# Stavovi medicinskih sestara / medicinskih tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji u odnosu na filozofiju Petera Singera

**Brdarević, Marija**

**Doctoral thesis / Disertacija**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

*Permanent link / Trajna poveznica:* https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:111:174928

*Rights / Prava:* In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-03-29**

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
UNIVERSITY OF ZAGREB
CENTER FOR CROATIAN STUDIES

*Repository / Repozitorij:*

Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zagrebu

Fakultet hrvatskih studija

**MARIJA BRDAREVIĆ**

# Stavovi medicinskih sestara / medicinskih tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji u odnosu na filozofiju Petera Singera

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2021.

Sveučilište u Zagrebu

Fakultet hrvatskih studija

**MARIJA BRDAREVIĆ**

# Stavovi medicinskih sestara / medicinskih tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji u odnosu na filozofiju Petera Singera

DOKTORSKI RAD

Mentori: prof. dr. sc. Ivan Koprek
doc. dr. sc. Marko Marinić

Zagreb, 2021.

University of Zagreb

Faculty of Croatian Studies

**MARIJA BRDAREVIĆ**

# Attitudes of nurses / medical technicians on voluntary euthanasia in relation to the philosophy of Peter Singer

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisors:
Prof. dr. sc. Ivan Koprek
Doc. dr. sc. Marko Marinić

Zagreb, 2021.

Istraživanje za doktorski rad *Stavovi medicinskih sestara / medicinskih tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji u odnosu na filozofiju Petera Singera* provedeno je na Katedri za društvene znanosti Zdravstvenoga veleučilišta u Zagrebu tijekom 2019. godine.

**ZAHVALE:**

Zahvaljujem mentorima prof. dr. sc. Ivanu Kopreku i doc. dr. sc. Marku Mariniću na savjetima, podršci i prenesenome znanstvenom iskustvu.
Zahvaljujem na razumijevanju i podršci svojoj obitelji, prijateljima i suradnicima.

Sadržaj

**UVOD** ..... 1
**1. EUTANAZIJA I SITUACIJE UMIRANJA** ..... 7
*1.1. Medicinske sestre/tehničari, kvaliteta života i situacije umiranja* ..... 7
*1.2. Ljudsko dostojanstvo* ..... 9
*1.3. Čovjek – život – smrt* ..... 10
*1.4. Povelja prava umiruće osobe* ..... 12
*1.5. Faze umiranja prema autorici Elisabeth Kübler-Ross* ..... 13
*1.6. Bolest i smrt u starosnoj dobi kao bioetički izazov* ..... 15
*1.7. Ageizam kao bioetičko pitanje o granicama života* ..... 16
*1.8. Važnost utemeljenja bioetike za formiranje stavova o eutanaziji* ..... 19
*1.9. Umiranje – bioetički izazov u filozofiji zdravstvene skrbi* ..... 23
*1.10. Povijest eutanazije* ..... 25
*1.10.1. Eutanazija u grčko-rimskome svijetu* ..... 25
*1.10.2. Eutanazija u srednjemu vijeku* ..... 27
*1.10.3. Eutanazija u 18. i 19. stoljeću* ..... 28
*1.10.4. Eutanazija u 20. stoljeću* ..... 31
*1.11. Religijski pogledi na eutanaziju* ..... 33
*1.11.1. Eutanazija u Bibliji* ..... 33
*1.11.2. Katoličanstvo* ..... 34
*1.11.3. Protestantizam* ..... 35
*1.11.4. Judaizam* ..... 36
*1.11.5. Islam* ..... 37
*1.11.6. Budizam* ..... 37
*1.11.7. Hinduizam* ..... 38
*1.12. Eutanazija danas, etimologija riječi i definicije* ..... 39
*1.12.1. Etimologija riječi eutanazija* ..... 40
*1.12.2. Definicije eutanazije* ..... 41
*1.13. Vrste eutanazije* ..... 42
*1.13.1. Dobrovoljna eutanazija* ..... 43
*1.13.2. Nedobrovoljna eutanazija* ..... 44
*1.13.3. Aktivna eutanazija* ..... 44
*1.13.4. Pasivna eutanazija* ..... 45
*1.13.5. Oporučna eutanazija* ..... 46
*1.13.6. Asistirano samoubojstvo* ..... 47
*1.13.7. Prisilna eutanazija* ..... 47

*1.13.8. Distanazija* ..... 50
*1.13.9. Ortotanazija* ..... 51
*1.13.10. Pratnja (njega) umirućih* ..... 51
**2. FILOZOFIJA PETERA SINGERA** ..... 53
*2.1. Životopis Petera Singera* ..... 53
*2.2.* Praktična etika – *knjiga kao uvod u primijenjenu etiku* ..... 55
*2.3. Filozofija utilitarizma Petera Singera* ..... 57
*2.4. Izvori za Singerovo opravdanje dobrovoljne eutanazije i njegovi argumenti koji joj idu u prilog* ..... 59
*2.4.1. Klasični utilitarizam i argument iz brige klasičnoga utilitarista* ..... 61
*2.4.2. Utilitarizam preferencija i argument iz utilitarizma preferencije* ..... 63
*2.4.3. Pravo na život i argument koji proizlazi iz toga izvora* ..... 64
*2.4.4. Ljudi i poštovanje autonomije te argument koji proizlazi iz toga izvora* ..... 65
*2.5. Uspoređivanje vrijednosti različitih života prema njihovu stupnju svjesnosti iz Singerove perspektive* ..... 67
*2.6. Kritika Singerove etike kvalitete života* ..... 69
*2.6.1. Autoričino kritičko vrednovanje jačih strana Singerovih stavova* ..... 69
*2.6.2. Autoričino kritičko vrednovanje slabih strana Singerovih stavova* ..... 71
*2.6.3. Philippa Foot kao zagovornica dobrovoljne eutanazije koja prejudicira Singerove postavke* ..... 72
*2.6.4. Robert Young i njegovo ispitivanje moralne opravdanosti eutanazije* ..... 75
*2.6.5. Pet uvjeta Roberta Younga za dobrovoljnu eutanaziju* ..... 76
*2.6.6. Pet prigovora moralnoj dopustivosti dobrovoljne eutanazije i odgovori koji joj idu u prilog* ..... 78
*2.6.7. Skliska padina: od eutanazije do genocida* ..... 82
*2.6.8. Singerova etika kvalitete života u svjetlu sestrinske etike* ..... 83
**3. PROFESINALNI IDENTITET U SESTRINSTVU** ..... 86
*3.1. Sestrinstvo kao profesija i poziv* ..... 86
*3.2. Etičke teorije u sestrinstvu u kontekstu bioetičkoga obrazovanja* ..... 89
*3.3. Bioetička edukacija kroz metodiku zdravstvene njege* ..... 92
*3.4. Školovanje i status medicinskih sestara u hrvatskome zdravstvenom sustavu* ..... 96
*3.5. Bioetički aspekti eutanazije u svjetlu profesije medicinskih sestara i tehničara* ..... 98
**4. ISTRAŽIVANJE: STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O DOBROVOLJNOJ EUTANAZIJI U ODNOSU NA FILOZOFIJU PETERA SINGERA** ..... 102
*4.1. Ciljevi istraživanja* ..... 102
*4.2. Hipoteze* ..... 103
*4.3. Metode istraživanja* ..... 105
*4.3.1. Instrumenti, ispitanici i postupak* ..... 105

