanazije: „ (...) U takvim stanjima, kada se smrt neizbježno i uskoro približava, može se u savjesti odbaciti postupke koji bi samo prouzročili nesiguran i mučan produžetak života, ali ipak bez prekidanja normalnog dužnog liječenja bolesniku u sličnim slučajevima. Odbijanje izvanrednih ili nesrazmjernih sredstava nije jednako samoubojstvu ili eutanaziji; radije izražava prihvaćanje ljudskog stanja pred smrću.“ (3).

Prema izjavi katoličkih biskupskih konferencija i komiteta pro-vita Biskupske konferencije SAD-a, Crkva drži da ni medicinski potpomognuta hidratacija i nutricija nisu moralno obvezne, kada ne donose ugodu, pred neizbježnom smrću u vegetirajućem stanju (3).

1.2. Distanazija u praksi

U časopisu *60-minute story*, članak pod naslovom *The Cost of Dying (Cijena umiranja)*, se pozabavio pitanjem treba li FDA (Savezna agencija za hranu i lijekove) odobriti lijekove koji produžuju život terminalno oboljelih. 2009. godine Medicare je platio 55 milijuna dolara samo za troškove liječenja tijekom zadnja dva mjeseca života oboljelih, a čak 20-30 % dokazano nisu imali značajan utjecaj (4).

1.2.1. Onkološki pacijent i distanzija

Terminalni bolesnik je osoba koja je došla u fazu bolesti gdje medicina više ne može ništa napraviti te je u iščekivanju svoje skore neizbježne smrti. U tim trenutcima je potrebno prebaciti fokus s liječenja na pružanje adekvatne skrbi s naglaskom na humaniji pristup (5).

Distanzija se najčešće provodi nad onkološkim pacijentima. Prema istraživanju Europskog društva za medicinsku onkologiju (ESMO), čak 48 % pacijenata u svoja posljednja dva mjeseca života prima kemoterapiju, dok je u posljednjem mjesecu terapiji podvrgnuto 30 %. Brojke također pokazuju da, unatoč uznapredovaloj metastatskoj bolesti, 6-10 % oboljelih u svojim zadnjih tjedan dana života primaju kemoterapiju (1).

1.2.2. Distanzija i pacijenti u vegetirajućem stanju

Vegetirajuće stanje karakterizira budnost pacijenta, ali ne i svjesnost o okolini. Osoba u takvom stanju može imati osnovne reflekse, otvoriti/zatvoriti oči, zaspati/probuditi se, čak i samostalno disati, međutim, ne pokazuje znakove emocija ni kognitivne funkcije i ne daje odgovore od značaja. Takvo stanje traži umjetno hranjenje, trajni urinarni kateter, sprječavanje infekcija i ostale izvanredne postupke i aparaturu. Ukoliko se pacijent nalazi u takvom stanju duže od 6 mjeseci zbog netraumatske ozljede glave ili duže od 12 mjeseci uslijed traumatske, možemo reći da se nalazi u trajnom vegetirajućem stanju te je oporavak teško zamisliv. Mogućnost oporavka opada s vremenom, a oni koji povrate svijest ne mogu samostalno funkcionirati uslijed znatnog disabiliteta. Takvi pacijenti godinama vezuju svoje obitelji za bolničku postelju dok su se resursi mogli uložiti za nešto potrebnije (6). 1976. godine se pojavljuju nalozi da se ne vrši reanimacija (do not resuscitate orders) kojim pacijenti mogu odbiti korištenje izvanrednih mjera u smislu održavanja na životu (CPR, intubaciju). Danas u SAD-u postoji *Natural Death Act (living will)* koji u formi oporuke o životu ili punomoći dozvoljava osobi da

donese odluku o tome kako želi da se s njim postupa u određenim situacijama, kada više ne bude sposoban donositi odluke. U najboljem interesu pacijenta, liječnici su dužni zajedno s obitelji ili zastupnikom odrediti palijativnu skrb (3).

Kod reverzibilne kome potrebno je iskoristiti sva sredstva na raspolaganju, ako je u pitanju ireverzibilna koma, pruža se samo uobičajena njega, a ako je došlo do moždane smrti potrebno je obustaviti sve reanimacijske postupke, ukoliko ne treba održavati organe sa svrhom presađivanja (2).

Breen i suradnici ispitali su učestalost konfliktnih situacija u vezi prekida održavanja života u JIL-u. Potvrđeno je 48 % konfliktnih situacija između obitelji i osoblja, kao i među osobljem, a među članovima obitelji potvrđeno je 24 % konfliktnih situacija (7).

1.2.3. Distanazija i novorođenčad s teškim malformacijama

Rođenje djeteta je jedan od najvažnijih događaja u životu obitelji. Prije su mnoge majke umirale tokom poroda i neonatalna smrtnost je bila visoka. Danas, uz tehnološki progres medicine umanjena je smrtnost majki pri porodu, ali i omogućeno održavanje vitalno ugrožene novorođenčadi na životu. Teške malformacije u novorođenčadi gotovo uvijek imaju smrtni ishod ili rezultiraju teškim mentalnim ili psihičkim disabilitetom čak i uz intenzivno liječenje (8).

U članku 29. *Otavske deklaracije*, koju je ujedno priznala i Svjetska medicinska udruga 1999. godine, navedeno je da je djetetu u terminalnom stadiju bolesti potrebno pružiti palijativnu skrb te mirnu i dostojanstvenu smrt (9).

Prema *Figo povjerenstvu za etičke aspekte humane reprodukcije i zdravlje žena*, novorođenče s teškim malformacijama ima pravo umrijeti u dostojanstvu bez pribjegavanja beskorisnim tretmanima, kada se zaključi da je to u njegovu najboljem interesu. Roditelji kao zastupnici svog djeteta imaju pravo na informiranost o dijagnozi, prognozi, pravo na savjetovanje i na donošenje odluke. Kada su u pitanju teške malformacije nespojive sa životom, etički je prihvatljivo uskratiti djetetu reanimaciju ili druge tretmane, ukoliko ne bi donijele korist. Kod takvih situacija trebala bi biti ponuđena prikladna palijativna skrb te prema potrebi pružiti analgeziju. Ukoliko postoji nesigurnost u to hoće li se neki tretman pokazati korisnim, dozvoljeno ga je privremeno koristiti dok se ne dobije odgovor (10).

Također, *Barcelonska deklaracija o pravima majke i novorođenčeta* u članku 9. kao pravo novorođenčeta ističe da ako se plod rodi s anomalijama nespojivim sa životom „na novorođenče se ne trebaju primijeniti uzaludni postupci liječenja“ (11).

1.2.4. Utvrđivanje smrti

Kriterij za utvrđivanje smrti je dugo vremena bilo odsustvo vitalnih znakova: disanja i rada srca. Nakon što je medicina reanimacije i transplatacije uzela maha te se novim tehnološkim napretkom može manipulirati istim funkcijama, dajući privid da je osoba živa, ti kriteriji sami za sebe više nisu mjerodavni. Time dolazimo do delikatnog pitanja: „Koja je to točka ljudskog života s koje nema povratka?“ Nemoguće je točno odrediti trenutak smrti jer stanice različitog tipa ne propadaju istom brzinom. Odnedavna je za glavni kriterij postavljena moždana smrt. Obuhvaća odumiranje moždanih polutki i moždanog debla (2). Koncept je nastao 1968. na Sveučilištu Harvard s početkom ere presađivanja i prihvatila ga je Papinska akademija znanosti 1985. godine (3).

1.3. Pravni aspekti distanzije

Bolest, pogotovo ako je duža i zahtjeva hospitalizaciju, kod čovjeka izaziva strah. Kada se čovjek nađe u bolničkom sustavu, izvan svoje zone ugone, rutinski biva podvrgnut mnogim, nerijetko i bespotrebim dijagnostičkim pretragama i tretmanima. U svoj toj vrevi, često ostane i zakinut za informacije. On tako postaje samo još jedna od dijagnoza u nizu koju treba liječiti (2).

Europska povelja o pravima pacijenata ili Rimska povelja, koja je i kod nas usvojena, među svojih 14 točaka naglašava i pravo na informaciju, na pristanak, slobodan izbor, pravo na izbjegavanje nepotrebne patnje i boli te pravo na individualni pristup (12).

1.3.1. Zakon o zaštiti prava pacijenata

U članku 16. ZZPP-a ističe se pravo pacijenta na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog ili terapijskog postupka. Izražava se potpisanom pismenom suglasnošću.

„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 njegovoga zdravlja.“

Nadalje, u članku 17., za pacijenta koji nije sposoban dati pristanak bilo da nije pri svijesti, ima teže duševne smetnje, nije poslovno sposoban ili je maloljetan, suglasnost potpisuje zakonski zastupnik / skrbnik pacijenta. Suglasnost se uvijek može povući, a ako zdravstveni radnik primijeti sukob interesa dužan je obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb. Ne ispuni li tu dužnost prijeti mu novčana kazna prema kaznenim odredbama ZZPP-a, čl. 42. u iznosu od 5.000 - 10.000 kn.

Članak 18. pak nalaže: „Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost zakonskog zastupnika / skrbnika pacijent će se podvrći dijagnostičkom/terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovoga zdravlja.“

Kaznene odredbe ZZPP-a u čl. 41. nalažu da se novčano kazni zdravstvena ustanova koja je uskratila pravo pacijenta na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka protivno članku 16. – 18., u iznosu od 10.000 - 50.000 kn (13).

1.3.2. Kodeks medicinske etike i deontologije

Prema preporukama Kodeksa medicinske etike i deontologije, iz članka 2. koji određuje obveze liječnika prema pacijentu/bolesniku, stavka 4. ističe pravo pacijenta na informiranost i odluku o prihvaćanju ili odbijanju pojedinih zahvata: „Poštovat će pravo duševno sposobnog i svjesnog pacijenta da dobro obaviješten slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika, odnosno preporučenu liječničku pomoć. Kad pacijent nije sposoban o tome odlučivati, o tome odlučuje njegov zastupnik. Ako zastupnik nije nazočan, liječnik će, ako se s odlukom ne može pričekati, primijeniti, prema svom znanju, najbolji način liječenja.“

U stavci 5. je pak uređena obveza prema djeci i maloljetnim osobama: „Pregled i pružanje liječničke pomoći djeci i maloljetnim osobama liječnik će učiniti uz suglasnost roditelja ili skrbnika, odnosno starijih najbližih punoljetnih članova obitelji, osim u hitnim slučajevima. Liječnik će primijeniti najprikladniji postupak, a otkloniti zahtjeve laika koji bi mogli ugroziti zdravlje ili život djeteta i maloljetne osobe i uskratiti mjere zdravstvene skrbi...“

U stavci 7. se navodi liječnička obveza da u svakom postupku s pacijentom postupaju ekonomično te da se nepotrebni pregledi i liječenje ne provode bez obzira tko snosi troškove tretmana.

U članku 4. su uređene obveze prema umirućem pacijentu. Stavka 1. glasi: „Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg pacijenta, kada će liječnik pacijentu uz lijekove nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući pacijentovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i pacijentove bližnje o njegovu stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju pacijentovih tegoba.“ U stavci 3. se dotiče i same distanzije: „Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u nepovratnom završnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.“ (14).

1.4. Kriteriji za utvrđivanje distanzije

Teško je razlučiti kada zapravo neki medicinski zahvat postaje beskoristan. Liječnik treba donijeti odluku svjesno i promišljeno te stručno procijeniti terapijsku korisnost zahvata.

Nedostatnost kriterija za utvrđivanje terapijskog nasilja iznijela je Michele Aramini: „Trenutno važeći kriterij za prepoznavanje terapijskog nasilja je proporcionalnost sredstava s njihovom predviđenom učinkovitošću, tj. terapijski rezultat: ako su sredstva neproporcionalna terapijskom učinku, tada se radi o terapijskom nasilju.“ (2).

1.5. Eutanazija kao odgovor na distanziju

Upravo zbog pretjeranog korištenja svih raspoloživih sredstava i mukotrpnog produžavanja života, ne vidi se smisao istog, te se rapidno širi ideja eutanazije. Iako je ideja zapakirana kao oslobođenje od patnje, a kasnije i kao pravo pojedinca da odlučuje o trenutku svoje smrti, kao i distanzija ona izaziva „smrt izvan svog vremena“. U Nizozemskoj to već podsjeća na Hitlerovsku eugeničku eutanaziju, donošenjem odluke o beskorisnosti tuđeg života, zloupotrebljavajući zakon, položaj i narušavajući prava pojedinaca, odbacujući ih jer nisu društveno korisni (2).

1.6. Palijativna skrb kao rješenje

Palijativna skrb je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji određena kao „potpuna aktivna briga o pacijentima, čija bolest više ne odgovara na kurativni tretman“ (15).

Za razliku od distanzacije gdje je fokus na kvantiteti života (produžavanje) i eutanazije koja skraćuje život zbog kvalitete ostatka života, palijativna skrb se temelji na ortotanaziji („humana smrt u pravo vrijeme“). Palijativna skrb može se provoditi u bolnicama, domovima za starije osobe, hospicijima, u bolesnikovu domu i sl. (16).

Sama palijativna skrb je relativno nova, sveobuhvatna multidisciplinarna djelatnost koja je posvećena poboljšanju kvalitete života bilo na početku bolesti ili na samom kraju života, pa i kod teških kroničnih oboljenja. U timu sudjeluju liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, fizioterapeuti, farmaceuti, duhovnici i osposobljeni volonteri. Tim procjenjuje potrebe oboljelog i oblikuje individualni plan skrbi za svakog ponaosob. U idealnom slučaju, dio tima je i pacijentov osobni liječnik. U skrb se uključuju i članovi obitelji koji su poučeni davanju lijekova i obavljanju svakodnevne njege dok je bolesnik kod kuće. Palijativna skrb usmjerena je na otklanjanje simptoma, minimaliziranje bolova, psihološku i duhovnu podršku, te sprječava socijalnu izoliranost samog oboljelog (5).

Svaki dom zdravlja mora osigurati palijativnu skrb za svoje područje. Ustanova za palijativnu skrb ima interdisciplinarni tim koji djeluje u kućnim posjetama, kao i u ambulancama za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak (17).

1.6.1. Hospicij

Hospicij nije isključivo samo fizičko mjesto već filozofija skrbi, pružanje usluge gdje god da se pacijent nađe, da punije živi vlastitu smrt. Prvi hospicij, St. Christopher's u Londonu otvorila je dr. Cicely Saunders 1967. godine s idejom prihvatilišta za napuštene i teško bolesne osobe, da im se pruži adekvatna pomoć i podrška (18).

U Republici Hrvatskoj je 1994. godine Anica Jušić osnovala Hrvatsko društvo za hospicij / palijativnu skrb Hrvatskog liječničkog zbora, koje organizira i tečajeve za osposobljavanje. Godine 1999. je u Republici Hrvatskoj započeo s djelovanjem i prvi hospicijski tim kućne skrbi (19).

2. CILJ

Ciljevi ovog istraživanja jesu:

1. Ispitati postoji li razlika u mišljenjima medicinskih sestara / tehničara o distanziji s obzirom na stupanj obrazovanja
2. Ispitati postoje li razlike u mišljenjima medicinskih sestara / tehničara o distanziji s obzirom na životnu dob
3. Ispitati postoje li razlike u mišljenjima medicinskih sestara / tehničara o distanziji s obzirom na mjesto rada.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

U istraživanju je provedena presječna studija.

3.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 113 ispitanika, medicinske sestre / tehničari KBC Osijek, srednje, više i visoke stručne spreme, zaposleni na Klinici za unutarnje bolesti, Klinici za kirurgiju, Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Klinici za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata te na Zavodu za onkologiju, koji su boravili na svom radnom mjestu tijekom rujna i listopada 2017. godine.

3.3. Metode

Svi podaci su prikupljeni anonimnim anketnim upitnikom izrađenim za ovo istraživanje. Prvi dio upitnika koji se odnosi na opće podatke sadrži 10 pitanja: o spolu, dobi, bračnom statusu, roditeljstvu, samoprocjeni religioznosti, stručnoj spremi, godinama radnog iskustva, trenutnom obavljanju dužnosti, pohađaju li ispitanici studij sestrinstva ili ne te koje im je radno mjesto. Od 10 navedenih pitanja, 2 su otvorenog tipa gdje ispitanici unose dob i broj godina radnog iskustva u struci, a druga pitanja su na zaokruživanje. Podatci o bračnom statusu, roditeljstvu i samoprocjeni religioznosti nisu relevantni za istraživanje stoga nisu dalje ni obrađivani.

Anketni upitnik koji se odnosi na specifične podatke sadrži 38 pitanja. Prvih 17 pitanja ispitanik odgovara na jedan od ponuđenih odgovora za koje smatra da je točno. S obzirom na to da pitanja: 11. „Koji je najveći problem u bolesnika u terminalnoj fazi bolesti?“ i 12. „Koja je terapija najčešće korištena kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti?“ nisu prikladno formirana ni relevantna za istraživanje, nisu korištena u daljnjoj obradi. Posljednje 21 pitanje ispitanik na temelju vlastitog znanja i iskustva rangira navedene tvrdnje u pitanjima (1 - uopće se ne slažem; 2 - uglavnom se ne slažem; 3 - djelomično se slažem; 4 - slažem se; 5 - potpuno se slažem). Prije početka ispunjavanja anketnog upitnika, ispitanici su dobili obavijest u kojoj je istraživanje ukratko objašnjeno te suglasnost koju su trebali potpisati prije ispunjavanja.

3.4. Statističke metode

Podaci su obrađeni u računalnom programu MedCalc (inačica 16.2.0, MedCalc Software bvba, Ostend, Belgija). Kategorijski podaci su prikazani pomoću apsolutnih i relativnih frekvencija. Numerički podaci su prikazani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, ukoliko je razdioba bila normalna, u protivnom prikazani su pomoću medijana i interkvartilnog raspona. Razlike među kategorijskim podacima ispitane su pomoću χ^2 i Fisherovog egzaktnog testa. Razlike među numeričkim varijablama ispitane su pomoću Mann Whitney U testa i Kruskal Wallisovog testa. Povezanost među numeričkim varijablama ispisane su pomoću Kendallovog tau testa. Razina statističke značajnosti određena je s $p < 0,05$.

4. REZULTATI

Tablica 1 sadrži prikaz općih podataka o ispitanicima. U istraživanju je sudjelovalo 90 (79,65 %) ispitanika ženskog i 23 (20,35 %) muškog spola ($p < 0,001$), prosječne dobi 38,62.

Tablica 1. Opći podaci o ispitanicima			
		n (%)	p*
Spol			
	Muški	23 (20.35)	<0.001
	Ženski	90 (79.65)	
Dob		38.62 (11.79) [†]	
*χ^2, [†]aritmetička sredina i standardna devijacija			

Tablica 2 sadrži prikaz ispitanika prema stručnoj spremi, godinama radnog staža, obavljanju dužnosti, razini obrazovanja i radnom mjestu.