*4.3.2. Obrada podataka* ... 106
*4.4. Rezultati* ... 107
*4.4.1. Stavovi ispitanika o dobrovoljnoj eutanaziji* ... 108
*4.4.2. Stavovi ispitanika o Singerovu nauku* ... 122
*4.4.3. Iskustva medicinskih sestara/tehničara s umirućim pacijentima* ... 130
*4.4.4. Objedinjavanje rezultata i njihova uzročno-posljedična povezanost* ... 149
*4.5. Ograničenja u istraživanju* ... 156
*4.6. Rasprava* ... 156
*4.6.1. Argumenti Marka Marinića protiv dobrovoljne eutanazije* ... 165
*4.6.2. David Vellman i njegov esej Protiv prava na umiranje* ... 166
*4.6.3. Daniel Callahan – Eutanazija kao medicinska vještina oduzimanja ljudskoga života* ... 167
*4.6.4. Argumenti Daniela Callahana protiv eutanazije* ... 170
*4.6.5. Dobrovoljna eutanazija i zakon* ... 173
*4.6.6. Nizozemsko i oregonsko iskustvo u provođenju dobrovoljne eutanazije* ... 174
*4.6.7. Kritička analiza stavova o dobrovoljnoj eutanaziji* ... 177
**5. ZAKLJUČAK** ... 179
**6. SAŽETAK** ... 187
**7. SUMMARY** ... 190
**8. LITERATURA** ... 193
**9. KRATKA BIOGRAFIJA** ... 205
**10. PRILOZI** ... 206

# UVOD

***Križevi su u ljudskom životu poput povisilica u glazbi. Oni uzdižu!***

**(L. V. Beethoven)**

Čovjek je umiruće biće i sve znanje kapitulira pred problemom smrti. Suvremena se medicina bori protiv smrti, ali čini se da u njezinu fenomenu vidi svoju nemoć. Moglo bi se reći kako se ljudi uglavnom ne boje smrti, ali se boje umiranja. Govoriti o umiranju, smrti i eutanaziji nije teško na osobnoj razini, no problem nastaje kako taj govor utemeljiti u javni moral, zajednicu i društvo, znači podići ga na opću razinu. Strast prema životu i moderna agenda *Carpe diem* ne ostavlja prostor, posebno mlađim ljudima, da se bave tom temom. ("Carpe Diem" 1999.) Zapravo, oni to mnogo niti ne žele, osim ako ne moraju. Svako umiranje i smrt koja se događa u blizini neke osobe neminovno potiče i razmišljanje o vlastitoj smrti. Postavlja se pitanje: koliko je potrebno govoriti o vlastitoj smrti iz kuta vlastita života? Profesije koje su povezane s umirućim osobama nekako više uranjaju u to pitanje i traže odgovore. Je li danas želja za smrću i „potreba" za dobrovoljnom eutanazijom nastala kao neprihvaćanje teškoća i patnji života ili negativnom stranom individualizma gdje je sve više poremećenih odnosa u zajednici? Dobrovoljna eutanazija nije samo medicinski problem već i socijalno-politički, ekonomski i pravni jer uključuje javnost. Rječnikom praktične filozofije reklo bi se da je to jedan od najaktualnijih bioetičkih problema današnjega društva. Gledanje na život iz vrijednosne perspektive postalo je predmet rasprava različitih stručnjaka na svim društvenim razinama. Tako i u ovome radu pogled kreće od stavova medicinskih sestara i tehničara, njihova iskustva, misli i osjećaja prema umiranju, a za cilj ima otvoriti se dijalogu i argumentaciji. U tome vrtlogu događaja fokus je na pokušaju pronalaska odgovora na pitanje kako se medicinske sestre/tehničari osobno odnose prema životu i smrti.

U socijalnoj psihologiji stav je prijeko potreban i najznačajniji pojam te se ljudi po stavovima međusobno značajno razlikuju. Stavove možemo opisati kao relativno stabilne organizacije vjerovanja, osjećaja i ponašanja prema nekome društvenom događaju, objektu, grupi ili simbolu.(Pennington 2001.) Stavovi se formiraju vrlo rano, no taj je proces dugotrajan i nikada ne prestaje, a snaga stavova je važan prediktor ljudskoga ponašanja. Jedna od kompleksnih tema je upravo tema smrti koja potiče na razmišljanje o životu. Mnogi danas bježe od „smrti" koja se događa u njihovoj blizini. Zdravstveno osoblje, a posebice medicinske sestre/tehničari to ne mogu jer mnogi ljudi umiru u bolnicama i drugim ustanovama za starije i nemoćne osobe. S razlogom se medicinske sestre/tehničari pitaju mogu li svojom prisutnosti

svjedočiti zadnjim nadanjima tih umirućih pacijenata? Je li humano da neka rodbina vlastita oca, majku, dijete ili prijatelja prepusti njihovoj skrbi? Nemaju izbor. Prisutni su. U toj prisutnosti javlja se snažna potreba za učiniti još nešto, od uklanjanja boli, smanjenja patnje pa sve do prihvaćanja eutanazije kao brze i lake smrti.

Suvremena zaluđenost i opsjednutost zdravljem danas hrani loše ideje neprihvaćanja bolesti i smrti, a od zdravstvenih struka djelomično čini industrijske pogone tehnologizirane medicine. Zdravstvena osiguranja uzimaju pravo odluke koliko se i koga može liječiti, a nerijetko se problem zdravlja, bolesti i smrti rješava na državnoj razini. Štovanje zdravlja tako postaje nezdravo za osobu, pojedinca. Na primjer, nepoželjna trudnoća proglašava se pitanjem reproduktivnoga zdravlja, osoba s oštećenjem mozga koja prima hranu na sondu može se proglasiti mrtvom ili se, pak, neka starija umiruća osoba može reanimirati mnogo puta, bez obzira na njezinu nemogućnost davanja pristanka jer na tome inzistira netko od njezinih bližnjih zbog brige o nasljedstvu. Tako živimo u vremenu igranja Boga, a sve manje branimo život. Nasuprot poštovanju života kao vrijednosti, poštuje se „zdravlje“ pod svaku cijenu.