Tablica 2. Podaci ispitanika prema stručnoj spremi, stažu, razini obrazovanja i radnom mjestu			
		n (%)	p*
Stručna sprema:			
	Srednja stručna sprema	75 (66,37)	<0,001
	Viša stručna sprema	28 (24,78)	
	Visoka stručna sprema	10 (8,85)	
Radni staž:			
		17,85 (12,18) †	
Trenutno obavljate dužnost:			
Medicinska sestra:	U jutarnjoj smjeni	15 (13,27)	<0,001
	U dvije smjene	18 (15,93)	
	U tri smjene	67 (59,29)	
Glavna sestra:	Odsjeka	3 (2,66)	
	Odjela	9 (7,97)	
	Klinike/bolnice	1 (0,88)	
Pohađanje studija sestrinstva			
Ne		69 (61,06)	<0,001
Da	Trogodišnji	6 (5,31)	
	Petogodišnji	7 (6,20)	
Završen	Trogodišnji	22 (19,47)	
	Petogodišnji	9 (7,96)	
Radno mjesto			
	Klinika za unutarnje bolesti	21 (18,58)	0,196
	Klinika za kirurgiju	31 (27,43)	
	Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje	25 (22,12)	
	Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata	16 (14,16)	
	Zavod za onkologiju	20 (17,70)	
*χ^2 test			

Tablica 3 sadrži prikaze znanja o distanziji za sve ispitanike. U svom radnom iskustvu je njih 98 (86,73 %) svjedočilo primjeni beskorisnog tretmana nad bolesnikom ($p < 0,001$).

Tablica 3. Prikaz znanja o distanziji za sve ispitanike		
	n (%)	p*
Distanzija je?		
Čin s ciljem uzrokovanja smrti, kako bi se uklonila svaka bol.	3 (2,66)	<0,001
Korištenje svih raspoloživih sredstava, bilo primjerenih ili neprimjerenih, za umjetno produžavanje života i odgađanje dolaska smrti u bolesnika u završnoj fazi života.	99 (87,61)	
Pomoć umirućem puštanjem da umre, izbjegavanjem posebnih mjera kojima se produžava život.	11 (9,73)	
Drugo ime za distanziju je:		
Terapijska beskorisnost	83 (73,45)	<0,001
Ubojstvo iz milosrđa	4 (3,54)	
Dostojanstvena smrt	16 (14,16)	
Ne znam	10 (8,85)	
Po čemu se razlikuje distanzija od eutanazije?		
Nema razlike	5 (4,42)	<0,001
Eutanazija je skraćivanje života, distanzija je produljenje života.	62 (54,87)	
Eutanazija je potpomognuto samoubojstvo, distanzija je zapravo palijativna skrb.	46 (40,71)	
Jeste li tijekom rada imali iskustvo s primjenom beskorisnog tretmana nad bolesnikom?		
Da	98 (86,73)	<0,001
Ne	15 (13,27)	
Jeste li imali iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji?		
Da	53 (46,90)	0,638
Ne	60 (53,10)	
*χ^2 test		

U Tablici 4 se nalazi prikaz mišljenja o distanzaciji za sve ispitanike. Najveći udio ispitanika bi radije želio dostojanstvenu smrt (77,88 %), bez patnje, u odnosu na korištenje raspoloživih sredstava radi produljenja života (22,12 %), $p < 0,001$.

Tablica 4. Prikaz mišljenja o distanzaciji (1. dio)			
		n (%)	p*
Da ste u pitanju Vi, Vaše dijete ili drugi član obitelji, biste li se koristili svim raspoloživim sredstvima, unatoč njihovoj beskorisnosti, ili biste željeli smrt u dostojanstvu bez produžavanja patnje?			
	Koristio/la bih se svim raspoloživim sredstvima.	25 (22,12)	<0,001
	Htio/la bih dostojanstvenu smrt.	88 (77,88)	
Koliko često se susrećete s bolesnicima koji su podvrgnuti medicinskim tretmanima bez ikakve nade u poboljšanje stanja?			
	Svakodnevno	43 (38,05)	<0,001
	Ponekad	59 (52,21)	
	Jako rijetko	11 (9,74)	
	Nikad	0 (0)	
Smatrate li da se medicinski tretmani u terminalnom stadiju bolesti propisuju racionalno iako nemaju nikakav učinak?			
	Da	31 (27,43)	0,236
	Ne	47 (41,60)	
	Ne znam	35 (30,97)	
Mislite li da socioekonomski status utječe na dostupnost medicinskih tretmana?			
	Da	68 (60,18)	<0,001
	Ne	31 (27,43)	
	Ne znam	14 (12,39)	
*χ^2 test			

U Tablici 5 se nalazi drugi dio rezultata o mišljenju o distanziji za sve ispitanike. Najveći udio ispitanika smatra kako je psihoterapija iznimno bitna u liječenju osoba oboljelih od neizlječivih bolesti (71,68 %), $p < 0,001$.

Tablica 5. Prikaz mišljenja o distanziji (2. dio)			
		n (%)	p*
U liječenju osoba koje boluju od neizlječivih bolesti, koliko mislite da je bitna psihoterapija?			
	Iznimno bitna	81 (71,68)	<0,001
	Bitna, no bitnija je farmakoterapija	23 (20,35)	
	Nebitna	2 (1,77)	
	Ne znam	7 (6,20)	
Mislite li da je važnije poraditi na kvaliteti života, a ne samo bespotrebno produživati postojeće stanje?			
	Da	100 (88,5)	<0,001
	Ne	0 (0)	
	Ne znam	13 (11,5)	
*χ^2 test			

U Tablici 6 se nalazi treći dio mišljenja o distanzaciji za sve ispitanike.

Tablica 6. Prikaz mišljenja o distanzaciji (3. dio)			
		n (%)	p*
Jeste li se dosad susreli s nalogom da se ne vrši reanimacija?			
	Da	77 (68,14)	<0,001
	Ne	36 (31,86)	
Je li zdravstveni tim poštovao želje bolesnika?			
	Da	52 (67,53)	<0,001
	Ne	25 (32,47)	
Tko bi po Vama mogao donijeti odluku o prestanku liječenja?			
	Samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju s liječnicima i psiholozima	76 (67,26)	<0,001
	Bolesnikova obitelj	10 (8,85)	
	Medicinski tim koji skrbi o bolesniku	9 (7,96)	
	Ne znam	18 (15,93)	
Po Vašem mišljenju, treba li se liječiti osoba osuđena na život ovisan o aparaturi?			
	Da	56 (49,56)	0,925
	Ne	57 (50,44)	
*χ^2 test			

Tablica 7 sadrži prikaze usporedbi prvog dijela pitanja, o mišljenju o distanzaciji prema razini obrazovanja. Niti u jednom pitanju nisu pronađene statistički značajne razlike.

Tablica 7. Usporedba mišljenja o distanzaciji prema razini obrazovanja (1. dio)				
	SSS	VŠS	VSS	p*
Da ste u pitanju Vi, Vaše dijete ili drugi član obitelji, biste li se koristili svim raspoloživim sredstvima, unatoč njihovoj beskorisnosti, ili biste željeli smrt u dostojanstvu bez produžavanja patnje?				
Koristio/la bih se svim raspoloživim sredstvima.	17 (22,67 %)	3 (10,71 %)	5 (50,00 %)	0,037
Htio/la bih dostojanstvenu smrt.	58 (77,33 %)	25 (89,29 %)	5 (50,00 %)	
Koliko često se susrećete s bolesnicima koji su podvrgnuti medicinskim tretmanima bez ikakve nade u poboljšanje stanja?				
Svakodnevno	31 (41,33 %)	7 (25,00 %)	5 (50,00 %)	0,432
Ponekad	37 (49,33 %)	17 (60,71 %)	5 (50,00 %)	
Jako rijetko	7 (9,33 %)	4 (14,29 %)	0 (0,00)	
Nikad	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Smatrate li da se medicinski tretmani u terminalnom stadiju bolesti propisuju racionalno iako nemaju nikakav učinak?				
Da	22 (29,33 %)	6 (21,43 %)	3 (30,00 %)	0,788
Ne	31 (41,33 %)	11 (39,29 %)	5 (50,00 %)	
Ne znam	22 (29,33 %)	11 (39,29 %)	2 (20,00 %)	
Mislite li da socioekonomski status utječe na dostupnost medicinskih tretmana?				
Da	44 (58,67 %)	18 (64,29 %)	6 (60,00 %)	0,724
Ne	21 (28,00 %)	6 (21,42 %)	4 (40,00 %)	
Ne znam	10 (13,33 %)	4 (14,29 %)	0 (0,00 %)	
*Fisherov egzaktni test				

Tablica 8 sadrži prikaze usporedbi drugog dijela pitanja, o mišljenju o distanzaciji prema razini obrazovanja. Statistički značajna razlika nije pronađena.

Tablica 8. Usporedba mišljenja o distanzaciji prema razini obrazovanja (2. dio)				
	SSS	VŠS	VSS	p*
U liječenju osoba koje boluju od neizlječivih bolesti, koliko mislite da je bitna psihoterapija?				
Iznimno bitna	51 (68,00 %)	20 (71,43 %)	10 (100,00 %)	0,618
Bitna, no bitnija je farmakoterapija	17 (22,67 %)	6 (21,43 %)	0 (0,00 %)	
Nebitna	2 (2,67 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
Ne znam	5 (6,67 %)	2 (7,14 %)	0 (0,00 %)	
Mislite li da je važnije poraditi na kvaliteti života, a ne samo bespotrebno produživati postojeće stanje?				
Da	65 (86,67 %)	26 (92,86 %)	9 (90,00 %)	0,803
Ne	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	
Ne znam	10 (13,33 %)	2 (7,14 %)	1 (10,00 %)	
*Fisherov egzakti test				

Tablica 9 sadrži prikaze usporedbi trećeg dijela pitanja, o mišljenju o distanzaciji prema razini obrazovanja. Statistički značajne razlike nisu pronađene niti u jednom mišljenju.