Posao medicinskih sestara/tehničara itekako brani život, a to znači i branjenje patnje. I bez obzira na taj uvid o prisutnosti patnje i gubitka života bez mogućnosti izlječenja, uvijek je prisutno i čuđenje životu koji je često nepredvidiv, ali zna biti i predivan, uza čudesna neočekivana ozdravljenja. Zdravlje ne čini ljude nužno sretnima, što ne znači da čovjek ne treba biti na njemu zahvalan. Zdravstveno osoblje opravdano je svjesno kako su mnogi teško bolesni i umirući ljudi itekako zahvalni na mnogo toga proživljenoga i čude se malim, svakodnevnim sitnicama koje ih čine sretnima. Drugim riječima, iz navedenoga iskustva može se zaključiti da čovjek sâm bira sreću, bio on zdrav ili bolestan, a zdravstvena i profesionalna skrb, kolikogod bila dobra, ne može na to potpuno utjecati. Tako izlječenje i ozdravljenje nisu istoznačnice. Za mnoge bolesnike bi se moglo reći kako su zdravi duhom, a njihovo fizičko izlječenje nije moguće, i obrnuto. Granica između paternalizma medicinskog osoblja i autonomije pacijenta u slučaju odnosa pacijent – zdravstveni djelatnik fluidna je i njezin je fenomen velik profesionalni i etički izazov.

Svaka smrt je uvijek individualna, nepotpuno objašnjiva, nestvarna, a samim time i neprihvatljiva. Iskustva medicinskih sestara/tehničara svjedoče o osobnoj pogođenosti u situacijama umiranja kada i oni sami spontano uočavaju prolaznost života, pa razmišljaju o vlastitoj smrti. Neminovno se javlja i pitanje: tko može odlučivati o životu ili smrti čovjeka? Postoji li život koji je izvan našega dosega ili on besmisleno završava u ništavilu? Naslovi koji slijede pokušat će potražiti odgovore na ta teška pitanja.

Tradicionalna etika kršćanskih temelja zagovara „svetost života“, oslonjena na *agape*, darovanu, bezuvjetnu ljubav i smatra da je život darovan, nedodirljiv i svet. Jačanjem individualizma, nova etika dopušta čovjeku sve životne odluke uzeti u svoje ruke. Utilitaristička teorija J. S. Milla, koja smatra da su sva djelovanja dobra ako vode promicanju sreće, iznjedrila je „kvalitetu života“. Prema Millu, sreća je ugoda i odsustvo boli, a nesreća je bol i odsustvo ugode.(Wolff 2011.)

Današnji brz razvoj biomedicinskih znanosti i biotehnologije utječe na percepciju smisla života koji se sve više može fizički „popraviti“ uz niz učinkovitih pomagala za znatno produljenje životnoga vijeka. Može se postaviti pitanje: je li bioetički ispravno sve što se danas može biomedicinski i biotehnološki učiniti? Moderno pluralističko i sekularno društvo na prvo mjesto gura profit (materijalizam) i užitak (hedonizam). Tako „etika svetosti života“ po filozofu Peteru Singeru postaje neučinkovita i on glasno zagovara „novu etiku“ kvalitete života. (Singer 2003.) Koje su stvarne vrijednosti života i smrti? Osim rasprave na akademskoj razini, ona zahvaća i kulturu života, politiku te pravo.

Spomenuti australski bioetičar prema načelu korisnosti i utilitarističkoj filozofiji u svojoj knjizi *Praktična etika* navodi četiri logička argumenta koja idu u prilog dobrovoljnoj eutanaziji: *Prvi argument nastao je iz brige klasičnog utilitarista, drugi argument je nastao iz utilitarizam preferencije, treći argument iz prava na život, a četvrti iz poštovanja autonomije*. (Singer 2003.) Argumenti su logički ispravni i pojmovno jasni, neki filozofi ih podržavaju, a mnogi su razvili burne prigovore opravdano se pitajući je li sve što je logično i tehnički moguće ujedno i dobro.

Čini se kako se odgovor na ključni problem eutanazije „primjenjivati ju ili ne?“ nikada neće moći u potpunosti dobiti znanstvenom metodom jer se ulazi u područje složena ljudskoga ponašanja i individualnih stavova. Ljudsko funkcioniranje nije samo biološko i fiziološko, koje je konzistentno, već i psihološko te duhovno, uvjetovano osobnošću na koju djeluju način života, vrijednosni sustav, socijalno ozračje i umne sposobnosti. Odluke i stavovi o eutanaziji su, osim tjelesnoga statusa, vezane za problem sustava vrijednosti koji uključuje i etičke probleme. Zbog nemogućnosti holističkoga pristupa istraživanju o eutanaziji, teško će se doći do čisto deontološkoga, etičkog suda. Ostaje onaj deskriptivni, koji isto može pružiti neko opravdano znanje i olakšati neku stvarnu situaciju u praksi medicinskih sestara i tehničara. Velike tehnološke mogućnosti u zdravstvu mogu voditi u pogrešan materijalizam i formalizam ako se promatraju samo na tržišnim osnovama. Slijepa opsjednutost zdravljem „pod svaku

cijenu“ može odvesti u pogrešan misticizam. Tada ove navedene ideologije postaju opasne i ukazuju na najveći nedostatak, a to je mogućnost odsutnosti ljudskosti i slobode duha.

Prema širemu kontekstu, europska kontinentalna filozofijska tradicija trudi se povijesno, sociološki i psihološki što cjelovitije baviti čovjekom, prirodom i svijetom, nasuprot anglo-američkoj filozofijskoj tradiciji, koja je reducirala prirodne znanosti na analitičko-filozofijske teorije i kao predmet istraživanja prihvatila sâm jezik znanosti te iz perspektive jezika također pokušava riješiti aktualne probleme čovjeka stavljajući moralni temelj na drugo mjesto. Između tih tradicija postoji dijalog čijim malim dijelom želi postati i ovaj rad. Znanstveno-tehnološki napredak suvremenoj civilizaciji otvara mnoge nove perspektive i provocira konvergenciju različitih polja znanosti. Svaka spoznaja dolazi iz određene perspektive koja je dio toga svijeta i objekt promatranja unutar pluriperspektivne metode. Jednostavno, pogledi stižu putem bogatstva različitosti. Tako se pojavljuje iznenađujući fenomen koji Slavko Amulić čak naziva ko-evolucija jer se bavi kritikom znanosti, ali i svim novijim problemima čovjeka na njegovu životnome putu. (Amulić 2019.) Možda ovaj rad i ovo istraživanje potaknu nečiju odluku za nova istraživanja o duhovnosti, dostojanstvu umiranja i smrti, ali i budu potpora u rješavanju mnogih dvojbi na području eutanazije. A možda se ovaj rad nada i ublažavanju krajnosti u analitičkome filozofijskom pristupu postmodernističkoga relativizma i monoperspektivnoga modernog totalitarizma ako se prihvati pluriperspektivizam kao metoda spoznaje bogatstva u različitosti. Drugim riječima, rad želi voditi dijalog između holizma (cjelovito prihvaćanje čovjeka – svetost života) i redukcionizma (formalizma – jačanje sustava i struktura – kvaliteta života).

Navedenim će se izazovima ovaj rad baviti iz perspektive razmišljanja medicinskih sestara i tehničara, koji su od cjelokupna zdravstvenoga osoblja i najbrojniji. U Republici Hrvatskoj ima blizu pedeset tisuća medicinskih sestara i tehničara, ali se zbog obujma posla smatra da ih još trećina od toga broja nedostaje.(“Licence” n.d.)

Rad je zamišljen u četirima cjelinama. Počinje prvim poglavljem u kojemu će biti govora o humanizaciji smrti i umiranja kroza znanje i iskustvo sestrinstva kao profesije koja u javnosti želi biti prihvaćena i priznata. U uvodnome će se razmatranju još sadržajno prikazati definicija ljudskoga dostojanstva, kao i objasniti pojmovi *čovjek, život* i *smrt,* zatim *Povelja o pravima umiruće osobe,* kao i *Faze umiranja* autorice Elisabeth Kübler-Ross. U drugome poglavlju ističu se bioetički naglasci shvaćanja smrti putem modela ageizma kao bioetičkoga pitanja o granicama života, važnost utemeljenja bioetičke platforme za formiranje stavova o eutanaziji i bioetički izazovi u sestrinstvu. Razrada te teme otvorit će osnovu za daljnju raspravu, ali i ponuditi moguća rješenja i smjernice. Treće poglavlje je teorijski prikaz povijesti

eutanazije od grčko-rimskoga vremena pa sve do dvadesetoga stoljeća i prikaz eutanazije kroz religijsku prizmu, a objasnit će i etimologiju riječi *eutanazija*, kao i podjelu, odnosno vrste eutanazije. Time se planira završiti uvod u drugu cjelinu rada.

Druga će se cjelina baviti filozofijom Petera Singera i njegovim argumentima koji idu u prilog dobrovoljnoj eutanaziji kao centralnome dijelu teorijskoga okvira. Prije toga će se nešto saznati o njegovoj biografiji. Vodeći australski bioetičar filozofije utilitarizma u svojoj knjizi *Praktična etika* navodi četiri logička argumenta za dobrovoljnu eutanaziju. Singer smatra da je danas nemoguće ostati uz Hipokratovu prisegu i čuvati život, kao i zagovarati samo pravo na život, a ne dozvoliti pravo na „dostojanstvenu smrt". Prvi argument prema brizi klasičnoga utilitarista ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji jer ako ona ne bi bila dopuštena, naše će umiranje biti produženo i mučno. Drugi argument izvodi iz utilitarizma preferencije gdje autor smatra kako je pogrešno ne ubiti osobu koja ne preferira nastaviti živjeti, njoj bi bilo učinjeno zlo jer joj je osujećena preferencija. Svoj treći argument izvodi iz prava na život gdje tvrdi da osoba koja nije svjesna sebe i nije racionalna, nema pravo na život. Četvrti je argument nastao iz autonomije, koja bi trebala postaviti kriterije za odlučivanje o tome koga se može eutanazirati u smislu da bi neusmrćivanje osobe koja autonomno izabire umrijeti bilo najteže moguće kršenje autonomije te osobe. Druga cjelina će u nastavku i završetku pokušati dati kritiku Singerove etike kvalitete života, njezine dobre i loše strane. Vodi li ta „nova etika" na sklisku padinu – od eutanazije do genocida? Postoje li mogućnosti zlouporabe? Što predstavlja etika kvalitete života u sestrinskoj etici? Je li moguće sestrinskom skrbi odrediti koja je to „niska" kvaliteta života?

Sljedeća, treća cjelina uvest će nas u profesionalni identitet sestrinstva preko više preglednih tema: sestrinstvo od teorije etike vrline do teorije etike skrbi, metodika sestrinske zdravstvene njege te školovanje i status medicinskih sestara u hrvatskome zdravstvenom sustavu. Bioetički su izazovi u svjetlu profesije medicinskih sestara i tehničara mnogobrojni, a ističu se uglavnom četiri etičke teme: komunikacija, odnos prema nadređenoj osobi, prava bolesnika i pravo na život ili smrt. Tu će se promišljati o eutanaziji iz aspekta sestrinske struke.

Četvrta cjelina bit će posvećena empirijskomu istraživanju gdje će se direktno saznati što medicinske sestre i tehničari misle o umiranju, smrti i eutanaziji. Uz opis ciljeva i metoda istraživanja, bit će formirano nekoliko hipoteza nastalih iz odabrane literature, kao i kritičkoga promišljanja Singerovih postavki uz potporu novih znanstvenih spoznaja. Kao i svaka cjelina do sada, četvrta ima više poglavlja i potpoglavlja.