Tablica 9. Usporedba mišljenja o distanzaciji prema razini obrazovanja (3. dio)				
	SSS	VŠS	VSS	p*
Jeste li se dosad susreli s nalogom da se ne vrši reanimacija?				
Da	50 (66,67 %)	18 (64,29 %)	9 (90,00 %)	0,283
Ne	25 (33,33 %)	10 (35,71 %)	1 (10,00 %)	
Je li zdravstveni tim poštovao želje bolesnika?				
Da	34 (68,00 %)	10 (55,56 %)	8 (88,89 %)	0,237
Ne	16 (32,00 %)	8 (44,44 %)	1 (11,11 %)	
Tko bi po Vama mogao donijeti odluku o prestanku liječenja?				
Samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju s liječnicima i psiholozima	47 (62,67 %)	20 (71,43 %)	9 (90,00 %)	0,639
Bolesnikova obitelj	7 (9,33 %)	3 (10,71 %)	0 (0,00 %)	
Medicinski tim koji skrbi o bolesniku	7 (9,33 %)	1 (3,57 %)	1 (10,00 %)	
Ne znam	14 (18,67 %)	4 (14,29 %)	0 (0,00 %)	
Po Vašem mišljenju, treba li se liječiti osoba osuđena na život ovisan o aparaturi?				
Da	37 (49,33 %)	12 (42,86 %)	7 (70,00 %)	0,336
Ne	38 (50,67 %)	16 (57,14 %)	3 (30,00 %)	
*Fisherov egzakti test				

U Tablici 10 se nalazi prikaz mišljenja o distanzaciji prema radnom mjestu, prvi dio. Nisu pronađene statistički značajne razlike niti u jednom pitanju.

Tablica 10. Usporedba mišljenja o distanzaciji prema radnom mjestu (dio1)							
		INT	KIR	ANES	ORL	ONK	p*
Da ste u pitanju Vi, Vaše dijete ili drugi član obitelji, biste li se koristili svim raspoloživim sredstvima, unatoč njihovoj beskorisnosti, ili biste željeli smrt u dostojanstvu bez produžavanja patnje?							
	Koristio/la bih se svim raspoloživim sredstvima.	4 (19,05 %)	7 (22,58 %)	5 (20,00 %)	5 (31,25 %)	4 (20,00 %)	0,925
	Htio/la bih dostojanstvenu smrt.	17 (80,95 %)	24 (77,42 %)	20 (80,00 %)	11 (68,75 %)	16 (80,00 %)	
Koliko često se susrećete s bolesnicima koji su podvrgnuti medicinskim tretmanima bez ikakve nade u poboljšanje stanja?							
	Svakodnevno	10 (47,62 %)	9 (29,03%)	4 (16,00 %)	6 (37,50 %)	14 (70,00 %)	<0,001
	Ponekad	6 (28,57 %)	18 (58,06%)	20 (80,00 %)	9 (56,25 %)	6 (30,00 %)	
	Jako rijetko	5 (23,81 %)	4 (12,90 %)	1 (4,00 %)	1 (6,25 %)	0 (0,00 %)	
	Nikad	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Smatrate li da se medicinski tretmani u terminalnom stadiju bolesti propisuju racionalno iako nemaju nikakav učinak?							
	Da	9 (42,86 %)	12 (38,71 %)	5 (20,00 %)	3 (18,75 %)	2 (10,00 %)	0,079
	Ne	8 (38,10 %)	9 (29,03 %)	15 (60,00 %)	5 (31,25 %)	10 (50,00 %)	
	Ne znam	4 (19,05 %)	10 (32,26 %)	5 (20,00 %)	8 (50,00 %)	8 (40,00 %)	
Mislite li da socioekonomski status utječe na dostupnost medicinskih tretmana?							
	Da	13 (61,90 %)	21 (67,74 %)	13 (52,00 %)	8 (50,00 %)	13 (65,00 %)	0,151
	Ne	6 (28,57 %)	10 (32,26 %)	5 (20,00 %)	5 (31,25 %)	5 (25,00 %)	
	Ne znam	2 (9,52 %)	0 (0,00 %)	7 (28,00 %)	3 (18,75 %)	2 (10,00 %)	
*Fisherov egzaktni test							

U Tablici 11 se nalazi drugi dio usporedbi mišljenja ispitanika o distanzaciji, prema radnom mjestu. Pronađene su statistički značajne razlike u mišljenju o važnosti psihoterapije.

Tablica 11. Usporedba mišljenja o distanzaciji prema radnom mjestu (dio 2)						
	INT	KIR	ANES	ORL	ONK	p*
U liječenju osoba koje boluju od neizlječivih bolesti, koliko mislite da je bitna psihoterapija?						
Iznimno bitna	18 (85,71 %)	23 (74,19 %)	9 (36,00 %)	14 (87,50 %)	17 (85,00 %)	<0,001
Bitna, no bitnija je farmakoterapija	0 (0,00 %)	8 (25,81 %)	14 (56,00 %)	1 (6,25 %)	0 (0,00 %)	
Nebitna	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	0 (0,00 %)	2 (10,00 %)	
Ne znam	3 (14,29 %)	0 (0,00 %)	2 (8,00 %)	1 (6,25 %)	1 (5,00 %)	
Mislite li da je važnije poraditi na kvaliteti života, a ne samo bespotrebno produživati postojeće stanje?						
Da	19 (90,48 %)	31 (100,00 %)	21 (84,00 %)	12 (75,00 %)	17 (85,00 %)	0,044
Ne	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Ne znam	2 (9,52 %)	0 (0,00 %)	4 (16,00 %)	4 (25,00 %)	3 (15,00 %)	
*Fisherov egzaktni test						

Tablica 12 sadrži treći dio usporedbi mišljenja o distanzaciji prema radnom mjestu. Statistički značajna razlika je pronađena u svim pitanjima.

Tablica 12. Usporedba mišljenja o distanzaciji prema radnom mjestu (dio3)							
		INT	KIR	ANES	ORL	ONK	p*
Jeste li se dosad susreli s nalogom da se ne vrši reanimacija?							
	Da	16 (76,19 %)	21 (67,74 %)	23 (92,00 %)	5 (31,25 %)	12 (60,00 %)	<0,001
	Ne	5 (23,81 %)	10 (32,26 %)	2 (8,00 %)	11 (68,75 %)	8 (40,00 %)	
Je li zdravstveni tim poštovao želje bolesnika?							
	Da	13 (81,25 %)	20 (95,24 %)	3 (13,04 %)	5 (100 %)	11 (91,67 %)	<0,001
	Ne	3 (18,75 %)	1 (4,76 %)	20 (86,96 %)	0 (0 %)	1 (8,33 %)	
Tko bi po Vama mogao donijeti odluku o prestanku liječenja?							
	Samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju s liječnicima i psiholozima	16 (76,19 %)	22 (70,97 %)	19 (76,00%)	9 (56,25 %)	10 (50,00 %)	0,033
	Bolesnikova obitelj	3 (14,29 %)	3 (9,68 %)	2 (8,00 %)	2 (12,50 %)	0 (0,00 %)	
	Medicinski tim koji skrbi o bolesniku	2 (9,52 %)	1 (3,23 %)	2 (8,00 %)	0 (0,00 %)	4 (20,00 %)	
	Ne znam	0 (0,00 %)	5 (16,13 %)	2 (8,00 %)	5 (31,25 %)	6 (30,00 %)	
Po Vašem mišljenju, treba li se liječiti osoba osuđena na život ovisan o aparaturi?							
	Da	8 (38,10 %)	10 (32,26 %)	14 (56,00 %)	9 (56,25 %)	15 (73,68 %)	0,029
	Ne	13 (61,90 %)	21 (67,74 %)	11 (44,00 %)	7 (43,75 %)	5 (26,32 %)	
*Fisherov egzaktni test							

Tablica 13 sadrži rangirane tvrdnje na Likertovoj skali. Najmanji mogući odgovor iznosio je 1, a najveći 5. U tablici su navedeni pripadajući kodovi pojedinih pitanja, koji se koriste daljnjim usporedbama.

Tablica 13. Rangiranje tvrdnji o distanzaciji na temelju Likertove skale		
KOD	PITANJE	arit. sr. (std. dev.)
P 1	Pacijenti i njihova obitelj često imaju nerealna očekivanja za ozdravljenjem kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	4,12 (0,91)
P 2	Često se vrši pritisak na zdravstvene djelatnike da učine sve što je u njihovoj moći, unatoč tome što od tretmana nema koristi	4,26 (0,94)
P 3	Liječnik je dužan primjenjivati postupke od kojih bolesnik neće imati koristi sve dok postoji nada za život	3,19 (1,9)
P 4	Ljudski život mora biti sačuvan pod svaku cijenu, ne uzimajući u obzir kvalitetu istog	2,58 (1,7)
P 5	Propisivanje bespotrebnih pretraga i drugih medicinskih tretmana mogu samo pomoći bolesniku	2,09 (1,11)
P 6	Medicinski postupci od kojih bolesnik nema nikakvu korist prvenstveno doprinose produljenju patnje, a ne poboljšanju kvalitete života	4 (1,02)
P 7	Dugotrajna upornost u oživljavanju bolesnika nakon izostanka vitalnih funkcija je uplitanje u prirodni proces umiranja	3,69 (1,13)
P 8	Tretman za održavanje života može biti obustavljen kada je mnogo više tegoban nego koristan za pacijenta	3,89 (0,9)
P 9	Nemoguće je odrediti kada medicinski tretman postaje beskoristan za bolesnika	2,96 (1,06)
P 10	Liječnik treba obavijestiti bolesnika i obitelj o svojoj prosudbi da je medicinski postupak beskoristan te sam donijeti konačnu odluku o njegovoj primjeni	3,25 (1,33)
P 11	Iracionalno propisivanje tretmana i lijekova u terminalnom stadiju bespotreban je financijski uteg za zdravstvo	3,69 (1,13)
P 12	Prilikom donošenja odluke o primjeni medicinskog zahvata za kojeg je jasno da ne može pomoći bolesniku treba voditi računa o troškovima tog zahvata	3,53 (1,24)

P 13	Bolesnik ima pravo na odbijanje ili prihvaćanje zahvata uz prethodnu adekvatnu informiranost	4,51 (0,78)
P 14	Medicinsko osoblje treba poštivati bolesnikovu odluku koju je izrazio dok je bio u svjesnom stanju	4,61 (0,7)
P 15	Kada bolesnik nije u stanju dati suglasnost za pojedine postupke, suglasnost može dati član obitelji, partner, zakonski zastupnik ili skrbnik	4,14 (1)
P 16	Kod umirućeg bolesnika cilj liječenja treba biti smanjenje boli i patnje, a ne produljivanje života pod svaku cijenu	4,35 (0,87)
P 17	Očekuje se da će lijekovi riješiti ono što se lakše i efektivnije postiže savjetom i empatijom, tretirajući bolest i zanemarujući humanu skrb za umiruće	3,44 (1,02)
P 18	Većina bolesnika u terminalnoj fazi bolesti dolazi u bolnicu samo zato što se kod kuće nema tko brinuti o njima	3,81 (1,07)
P 19	Problem distanzije bi se riješio otvaranjem ustanova za palijativnu skrb	4,31 (0,86)
P 20	Treba provoditi bolju edukaciju obitelji o bolesti, kako bi se oni mogli brinuti o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti	4,27 (0,82)
P 21	Čak i u smrti, liječnik ne treba napustiti bolesnika, iako ga ne može spasiti, može mu olakšati smrt	4,02 (1,06)
arit. sr. – aritmetička sredina, s.d. – standardna devijacija		

Tablica 14 sadrži prikaz usporedbi rangiranih tvrdnji o distanziji prema stručnoj spremi (razini obrazovanja). Statistički značajna razlika je pronađena u trećem i osamnaestom pitanju.

Tablica 14. Usporedba rangiranih tvrdnji o distanziji prema stručnoj spremi				
kod	SSS	VŠS	VSS	
	arit. sr. (s. d.)			P*
P 1	4,15 (0,88)	4 (0,98)	4,3 (0,95)	0,624
P 2	4,27 (0,89)	4,11 (1,1)	4,6 (0,84)	0,276
P 3	3,11 (1,18)	3,11 (1,1)	4,1 (1,29)	0,028
P 4	2,67 (1,31)	2,36 (1,1)	2,5 (1,43)	0,507
P 5	2,24 (1,15)	1,71 (0,81)	2 (1,33)	0,112
P 6	3,97 (1,01)	4,14 (1,01)	3,8 (1,14)	0,547
P 7	3,76 (1,08)	3,71 (1,24)	3,1 (1,2)	0,185
P 8	3,97 (0,87)	3,68 (0,98)	3,9 (0,88)	0,410
P 9	3 (1,13)	2,93 (0,9)	2,8 (1,03)	0,862
P 10	3,41 (1,31)	2,93 (1,15)	2,9 (1,79)	0,165
P 11	3,71 (1,16)	3,79 (1,07)	3,3 (1,16)	0,315
P 12	3,53 (1,22)	3,71 (1,15)	3 (1,56)	0,371
P 13	4,53 (0,81)	4,39 (0,74)	4,7 (0,67)	0,285
P 14	4,6 (0,72)	4,54 (0,74)	4,9 (0,32)	0,363
P 15	4,12 (1,05)	4,07 (0,94)	4,5 (0,71)	0,506
P 16	4,27 (0,93)	4,43 (0,74)	4,7 (0,67)	0,282
P 17	3,44 (1,06)	3,64 (0,87)	2,9 (0,99)	0,149
P 18	3,92 (1)	3,89 (0,88)	2,7 (1,49)	0,023
P 19	4,36 (0,86)	4,25 (0,84)	4,1 (0,88)	0,478
P 20	4,29 (0,8)	4,25 (0,93)	4,1 (0,74)	0,642
P 21	4,04 (1,08)	3,96 (1,1)	4 (0,82)	0,865

***Kruskal Wallisov test, arit. sr. - aritmetička sredina, s. d. - standardna devijacija**

U Tablici 15 prema prikazu povezanosti rangiranih tvrdnji s dobi pronađene su statistički značajne korelacije (sve pozitivne). Što su ispitanici stariji, više su se slagali s naznačenim tvrdnjama.

Tablica 15. Povezanost rangiranih tvrdnji o distanziji s dobi

kod	τ
P 1	0,168
P 2	0,110
P 3	0,039
P 4	-0,016
P 5	0,070
P 6	0,190
P 7	0,020
P 8	0,160
P 9	0,119
P 10	0,016
P 11	0,057
P 12	0,083
P 13	0,061
P 14	0,022
P 15	0,048
P 16	0,127
P 17	0,008
P 18	0,071
P 19	0,140
P 20	0,021
P 21	0,062

τ - Kendallov tau test

Tablica 16. Prikaz usporedbi rangiranja navedenih tvrdnji o distanzaciji, prema radnom mjestu

Tablica 16. Usporedba rangiranih tvrdnji o distanzaciji, prema radnom mjestu						
	INT	KIR	ANES	ORL	ONK	p*
P 1	4,1 (0,83)	4,35 (0,71)	4,36 (0,64)	3,88 (0,96)	3,63 (1,3)	0,137
P 2	4,33 (0,73)	4,55 (0,68)	4,4 (0,65)	4,31 (0,6)	3,42 (1,54)	0,052
P 3	3,43 (1,03)	3,32 (1,25)	2,64 (1,11)	3,69 (1,35)	3 (1,05)	0,029
P 4	2,71 (1,38)	2,48 (1,29)	2,28 (1,14)	3,31 (1,3)	2,42 (1,07)	0,126
P 5	2,14 (1,35)	1,9 (1,04)	2,24 (1,05)	2,25 (1,18)	2 (1)	0,730
P 6	4,19 (0,98)	3,87 (1,2)	4,04 (0,84)	4,25 (0,77)	3,74 (1,15)	0,599
P 7	3,48 (1,33)	3,77 (0,8)	3,84 (1,11)	3,75 (1,24)	3,63 (1,34)	0,926
P 8	3,76 (0,94)	3,97 (0,87)	3,96 (0,79)	4,06 (1,18)	3,68 (0,82)	0,558
P 9	2,9 (0,62)	3,03 (1,22)	3,32 (0,95)	3 (1,15)	2,53 (1,07)	0,322
P 10	3,43 (1,12)	3,32 (1,47)	2,96 (1,27)	3,44 (1,31)	3,05 (1,39)	0,599
P 11	3,81 (1,03)	3,84 (0,93)	4 (1,04)	3,31 (1,49)	3,26 (1,24)	0,149
P 12	3,24 (1,58)	3,74 (1)	3,84 (1,07)	3,31 (1,54)	3,42 (0,96)	0,364
P 13	4,52 (0,93)	4,71 (0,53)	4,24 (0,83)	4,5 (0,82)	4,53 (0,84)	0,234
P 14	4,62 (0,86)	4,68 (0,65)	4,36 (0,81)	4,5 (0,63)	4,89 (0,32)	0,071
P 15	4,33 (0,86)	4,19 (1,05)	3,64 (1,11)	4,44 (0,96)	4,26 (0,81)	0,081
P 16	4,19 (1,17)	4,55 (0,68)	4,28 (0,68)	4,31 (0,87)	4,26 (1,05)	0,649
P 17	3,38 (1,02)	3,26 (1,06)	3,64 (0,76)	3,5 (1,26)	3,58 (1,02)	0,744
P 18	3,81 (1,17)	3,61 (0,99)	3,88 (0,93)	3,94 (1)	4 (1,29)	0,449
P 19	4,48 (0,87)	4,29 (0,78)	4,32 (0,63)	4,25 (1,29)	4,26 (0,81)	0,679
P 20	4,24 (0,83)	4,26 (0,96)	4,32 (0,63)	4,38 (0,89)	4,16 (0,83)	0,892
P 21	3,9 (1,04)	4,26 (0,86)	3,6 (0,96)	4,38 (1,09)	3,95 (1,35)	0,041
*Kruskal Wallisov test, INT- interna, KIR – kirurgija, JIL – anestezija s intenzivnim liječenjem, ORL - otorinolaringologija, ONK - onkologija						

5. RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovalo 113 ispitanika, od toga njih 90 ženskog spola (80 %) i 23 muškog spola (20 %). Aritmetička sredina dobi iznosi 38,62 godina sa standardnom devijacijom 11,79.

Najveći udio ispitanika je SSS, njih 75 (66 %), VŠS ima 28 ispitanika (25 %), a VSS 10 (9 %). Aritmetička sredina radnog iskustva u struci iznosi 17,85 sa standardnom devijacijom 12,18. Prema obavljanju dužnosti, medicinske sestre / tehničari u tri smjene čini 67 ispitanika (59 %), 18 ispitanika (16 %) čine medicinske sestre / tehničari u dvije smjene, u jutarnjoj smjeni radi 15 ispitanika (13 %), 3 (3 %) su glavne sestre / tehničari odsjeka, 9 odjela (8 %), a 1 (1 %) glavna sestra / tehničar klinike/bolnice. Najveći udio ispitanika ne pohađa studij sestrinstva, njih 69 (61 %), dok trogodišnji aktualno pohađa 6 ispitanika (5 %) a petogodišnji 7 (6 %). Završeno trogodišnje fakultetsko obrazovanje ima njih 22 (20 %), a petogodišnje 9 (8 %). Na Klinici za kirurgiju je zaposlen 31 ispitanik (27 %), na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje 25 (22 %), na Klinici za unutarnje bolesti 21 (19 %), a na Zavodu za onkologiju 20 (18 %), dok je na Klinici za ORL i MFK zaposleno njih 16 (14 %).