Ključna poglavlja su *Ciljevi i hipoteze*, *Metoda* i *Rezultati istraživanja*. U njima će se doznati predviđeni zadatci i kakvi su stavovi ispitanika preko pitanja upitnika formiranih prema

prethodnim trima navedenim cjelinama. Poglavlje *Rasprava* istaknut će zanimljive obrađene rezultate i stavove još nekih filozofa koji, uza Singera, opravdavaju dobrovoljnu eutanaziju, kao i one koji ju osporavaju. Cilj je vratiti uzajamnu brigu, prihvaćanje, strpljivost i poniznost životu kao životu samomu. Ideja je postići korektnost, odmak od agresivne materijalističke, hedonističke i utilitarističke kontrole nad tijelom čovjeka, njegovim životom i njegovom smrti. Zaključno će biti prikazane poruke zajedničkih teorijskih polazišta i poruke rezultata istraživanja uspoređene s nastalim hipotezama formiranima prije početka istraživanja. Tim je dobivenim elementima, u kontekstu dobrovoljne eutanazije iz pluriperspektivne metode, cilj otvoriti dijalog za promicanje budućega zajedništva u govoru i stavovima, zajedničku viziju zaštite života koji nije savršen, ali je za svakoga čovjeka jedinstven i čudesan. Kao takav, život ne bi smio biti vrijednost, skup „dobrih i loših kvaliteta“, već „apsolutna vrednota“ za koju se očekuje da dobrovoljna eutanazija nije poželjna, ali ni prihvatljiva.(Marinić 2017.) Je li život opravdan snagom njegove kvalitete ili (naj)višom vrijednošću? Mnoga su pitanja koja u ovim teškim temama traže odgovor. Ovaj rad ima zadatak otvoriti upravo pitanja o životu i načinu umiranja, čovjeku i njegovoj smrti. Unatoč skromnim očekivanjima, možda ipak ponudi neke odgovore na tjeskobu agonije umiranja, a u zdravstvenoj njezi umirućega pacijenta pokuša bar malčice nekoga ohrabriti.

# 1. EUTANAZIJA I SITUACIJE UMIRANJA

## *1.1. Medicinske sestre/tehničari, kvaliteta života i situacije umiranja*

Međusobni odnos medicinskih sestara i bolesnika je posebni fenomen koji nije prisutan u znanstvenoj orijentaciji drugih profesija.(Brdarević 2012.) U tome interaktivnom odnosu svakako može pomoći i znanje bioetike u smislu antropocentrizma, ali i značenja pojmova ozdravljenja i izlječenja. Ljubav prema životu kao pozitivna paradigma bioetike ne izjednačuje ta dva pojma, ali ih niti ne suprotstavlja. Ozdravljenje ne znači izlječenje pod svaku cijenu. Mnogo puta izlječenja nema, a ozdravljenje je prisutno u personaliziranoj mjeri ovisnoj o nizu kompleksnih zdravstvenih statusa koje se vole zvati kvaliteta života i kojom je onda određena i situacija umiranja. Čini se da ono što je za nekoga bolesnika neizdrživo i neprihvatljivo od simptoma, drugome je zanemarivo i minorno. Drugim riječima, potreban je brižan humanistički pristup jer je oduvijek nekome čaša dopola puna, a drugima dopola prazna. Tako je i s umiranjem, svatko umire drugačije i ponaosob. Netko mirno, tiho otpušta vitalne funkcije, a netko se grčevito bori i viče. Kada bi kolegice i kolege zapisali svoja iskustva i situacije umiranja, svjedočili bismo bogatstvu različitih dirljivih događaja i razgovora na rubu života i smrti.

Filozofija zdravstvene skrbi proizlazi iz ideje samilosti, podrške u životu, jamstva sigurnosti i ideje kompetencije ili stručnosti.(Matulić 2007.) Kompetencija je važna za kvalitetnu zdravstvenu njegu, daje važne znanstvene rezultate za profesiju, ali ne daje humanističke rezultate neophodne za bolesne i umiruće osobe.

Danas postoji suglasnost da pojam pozitivnoga zdravlja podrazumijeva više od samog odsustva bolesti ili nesposobnosti, tj. obuhvaća učinkovitost i funkcionalnost tijela i uma, kao i socijalnu prilagodbu. Pozitivno zdravlje može se opisati kao sposobnost suočavanja sa stresnim situacijama, uklopljenost u životnu zajednicu, visok moral i zadovoljstvo životom, psihičku dobrobit te tjelesno zdravlje i kondiciju.(Havelka i Havelka Meštrović 2013.) Osim tjelesnoga zdravlja, danas se spominje i socijalno zdravlje i kvaliteta života, koju ne smijemo zanemariti kod svih osoba. Zanimljivo je spomenuti provedeno istraživanje o suosjećanju boli u socijalnim situacijama kod poznatih i povezanih osoba.

Tania Singer i suradnici su svojim istraživanjem 2004. godine to dokazali korištenjem aparata za magnetsku rezonancu tako što su snimali bliske osobe koje su primale električne podražaje i osobe koje su gledale kako njihov partner prima električne podražaje.(Goldstein 2011.) Osobe koje su gledale svoje partnere da primaju električne impulse popunjavale su

„skale empatije“ i pokazalo se da su oni koji su imali više bodova na „skalama empatije“ pokazivali i veću aktivaciju prednjega korteksa mozga. To znači da je osjećanje boli u socijalnim situacijama različito od podražaja koji izazivaju fizičku bol, ali postoje jasni mjerljivi fiziološki mehanizmi koji dokazuju da ta bol postoji.(Goldstein 2011.)

To je slučaj i kod zdravstvenih profesija, a posebice medicinskih sestara/tehničara koji su prisutni pri umiranju pacijenata i rade s njima na svojim radnim mjestima. Što se događa kada gledamo drugu osobu koja umire? Kada osoba gleda druge osobe koje doživljavaju bol i umiru, posebice ako osoba prema njima osjeća empatiju razumijevajući i dijeleći osjećaje tih umirućih osoba, isto doživljava bol.

Socijalno se zdravlje definira kao stupanj primjerena funkcioniranja osobe kao člana socijalne zajednice, što se odražava na tjelesno i psihičko zdravlje te osobe. Kvaliteta života je još širi pojam koji obuhvaća i tjelesno i socijalno zdravlje. Ona podrazumijeva funkcionalnu sposobnost, stupanj i kvalitetu socijalne interakcije, psihičku dobrobit, somatske osjete i zadovoljstvo životom. Kao najvažnije, uključuje percepciju tjelesne i psihičke dobrobiti, temeljnu razinu zadovoljstva i općeniti osjećaj vlastite vrijednosti.(Lučanin 2008.) Samoprocjena kvalitete života sve se češće koristi u medicini i zdravstvenoj zaštiti kao mjera ishoda liječenja te je postala važna mjera uspješnosti liječenja.(G. Vuletić, Benjak, Brajković 2011.) Pojam osobne kvalitete života predstavlja složenu konstrukciju direktnih univerzalnih područja.