Ispitanici su pokazali solidno znanje o distanzaciji. Prema prikazu znanja o distanzaciji za sve ispitanike, gotovo 90 % ispitanika navodi kako je distanzacija korištenje svih raspoloživih sredstava, bilo primjerenih ili neprimjerenih, za umjetno produžavanje života i odgađanje dolaska smrti u bolesnika u završnoj fazi života ($p < 0,001$). Drugi naziv za distanzaciju većina navodi da je terapijska beskorisnost (74 %, $p < 0,001$), a najveći udio ispitanika navodi kako je razlika od eutanazije u tome što je eutanazija skraćivanje života, a distanzacija produljenje života (55 %, $p < 0,001$). U svom radnom iskustvu je njih 98 (87 %) svjedočilo primjeni beskorisnog tretmana nad bolesnikom ($p = < 0,001$), dok podjednak udio ispitanika ima, odnosno nije imao iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji ($p = 0,638$).

Na prikazu mišljenja o distanzaciji za sve ispitanike, 88 ispitanika (78 %) se izjasnilo da za sebe, svoje dijete ili drugog člana obitelji želi dostojanstvenu smrt naspram korištenja svih raspoloživih sredstava. Većina ispitanika, njih 59 (52 %) se ponekad susreće s bolesnicima podvrgnutim tretmanima bez ikakve nade u poboljšanje stanja, a na svakodnevnoj bazi čak 43 ispitanika (38 %). Nije bilo ispitanika koji se nikad nisu susreli s tim. Nije pronađena statistički značajna razlika u mišljenju propisuju li se medicinski tretmani u terminalnom stadiju racionalno, unatoč neučinkovitosti ($p = 0,236$). Značajna razlika je pronađena u mišljenju kako

socioekonomski status utječe na dostupnost medicinskih tretmana. 68 ispitanika (60 %) je mišljenja da utječe, 31 ispitanik (27 %) da ne utječe, a 14 (12 %) onih koji ne znaju.

Drugi dio rezultata o mišljenju o distanzaciji za sve ispitanike prikazuje da najveći udio ispitanika smatra kako je psihoterapija iznimno bitna u liječenju osoba oboljelih od neizlječivih bolesti (72 %, $p < 0,001$). Također, 100 ispitanika (89 %) smatra da je važnije poraditi na kvaliteti života, a ne samo produživati postojeću patnju ($p < 0,001$).

Gotovo 70 % ispitanika se dosada barem jedanput susrelo s nalogom da se ne obavlja reanimacija ($p < 0,001$), s tim da je u većini slučajeva (68 %) zdravstveni tim poštovao želje bolesnika ($p < 0,001$). 67 % ispitanika smatra da bi odluku o prestanku liječenja mogao donijeti samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju s liječnicima i psiholozima ($p < 0,001$). Međutim, statistički značajna razlika nije pronađena u mišljenju treba li se liječiti osoba osuđena na život ovisan o aparaturi ($p = 0,925$).

Nisu pronađene statistički značajne razlike u mišljenjima među ispitanicima prema razini obrazovanja. U usporedbi mišljenja o distanzaciji prema razini obrazovanja, 77 % ispitanika SSS, 89 % VŠS i 50 % VSS je izabralo dostojanstvenu smrt ispred korištenja svih raspoloživih sredstava ($p = 0,037$). Da se ponekad susretnu s bolesnicima koji su podvrgnuti beskorisnim tretmanima, odgovorilo je 49 % ispitanika SSS, 61 % ispitanika VŠS i 50 % ispitanika VSS ($p = 0,432$). Na pitanje propisuju li se med. tretmani u terminalnom stadiju racionalno, 41 % SSS, 39 % VŠS i 50 % VSS odgovorilo je negativno ($p = 0,788$). Da socioekonomski status utječe na dostupnost med. tretmana, odgovorilo je 59 % ispitanika SSS, 64 % VŠS, 60 % VSS ($p = 0,724$).

68 % ispitanika SSS, 71 % VŠS te 100 % VSS smatra da je psihoterapija iznimno bitna u liječenju neizlječivih bolesti ($p = 0,618$). Za kvalitetu života iznad produžavanja postojećeg stanja se usuglasilo 87 % ispitanika SSS, 93 % VŠS i 90 % VSS ($p = 0,803$), dok nije bilo onih protiv.

S nalogom da se ne vrši reanimacija se susrelo 67 % med. sestara / tehničara SSS, 64 % VŠS i 90 % ispitanika VSS ($p = 0,283$). Od onih koji su se susreli s DNR nalogom, 68 % SSS, 56 % VŠS i 89 % VSS, smatraju da se poštovala želja bolesnika ($p = 0,237$). Da odluku o prestanku liječenja može donijeti samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju sa liječnicima i psiholozima, odgovorilo je 63 % ispitanika SSS, 71 % VŠS i 90 % VSS ($p = 0,639$). 49 % ispitanika SSS, 43 % VŠS i čak 70 % ispitanika VSS, je mišljenja da se treba liječiti osoba ovisna životom o aparaturi ($p = 0,336$).

U prvom dijelu prikaza mišljenja o distanzaciji, prema radnom mjestu, nisu pronađene statistički značajne razlike. Većina ispitanika je izrazila želju za dostojanstvenom smrću, 81 % internističkih zaposlenika, 77 % kirurških, 80 % anestezioloških, 69 % zaposlenih na ORL i MFK te 80 % onkoloških zaposlenika ($p=0,925$). Dok se svakodnevno sa beskorisnim tretmanima susreću internistički (48 %) i onkološki (70 %) zaposlenici, 58 % zaposlenika sa kirurgije, 80 % anestezioloških i 56 % zaposlenih na ORL i MFK su izjavili da se ponekad susretnu s istim ($p<0,001$). Da se med. tretmani u terminalnom stadiju propisuju racionalno smatra većina internističkih (43 %) i kirurških (39 %) zaposlenika, a 60 % anestezioloških i 50 % onkoloških zaposlenika smatra suprotno, dok zaposlenici sa ORL i MFK u većini (50%) ne znaju odgovor na to pitanje ($p=0,079$). Znatno broj ispitanika se slaže u mišljenju da socioekonomski status utječe na dostupnost med. tretmana; 62 % INT, 68 % KIR, 52 % ANES, 50 % ORL i MFK te 65 % ONK ($p=0,151$).

U drugom dijelu usporedbi mišljenja ispitanika o distanzaciji, prema radnom mjestu, pronađene su statistički značajne razlike u mišljenju o važnosti psihoterapije, gdje je vidljivo kako internistički (86 %), kirurški (74 %), onkološki (85 %) i zaposlenici na ORL i MFK (88 %) smatraju da je takva potpora bolesniku iznimno bitna, dok anesteziološki zaposlenici najvećim dijelom smatraju da je takva potpora bitna, ali s naglaskom na farmakoterapiju (56 %), $p<0,001$. Ispitanici sa svih klinika su se uglavnom složili da je važnije poraditi na kvaliteti života, nego produživati postojeće stanje ($p=0,044$).

U trećem dijelu usporedbi mišljenja o distanzaciji prema radnom mjestu pronađena je značajna statistička razlika. Najmanje ispitanika zaposlenih na ORL i MFK su se susreli s nalogom da se ne vrši reanimacija bolesnika (31 %), dok se na INT susrelo njih 76 %, na KIR 68 %, ANES 92 % te ONKO 60 % ($p<0,001$). Od ispitanika koji su se susreli s nalogom, znatni udio zaposlenih na ANES smatra da zdravstveni tim nije poštovao želje bolesnika (87 %), dok su zaposleni na drugim radnim mjestima smatrali suprotno, INT 81 %, KIR 95 %, ORL i MFK 100 %, ONKO 92 % ($p<0,001$). Najmanje zaposlenih na ORL i MFK (56 %) smatra da odluku o prestanku liječenja može donijeti samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju s liječnicima i psiholozima ($p=0,033$), a najviše zaposlenika na ONKO-u smatra kako se trebaju liječiti osobe osuđene na život ovisan o aparaturi (74 %). ANES i ORL sa MFK također s jednakim udjelom ispitanika (56 %) prednjače za liječenje, dok su se ispitanici s INT-a (62 %) i KIR-a (68 %) opredijelili za netretiranje takvih slučajeva ($p=0,029$).

Svoje mišljenje, odnosno slaganje / neslaganje, ispitanici su izrazili i rangiranjem tvrdnji na skali od 1 do 5. Najmanji mogući odgovor iznosio je 1, a najveći 5. Ispitanici su se najviše

složili sa izjavom da pacijent ima pravo na odbijanje / prihvaćanje zahvata uz prethodnu adekvatnu informiranost, sa prosjekom odgovora 4,51 (std. dev. 0,78) te da med. osoblje treba poštivati bolesnikovu odluku, sa prosjekom odgovora 4.61 (std. dev. 0,7). Na najmanje slaganje su naišle izjave da ljudski život mora biti sačuvan pod svaku cijenu (arit. sr. 2,58 sa std. dev. 1,27) te da propisivanje bespotrebnih tretmana mogu samo pomoći bolesniku (arit. sr. 2,09 sa std. dev. 1,11).

Iz usporedbe rangiranih tvrdnji o distanziji prema stručnoj spremi (razini obrazovanja) statistički značajna razlika je pronađena u trećem i osamnaestom pitanju. Ispitanici s visokom stručnom spremom smatraju više u odnosu na ostale razine obrazovanja kako je liječnik dužan primjenjivati postupke od kojih bolesnik neće imati koristi sve dok postoji nada za život ($p=0,028$). Isti se najmanje slažu s mišljenjem kako većina bolesnika u terminalnoj fazi bolesti dolaze u bolnicu samo zato što se kod kuće nema tko brinuti o njima ($p=0,023$)

Prema prikazu povezanosti rangiranih tvrdnji s dobi pronađene su statistički značajne korelacije (sve pozitivne). Što su ispitanici stariji, više su se slagali s tvrdnjama: 1) Pacijenti i njihova obitelj često imaju nerealna očekivanja za ozdravljenjem kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti; 6) Medicinski postupci od kojih bolesnik nema nikakvu korist prvenstveno doprinose produljenju patnje, a ne poboljšanju kvalitete života; 8) Tretman za održavanje života može biti obustavljen kada je mnogo više tegoban nego koristan za pacijenta; 16) Kod umirućeg bolesnika cilj liječenja treba biti smanjenje boli i patnje, a ne produljivanje života pod svaku cijenu; 19) Problem distanzije bi se riješio otvaranjem ustanova za palijativnu skrb.

Prema prikazu usporedbi rangiranja navedenih tvrdnji o distanziji, prema radnom mjestu, statistički značajne razlike su pronađene u trećoj i dvadeset prvoj tvrdnji. Ispitanici zaposleni na Klinici za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje najmanje se slažu kako je liječnik dužan primjenjivati postupke od kojih bolesnik neće imati koristi sve dok postoji nada za život ($p=0,029$), a isti se najmanje slažu kako i u smrti, liječnik ne treba napustiti bolesnika, iako ga ne može spasiti može mu olakšati smrt ($p=0,041$).

6. ZAKLJUČAK

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Dobivenim rezultatima nije utvrđena statistički značajna razlika u mišljenjima, s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika.
- Dobivenim rezultatima je utvrđena povezanost mišljenja sestara / tehničara, s obzirom na životnu dob. Što su ispitanici stariji, više su se slagali s tvrdnjama da pacijenti i obitelj često imaju nerealna očekivanja za ozdravljenjem, također da beskorisni tretmani pridonose produljenju patnje, a ne kvaliteti života, da tretman za održavanje života može biti obustavljen kada je mnogo više tegoban nego koristan, da kod umirućeg bolesnika cilj liječenja treba biti smanjenje boli i patnje te da bi se problem distanzacije riješio otvaranjem ustanova za palijativnu skrb.
- Pronađene su statistički značajne razlike u mišljenju s obzirom na radno mjesto. Vidljivo je kako internistički, kirurški, onkološki i zaposlenici na ORL-u smatraju da je psihoterapija iznimno bitna za bolesnika, dok anesteziološki zaposlenici stavljaju naglasak na farmakoterapiju. Od ispitanika koji su se susreli s nalogom DNR-a, znatni udio zaposlenih na JIL-u smatra da zdravstveni tim nije poštovao želje bolesnika, dok su zaposleni na drugim radnim mjestima smatrali suprotno.

Iz provedenog istraživanja vidljivo je da je potrebna dodatna edukacija med. sestara / tehničara o pitanju smrti, distanzacije i eutanazije, obzirom da se veliki postotak ispitanika susreo s primjenom beskorisnog tretmana nad bolesnikom, određeni čak i na svakodnevnoj bazi. Značajni broj ispitanika smatra da socioekonomski status utječe na dostupnost med. tretmana. Postavlja se pitanje ulaganja resursa sa svrhom liječenja nekoga tko nema šansu za oporavak, dok se istovremeno ne ulaže u preventivne programe,

Umirućoj osobi možemo pružiti mnogo više od „spasa u samoj smrti“. Upravo ono što je u današnje vrijeme najteže; posvetiti vrijeme oboljelom, pružiti mu podršku u bolesti, uljepšati mu zadnje trenutke, jer naposljetku nitko ne želi umrijeti sam.

Potrebno je proširiti svijest u javnosti o smrti kao prirodnom procesu, educirati javnost o drugim mogućnostima terapije i potaći zdravstvo na djelovanje; na razvoj palijativne skrbi i otvaranje hospicija. Čovjek je biće koje se ostvaruje u odnosu s drugima, pa je tako potrebno pokazati solidarnost prema umirućima i humaniji pristup.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja. Cilj ovog istraživanja bilo je ispitati postoji li razlika u mišljenjima medicinskih sestara / tehničara o distanziji s obzirom na stupanj obrazovanja, životnu dob i mjesto rada,

Ustroj studije. Presječna studija.

Ispitanici i metode. Istraživanje je provedeno tijekom rujna i listopada 2017. godine u KBC-u Osijek. U istraživanju je sudjelovalo 113 ispitanika, medicinskih sestara / tehničara, U svrhu ovog istraživanja korišten je izrađeni anketni upitnik, koji sadrži 38 pitanja.

Rezultati. U usporedbi mišljenja, s obzirom na stupanj obrazovanja nisu pronađene statistički značajne razlike. Utvrđena je korelacija prema mišljenjima s obzirom na dob. Što su ispitanici bili stariji više su se slagali s tvrdnjama da pacijenti i obitelji često imaju nerealna očekivanja u terminalnoj fazi, također da beskorisna terapija znači patnju, a ne kvalitetu života te su za obustavu takvog tretmana. Smatraju da cilj liječenja treba biti smanjenje boli i patnje, a problem bi se riješio otvaranjem ustanova za palijativnu skrb. Statistički značajne razlike su pronađene u mišljenjima prema radnom mjestu. Anesteziološki zaposlenici, suprotno od ostalih, pridaju veću važnost farmakoterapiji nego psihoterapiji te također u usporedbi s drugima imaju mišljenje da se nije poštovala pacijentova odluka prema nalogu DNR.

Zaključak. Potrebna je dodatna edukacija med. sestara / tehničara o pitanju smrti, distanzije i eutanazije. Od važnosti je proširiti svijest u javnosti o smrti kao prirodnom procesu, educirati javnost o drugim mogućnostima terapije i potaći zdravstvo na djelovanje; na razvoj palijativne skrbi i otvaranje hospicija.

Ključne riječi. Distanzija, medicinska sestra / tehničar, stavovi, terapijska upornost

8. SUMMARY

The opinions and knowledge of nurses about dysthanasia

Study goal. The aim of this study was to examine if there is a difference in the opinions of nurses / technicians about dysthanasia regarding the level of education, age and work place.

Study Design. A cross-sectional study.

Methods and participants. The research was conducted during September and October 2017 at KBC Osijek. The sample included 113 subjects, nurses / technicians. A survey questionnaire containing 38 questions was created for the purpose of this research.

Results. When comparing the opinions, no statistically significant differences were found regarding the level of education. Statistically significant correlation was found in age-related opinions. The older the respondents were, the more they agreed with the claims that patients and families often have unrealistic expectations at the terminal stage, and also that useless therapy means suffering, not quality of life. In their opinion, such treatments should be terminated. They consider that the goal of treatment should be reduction of pain and suffering, and that the problem could be solved by opening palliative care facilities. Statistically significant differences were found in opinions regarding the work place. Anaesthesiology employees, in contrast to others, share an opinion that pharmacotherapy is more important than psychotherapy. In addition to that, they think that patient's decision about DNR order was not respected.

Conclusion. Additional education and training for nurses / technicians is necessary, especially regarding the topic of death, dysthanasia and euthanasia. It is important to expand public awareness about death as a natural process, educate the public about other therapeutic options and encourage healthcare to work on the development of palliative care and opening of hospices.

Key words. Dysthanasia, futility, nurse/technician, opinions, therapeutic persistence

9. LITERATURA

- 1.) Dobrila-Dintinjana R, Redžović A, Dintinjana M, Belac-Lovasić I. Distanazija - naša stvarnost. *Medicina Fluminensis*. Rujan 2015, Vol. 51, No. 3, p.393-395. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/medicina>. Datum pristupa stranici: 10.03.2018.
- 2.) Aramini M. Uvod u bioetiku. (s talijanskog jezika prevela Volarić-Mršić A), Zagreb: Kršćanska sadašnjost d.o.o., lipanj 2009.
- 3.) Pessini L. Distanazija: Do kada produžavati život? (s portugalskog jezika preveo Runko R), Rijeka: Adamić d.o.o., Medicinski fakultet Rijeka, Hrvatsko bioetičko društvo, 2004.
- 4.) Kroft S, Court A. The Cost of Dying: End-of-Life Care. 60 Minutes, CBSNews, CBS Interactive Inc., 22. studeni 2009. (ažurirano 6. kolovoza 2010.) Dostupno na: <https://www.cbsnews.com/news/the-cost-of-dying-end-of-life-care/>. Datum pristupa stranici: 22.04.2018.
- 5.) Matulić T. Vodič kroz bioetiku 3: Medicinsko prevrednovanje etičkih granica; Svetost života priklještena između autonomije i tehnicizma. Zagreb: Glas Koncila, 2006.
- 6.) Brain Foundation: Vegetative State (Unresponsive Wakefulness Syndrome). Pregledala Keen S, veljača 2017, MBMSc, Brain and Mind Research Institute, University of Sydney. Dostupno na: <http://brainfoundation.org.au/disorders/vegetative-state>. Datum pristupa stranici: 22.04.2018.
- 7.) Breen CM, Abernethy AP, Abbot KH, Tulsy JA. Conflict associated with decision to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *Journal of General Internal Medicine*, svibanj 2001., 16(5):283-289.
- 8.) Frković A. Distanazija i novorođenčad. *Gynaecol Perinatol*. 2004; 13 (4): 165-169.
- 9.) World Medical Association. Declaration of Ottawa on the right of child to health care. Dostupno na: <https://www.wma.net/>. Datum pristupa stranici: 28.04.2018.
- 10.) Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. London: FIGO, 2003.

11.) World Association of Perinatal Medicine. 5. World Congress of Perinatal Medicine. The European Association of Perinatal Medicine. Declaration of Barcelona on the Rights of Mother and Newborn. Barcelona, 2001.