„Univerzalna područja praćena su kombinacijom drugih područja, specifičnih i jedinstvenih za određenog pojedinca i u tome dolazi do izražaja sva subjektivnost i jedinstvenost osobne kvalitete života pojedinca.“(G. Vuletić, Benjak, Brajković 2011.) Iz navedenoga se vidi koliko je u medicini značenje „kvalitete života“ individualno, složeno i kompleksno. Prema tome, i pitanje smrti je još osjetljivije i puno nepoznanica. Medicinske sestre/tehničari često su svjedoci i sudionici sretnih i bolnih doživljaja (rađanja i smrti) i to se iskustvo teško može izraziti riječima. Posebno je teško podnijeti smrt mlade osobe. Prema Novakoviću, taj stres i nelagoda još su veći ako osoba umire pri svijesti, a sestre osjećaju ljutnju i krivnju jer su prisutne, a nemoćne. (Novaković 1990.) Medicinske sestre u procesu humanizacije često nadilaze same sebe, a smisao svojih iskustava prenose vlastitim svjedočenjem na pacijente, ali i na kolegice i kolege. Ovisi li kvaliteta života u potpunosti o funkcionalnosti organizma? Može li kvaliteta života postati presuda o životu ili smrti? Je li odnos prema drugome čovjeku odnos ljubavi i uljudnosti ili egoizma i nesnošljivosti? Koliko je današnji čovjek čimbenik društva, a koliko je u svome dostojanstvu ponižen? Sve su to pitanja na koja etika sestrinstva pokušava i želi pronaći odgovore.

### *1.2. Ljudsko dostojanstvo*

Ljudsko dostojanstvo je vrijednosno-moralna kategorija koju čovjek može poštovati ili ne. Ono se ne može izgubiti ili oduzeti, bez obzira na status osobe. Upravo se kao glavni motiv zahtjeva za eutanazijom navodi vrijednost ljudskoga dostojanstva. Latinska riječ *dignitas* znači dostojanstvo, vrijednost i važnost u odnosu na druge ljude i stvari, pošteno mišljenje i djelovanje. Prema tome, dostojanstven čovjek je onaj koji je častan, zaslužan, ugledan i vrijedan poštovanja jer je njegovo ponašanje određeno valjanim mišljenjem i vladanjem. Danas se od medicinske sestre ili tehničara traži da prema bolesnicima ima holističku viziju, tj. cjelovitost pogleda, shvaćanja, razumijevanja i usvajanja nastala pitanja i problema. Tko si može priuštiti takvu formaciju prema životu i radu i gdje ju steći? Poštovanje i zahvalnost prema vlastitim, pokojnim ili živim roditeljima primjer je rasta u dostojanstvu. Smrt i gubitak najmilijih neizbježni su trenutci života koji ostavljaju neizbrisive tragove u školi života. Osobni primjer svjedočenja i nesebično darivanje koje se prenosi na druge i djecu najbolja je odgojna mjera.(de Micheli Vitturi 2017.) Zahtijevati holističku etiku u današnjemu svijetu silnih podrobnih specijalizacija zvuči neobično i teško. Dosadašnje iskustvo pokazalo je da znanje iz bioetike medicinskim sestrama i tehničarima olakšava rad te da je nužno potrebno, nezaobilazno i blagotvorno.

U vrijeme brza znanstvenoga i tehnološkoga razvoja te urušavanja vrijednosnoga sustava sve se više priziva etika i moral kao neki korektivi za etički relativizam. „Živimo u vremenu u kojem je iskrivljen govor o tzv. ‘temeljnim vrednotama’ prije svega govor o dostojanstvu ljudske osobe. Dva od tri Šveđana misle da su ljudi i životinje jednakovrijedni, da im pripada isto dostojanstvo. ‘Temeljne vrednote’ u svojoj osnovi doživljavaju ‘pomračenje’, ‘kolaps’. Tu je početak i kraj krize čovjeka i čovječanstva.”(Koprek 1997.) U tome ozračju nužno je shvatiti da je osoba, tj. bolesni čovjek vrednota koja nadilazi sve druge vrednote ovoga svijeta. U slučaju sukoba ili vaganja pojedinih vrednota, za medicinsku će sestru prednost imati ona vrednota koja je više u službi bolesne osobe, koja je više za dobro najviše vrednote – čovjeka. Osim dostojanstva, potrebno je na umu imati kako pacijent ima osobnost, odgovornost i svoja prava.(Koprek and Pozaić 2005.) Svakomu je čovjeku dopušteno za sebe htjeti više – materijalno i duhovno, samo ako imajući više, daje više od sebe drugima. Medicinskim sestrama i tehničarima dopušten je rad na sebi, promjena navika i mentaliteta u smislu društvene pravednosti. Zato je potrebna cjeloživotna edukacija. Primijenjena etika postoji zato da bude više boljih ljudi. To je proces koji zahtijeva jačanje vlastite autonomije kako bi se poštovanjem

individualne savjesti još više poštovala autonomija drugoga, posebno bolesnih, ranjivih i nemoćnih.

Danas je moral na kušnji jer se sve više žive laži koje se prikazuju kao istina. Prema Ivanu Kopreku, mnogi postupci nisu dostojni čovjeka. Traži se dostojanstvena smrt i zalaže se za bolji život, a s druge se strane gazi ljudsko dostojanstvo na svim razinama, omalovažava se i prezire čovjekov život i život uopće.(Koprek 2000.) Potrebna je posebna pažnja u odgoju i obrazovanju medicinskih sestara, u školi, na studiju i u radu kako bi uz „kompetencije" i „profesionalnu" stručnost zaživjela istinska svijest čovjeka prema čovjeku i njegovu životu. Poziv je mnogo više od profesije. Osim kompetencija i stručnosti, pretpostavlja ljubav prema zvanju i poštovanje ljudi s kojima se radi. U vremenu mnogih nesigurnosti bolesnik s pravom traži razgovor, informaciju, pa i darovano vrijeme, a medicinska sestra ili tehničar mu je često najbliže i prva/i dostupna/an. Stoga se čini da je potrebno poticati medicinske sestre i tehničare na razvijanje unutarnjih snaga i vrlina kako bi bolja komunikacija i bolji dijalog vodili većoj transparentnosti, aktivnijemu slušanju i boljemu razumijevanju, a time i kritičkomu mišljenju što bi rezultiralo većim uspjehom u liječenju.