12.) Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata. Hrvatski građani i Europska povelja o pravima pacijenata. Europska povelja o pravima pacijenata. Dostupno na adresi: <http://www.huzp.hr/pacijent140415.pdf> Datum pristupa: 18.04.2018.

13.) Zakon o zaštiti prava pacijenata, pročišćeni tekst zakona NN 169/04, 37/08. Dostupno na adresi: <https://www.zakon.hr/> Datum pristupa: 18.04.2018.

14.) Kodeks medicinske etike i deontologije, pročišćeni tekst zakona NN 139/15. Dostupno na adresi: <https://www.hlk.hr/kodeks-medicinske-etike-i-deontologije.aspx>. Datum pristupa: 20.04.2018.

15.) World Health Organization. Cancer, pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert committee, WHO Technical Report Series 804. Geneva:WHO,1990.

16.) Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i hitne medicinske službe s pacijentima kojim je potrebna palijativna skrb. 1. izdanje, Zagreb, 2015.

17.) Matulić T. Vodič kroz bioetiku 1: Oblikovanje identiteta bioetičke discipline; Etička svijest o odgovornosti za opstanak u budućnosti. Zagreb: Glas Koncila, 2006.

18.) Čović A. Izazovi bioetike. Zbornik radova. Pergamena d.o.o., Hrvatsko filozofsko društvo, Zagreb 2000.

19.) Hrvatska enciklopedija / Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Mrežno izdanje. Dostupno na adresi: www.enciklopedija.hr. Datum pristupa: 28.04.2018.

10. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Ana Karla Marasović

Datum i mjesto rođenja: 04.06.1994., Split

Adresa stanovanja: ul. Stanka Vraza 21, 21000 Split

Mobitel: 099 885 5084

Email: anakarla.marasovic94@gmail.com

Obrazovanje i akademski stupnjevi:

2014.-2018. Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstva, Medicinski fakultet Osijek

2009.-2013. Zdravstvena škola Split, smjer med. sestra / tehničar

2001.-2009. Osnovna škola „Visoka“ Split

11. PRILOZI

Prilog 1. Anketni upitnik

Prilog 1. Anketni upitnik

OPĆI PODACI

1. Spol: M Ž

2. Dob: _____

3. Bračni status:

- a) u braku
- b) rastavljen/a
- c) udovac/ica
- d) samac

4. Roditeljstvo:

- a) da
- b) ne

5. Samoprocjena religioznosti:

- a) Vjernik sam
- b) Nisam vjernik

6. Stručna sprema:

- a) srednja stručna sprema
- b) viša stručna sprema
- c) visoka stručna sprema

7. Godine radnog iskustva u struci: _____

8. Trenutno obavljate dužnost:

- a) medicinske sestre u * jutarnjoj smjeni * dvije smjene * tri smjene
- b) glavne sestre * odsjeka * odjela * klinike / bolnice

9. Trenutno pohađate studij sestrinstva:

- a) ne
- b) da * trogodišnji * petogodišnji
- c) završio/la * trogodišnji * petogodišnji

10. Radno mjesto:

- a) Klinika za unutarnje bolesti
- b) Klinika za kirurgiju
- c) Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje
- d) Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
- e) Klinika za onkologiju

Specifični podaci:

1. Distanazija je?

- a) Čin s ciljem uzrokovanja smrti, kako bi se uklonila svaka bol.
- b) Korištenje svih raspoloživih sredstava, bilo primjerenih ili neprimjerenih, za umjetno produžavanje života i odgađanje dolaska smrti u bolesnika u završnoj fazi života.
- c) Pomoć umirućem puštanjem da umre, izbjegavanjem posebnih mjera kojima se produžava život.

2. Drugo ime za distanziju je:

- a) Terapijska beskorisnost
- b) Ubojstvo iz milosrđa
- c) Dostojanstvena smrt
- d) Ne znam

3. Po čemu se razlikuje distanzija od eutanazije?

- a) Ne razlikuju se.
- b) Eutanazija je skraćivanje života, distanzija je produljenje života.
- c) Eutanazija je potpomognuto samoubojstvo, distanzija je zapravo palijativna skrb.

4. Jeste li tijekom rada imali iskustvo s primjenom beskorisnog tretmana nad bolesnikom?

- a) Da
- b) Ne

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

- a) Da
- b) Ne

6. Da ste u pitanju Vi, Vaše dijete ili drugi član obitelji, biste li se koristili svim raspoloživim sredstvima, unatoč njihovoj beskorisnosti, ili biste željeli smrt u dostojanstvu bez produžavanja patnje?

- a) Koristio/la bih se svim raspoloživim sredstvima.
- b) Htio/la bih dostojanstvenu smrt.

7. Koliko često se susrećete s bolesnicima koji su podvrgnuti medicinskim tretmanima bez ikakve nade u poboljšanje stanja?

- a) Svakodnevno
- b) Ponekad
- c) Jako rijetko
- d) Nikad

8. Smatrate li da se medicinski tretmani u terminalnom stadiju bolesti propisuju racionalno iako nemaju nikakav učinak?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

9. Mislite li da socioekonomski status utječe na dostupnost medicinskih tretmana?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

10. U liječenju osoba koje boluju od neizlječivih bolesti, koliko mislite da je bitna psihoterapija?

- a) Iznimno bitna
- b) Bitna, no bitnija je farmakoterapija
- c) Nebitna
- d) Ne znam

11. Koji je najveći problem kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti?

- a) Bol
- b) Gubitak samostalnosti
- c) Depresija
- d) Sve navedeno

12. Koja je terapija najčešće korištena kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti?

- a) Antidepresivi i anksiolitici
- b) Antibiotici i virustatici
- c) Relaksacija, metode distrakcije
- d) Analgetici i antiemetici
- e) a) + d)
- f) Sve navedeno

13. Mislite li da je važnije poraditi na kvaliteti života, a ne samo bespotrebno produživati postojeće stanje?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne znam

14. Jeste li se dosad susreli s nalogom da se ne vrši reanimacija?

- a) Da
- b) Ne

15. Je li zdravstveni tim poštovao želje bolesnika?

- a) Da
- b) Ne

16. Tko bi po Vama mogao donijeti odluku o prestanku liječenja?

- a) Samo bolesnik, uz prethodnu konzultaciju s liječnicima i psiholozima
- b) Bolesnikova obitelj
- c) Medicinski tim koji skrbi o bolesniku
- d) Ne znam

17. Po Vašem mišljenju treba li se liječiti osoba osuđena na život ovisan o aparaturi?

- a) Da
- b) Ne

Sljedeće izjave se odnose na proces rada sestrinske prakse kod pacijenta/ice nad kojim se provodi distanzija. Molim Vas da izjasnite svoje slaganje s izjavom ocjenama 1 - 5, a iste znače sljedeće:

- (1) - uopće se ne slažem s izjavom
- (2) - djelomično se ne slažem s izjavom
- (3) - niti se slažem niti ne slažem s izjavom
- (4) - djelomično se slažem s izjavom
- (5) - u potpunosti se slažem s izjavom

IZJAVA	1	2	3	4	5
18. Pacijenti i njihova obitelj često imaju nerealna očekivanja za ozdravljenjem kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti.					
19. Često se vrši pritisak na zdravstvene djelatnike da učine sve što je u njihovoj moći, unatoč tome što od tretmana nema koristi.					
20. Liječnik je dužan primjenjivati postupke od kojih bolesnik neće imati koristi sve dok postoji nada za život.					
21. Ljudski život mora biti sačuvan pod svaku cijenu, ne uzimajući u obzir kvalitetu istog.					
22. Propisivanje bespotrebnih pretraga i drugih medicinskih tretmana mogu samo pomoći bolesniku.					
23. Medicinski postupci od kojih bolesnik nema nikakvu korist prvenstveno doprinose produljenju patnje, a ne poboljšanju kvalitete života.					
24. Dugotrajna upornost u oživljavanju bolesnika nakon izostanka vitalnih funkcija je uplitanje u prirodni proces umiranja.					
25. Tretman za održavanje života može biti obustavljen kada je mnogo više tegoban nego koristan za pacijenta					
26. Nemoguće je odrediti kada medicinski tretman postaje beskoristan za bolesnika.					
27. Liječnik treba obavijestiti bolesnika i obitelj o svojoj prosudbi da je medicinski postupak beskoristan te sam donijeti konačnu odluku o njegovoj primjeni.					
28. Iracionalno propisivanje tretmana i lijekova u terminalnom stadiju bespotreban je financijski uteg za zdravstvo.					
29. Prilikom donošenja odluke o primjeni medicinskog zahvata za kojeg je jasno da ne može pomoći bolesniku treba voditi računa o troškovima tog zahvata.					
30. Bolesnik ima pravo na odbijanje ili prihvaćanje zahvata uz prethodnu adekvatnu informiranost.					
31. Medicinsko osoblje treba poštivati bolesnikovu odluku koju je izrazio dok je bio u svjesnom stanju.					

32. Kada bolesnik nije u stanju dati suglasnost za pojedine postupke, suglasnost može dati član obitelji, partner, zakonski zastupnik ili skrbnik.					
33. Kod umirućeg bolesnika cilj liječenja treba biti smanjenje boli i patnje, a ne produljivanje života pod svaku cijenu.					
34. Očekuje se da će lijekovi riješiti ono što se lakše i efektivnije postiže savjetom i empatijom, tretirajući bolest i zanemarujući humanu skrb za umiruće.					
35. Većina bolesnika u terminalnoj fazi bolesti dolaze u bolnicu samo zato što se kod kuće nema tko brinuti o njima.					
36. Problem distanzije bi se riješio otvaranjem ustanova za palijativnu skrb.					
37. Treba provoditi bolju edukaciju obitelji o bolesti, kako bi se oni mogli brinuti o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti.					
38. Čak i u smrti, liječnik ne treba napustiti bolesnika, iako ga ne može spasiti, može mu olakšati smrt.					