### *1.3. Čovjek – život – smrt*

Thomas Nagel u svome razmišljanju o svijesti i mozgu navodi događaje u čovjekovu unutrašnjemu iskustvu koji su drugima nepoznati, a nazivaju se mentalni procesi.(Nagel 2002.) Jasno je, tvrdi on, da ljudsko tijelo sadrži i fizičke i mentalne aspekte jer je u svijetu znanosti potrebno naći mjesta za osjećaje, želje, misli i iskustva. Na primjer, tvrdi Nagel, unutrašnji aspekt boli, koji je subjektivni osjećaj, nemoguće je s jedne strane potpuno analizirati u uzročnoj relaciji kao fizički podražaj i s druge strane kao ponašanje. Znanost jasno kaže kako je bol subjektivni simptom, što ne znači da ju zanemaruje kada ju pacijent detektira. Sigurno je da svatko ponaosob ima pristup svojoj nutarnjoj mentalnoj stvarnosti. Zato ostaje pitanje o čovjeku i drugim živim bićima: što čini svjesno biće, a ne samo funkcionirajući biološki organizam? Prirodna je znanost napredovala izostavivši um i nematerijalnu stvarnost iz svoga fokusa, dok je svima jasno kako u svijetu postoji mnogo više toga nego što se može objasniti samo prirodnom znanošću.(Nagel 2002.)

Neuroznanost sve brže napreduje u znanju o ljudskome mozgu, ali je um još daleko izvan toga dometa. Svaki čovjek razmišlja o sebi, zabrinut je nad sobom, traži smisao vlastita života, a ima i sigurno znanje o završetku vlastita života smrću. Osobine čovjekova uma,

odnosno inteligencije su tehnika, tradicija, napredak, mišljenje i refleksija te znanost i religija.(Šestak 2011.) Sve te čovjekove vlastitosti nisu dovoljne kako bi riješile njegovu tragičnu zagonetku, a ona je kako ne umrijeti i postići besmrtnost. Prema Bochenskomu, čovjek je neumorno upućen na beskrajni napredak, neprestano stvara nova dobra koja mu nisu nužna za preživljavanje, već za ugodan život i doima se kao da bi ga moglo zadovoljiti samo nešto beskonačno.(Bochenski 1997.) Činjenica je da su razrađeni argumenti za besmrtnost duše ostali zajedničko naslijeđe zapadno-europske kulture. Svaki filozofijski traktat o čovjeku završava njima.

Dokaz iz morala je vrlo prisutan u mentalitetu europskoga čovjeka. Taj su dokaz prihvaćali i radikalni empiristi kao John Locke (1632. – 1704.) i David Hume (1711. – 1776.). Dokaz iz moralnosti polazi od činjenice moralnoga reda koji zahtijeva adekvatnu sankciju (nagradu, odnosno kaznu) za moralni život. Kada bi čovjek zauvijek završio u grobu, jednako bi završavali i dobri i zli. Tada se moralni red ne bi ispunio jer svima je jasno da se adekvatna sankcija ne zbiva u ovoj životnoj dimenziji, što život neprestano i svakodnevno svjedoči.(Šestak 2011.) Jedan od najproduktivnijih svjetskih znanstvenika u području biomedicine i globalnoga zdravlja Igor Rudan hrabro govori o sve izglednijoj perspektivi besmrtnosti.(Rudan 2018.)

Starenje je proces nakupljanja raznih oštećenja ljudskoga organizma tijekom života. Rudan smatra kako postoje indicije o programiranosti procesa starenja pomoću promjena u aktivnosti gena odgovornih za održavanje, popravke i obranu organizma. Istovremeno postaje jasnije da će razmatranje novih rješenja o besmrtnosti nakon iscrpljivanja ljudskoga biološkog potencijala pokrenuti nova etička pitanja, koja će biti jednako važna kao i znanstvena istraživanja u tome smjeru. Rudan se pita je li ljudima dopušteno promijeniti njihov izvorni dizajn kako bi živjeli dulje. Tko može odlučivati o tako važnim pitanjima za čovječanstvo, što je ispravno, a što nije? (Rudan 2018.) Ipak, smrt je još uvijek neizbježna stvarnost. Čovjek dolazi do granice s koje gleda tamu koju više ne može osvijetliti. Bez obzira na tu tjeskobu, napredak čini čovjeka aktivnim kreatorom i tragačem koji i dalje djeluje časno, što je preduvjet za opći napredak ljudskoga društva. Takav iskren odnos čovjeka prema samome sebi, otvoren drugim ljudima i životu je u mišljenju i djelovanju naporan, ali ga ispunjava i čini boljim čovjekom u zajednici. Drugačiji odnos, suprotan dostojanstvu prema samome sebi, drugim ljudima i životu ponižava i uništava njega samoga. Dostojanstvo je ideal, a „stvarni“ život je često puta više ili manje pristajanje na nešto što nije idealno te nekada uključuje i neslobodu i poniženje kada se gledaju mnoge ljudske slabosti. Zato je opravdana nada da čovjek transcendira svoje dostojanstvo poštujući sebe i sve svoje suputnike. Taj osjećaj se itekako mogao prepoznati u pandemiji koronavirusa kada je smrt kucala na vrata, i još kuca, a najjača

bitka protiv ugroze je upravo zajedničko odgovorno ponašanje u zajednici, kao i odgovornost svakoga pojedinca u ponašanju.

Poznata je *Povelja o ljudskim pravima* kao značajan etički akt, ali postoji i *Povelja o pravima umirućih* koju je prihvatila Generalna skupština Ujedinjenih naroda 1974. godine. U sljedećemu potpoglavlju vidjet će se njezina načela.

### *1.4. Povelja prava umiruće osobe*

*Povelja o pravima umiruće osobe* donosi sljedeća načela:

- *Imam pravo da se sa mnom postupa kao sa živim čovjekom dok ne umrem.*
- *Imam pravo zadržati nadu, kako se god mijenjalo njezino žarište.*
- *Imam pravo na njegu onih koji mogu održati ovu nadu.*
- *Imam pravo izraziti svoje osjećaje i uzbuđenja u vezi sa smrću koja se približava, na moj vlastiti način.*
- *Imam pravo sudjelovati u odlukama o svojoj skrbi.*
- *Imam pravo očekivati stalnu medicinsku i njegovateljsku pažnju, premda su se ciljevi izlječenja promijenili u ciljeve udobnosti.*
- *Imam pravo prije svega na oslobađanje od boli.*
- *Imam pravo na iskren odgovor na moja pitanja.*
- *Imam pravo na brižnu, osjetljivu, obrazovanu osobu, koja će nastojati razumjeti moje potrebe i kojoj će činiti zadovoljstvo pomagati mi da se suočim sa smrću.*
- *Imam pravo na istinu.*
- *Imam pravo na pomoć i za moju obitelj u prihvaćanju smrti.*
- *Imam pravo raspravljati i proširivati moja vjerska i/ili duhovna iskustva, što god to značilo za druge.*
- *Imam pravo zadržati svoju osobnost i ne biti osuđivan zbor svojih odluka, koje mogu biti suprotne stavovima drugih.*
- *Imam pravo umrijeti u miru i dostojanstvu.*
- *Imam pravo da ne umrem sam.*
- *Imam pravo očekivati da će se poslije smrti poštivati svetost moga ljudskog tijela.*

(Marile Ivers Donovan i Sandra Girton Pierce: *Cancer Care Nursing*)(“Povelja Prava Umiruće Osobe” n.d.)

Čitajući ove rečenice, javlja se razumno pitanje: tko je svjestan te *Povelje* i tko ju podržava? Činjenica je da se o umiranju i smrti zna premalo. Takva se literatura izbjegava. Ako se i zna više, lakše je praviti se da se to nikoga ne tiče. No to je samo privid jer se zna da je smrt neminovna i da plaši ljude. Česta reakcija na taj strah je potiskivanje i bijeg, što dovodi do kriva stava prema smrti i još većega straha od umiranja. Današnje društvo potiče mladalački, zdrav i aktivan način života. Smrt svjedoči suprotno – slabost, bolest i patnju, a to je svakako nepoželjno. Umiranje u bolnicama je sve više zamijenilo umiranje u krugu obitelji. Društvo stalno potiče na autonomiju i neovisnost, ali kod pojave ozbiljnih bolesti ovisi se o zdravstvenome osoblju i drugim ustanovama. Gubitkom zdravlja gubi se i pravo na odluke. U konačnici, svatko umire na osoban način i nema zajedničkoga obrasca. U procesu umiranja se psihičke i fizičke reakcije mijenjaju ili ih ima nekoliko zajedno. Najbolje opisane faze umiranja dala je dr. Elisabeth Kübler-Ross u svojoj knjizi.

### *1.5. Faze umiranja prema autorici Elisabeth Kübler-Ross*

Švicarska liječnica Elisabeth Kübler-Ross (1969) jedna je od najpoznatijih autorica koja je svoja brojna istraživanja usmjerila na umiranje i smrt. Provodila je velik broj intervjua s umirućima tijekom niza godina. Veći dio života živjela je u Americi i predavala psihijatriju na sveučilištima u Denveru i Chicagu. Napisala je knjigu *Razgovori s umirućima*, koja je doživjela planetarni uspjeh. Došla je do zaključka da postoji pet karakterističnih faza kroz koje prolaze umirući. Tako je proces psihološkoga suočavanja sa smrću podijelila na: 1) fazu odbijanja, 2) fazu gnjeva, 3) fazu cjenjkanja ili pogađanja, 4) fazu potištenosti ili depresije i 5) fazu prihvaćanja. (Kübler-Ross 2007.) Naravno, budući da je svaki čovjek individua, te faze ne idu po redu, mogu različito trajati, a ponekad se mogu pojaviti i tri faze odjednom. Često su prisutni nada, krivnja, tjeskoba, ali i depresija. Sâmo iskustvo i empatija pratećih osoba mogu pomoći da se prepoznaju reakcije.

U *fazi odbijanja* ili nepriznavanja istine bolesniku se ruši svijet u kojemu je do sada živio i nesvjesno se želi zaštititi od panike. Zbog toga ne može podnijeti istinu. Takvu osobu ne treba razuvjeravati jer će imati osjećaj da je napuštena i sama. Neki ljudi u tome uvjerenju mogu ostati do kraja. Važno je znati da takvoj osobi treba dopustiti pričati ono što osjeća, postavljati joj pitanja i slušati odgovore. U *fazi gnjeva* ili bijesa osoba postaje svjesna da umire i javljaju se otpor i agresija. Obično je to ljutnja na „nekoga“ ili „nešto“ koje se smatra krivima za tu situaciju. Takve reakcije su jako teške za rodbinu jer tu ljutnju shvaćaju ozbiljno. Medicinske

sestre trebaju znati da to nije prava ljutnja, već osjećaj nastao zbog nemogućnosti promjene nastale situacije. Potrebno je mirno i otvoreno smiriti bolesnika. On traži krivca za bolest i otresa se na sve oko sebe. Smetaju mu sitnice poput hrane i posteljine, no agresija je usmjerena prema osoblju i rodbini.

U *fazi cjenjkanja* ili pogađanja javlja se jaka i neprirodna želja za produženjem života. Umirući traži razgovore s liječnikom, inzistira na promjenama u liječenju, traži nadu. Ponekad mijenja religijska uvjerenja, nudi imanje i novac za zdravlje. Često su to nerealni planovi. Potrebno je prihvatiti takve zahtjeve i ne pokazivati drugačije mišljenje, no važno je umirućemu ne davati lažnu nadu. U *fazi depresije* umiruća osoba izgubi hrabrost i više ne vidi mogućnost za nastavak života. Prestaje komunicirati, odbija hranu, piće i lijekove. Za rodbinu je to najteže jer umirući i njih povuče u depresiju. Razmišlja o smrti i radi bilancu svoga života. Tada ima potrebu riješiti neke poslove, traži ciljane posjete i počinje opraštati. U toj fazi potrebna je blizina ljudi. Umirućemu je potrebno reći kako je u redu biti žalostan i plakati. Riječi više ne pomažu, već samo tiha prisutnost uza nj. Nije dobro da je umirući pacijent sâm.

*Faza prihvaćanja* se javlja tik pred smrt. To ne znači kako osoba želi umrijeti i da se veseli, već da samo prihvaća bezizlaznost svoje situacije. Mnogi njeguju nadu da će doći neko rješenje prije nego bude prekasno. U toj fazi moguće je razgovarati o životnim pitanjima i onome što osoba želi nakon smrti. Iz cijele ove priče jasno je da je u situacijama umiranja najvažnija pravilna komunikacija i mir potreban za obavljanje svakodnevnih poslova. Iskustva pokazuju kako većina ljudi umre kada nitko nije uz njih su. Na pitanje je li potrebno bolesniku reći dijagnozu, E. Kübler-Ross tvrdi da je to potrebno što prije, ali mu ne treba reći da umire, nego da je teško bolestan i kako će se učiniti sve da mu se pomogne. Gubitak samopoštovanja nastaje kada kod uznapredovale bolesti bolesnik više ne može kontrolirati svoje fiziološke funkcije. (Havelka, Havelka Meštrović 2013.) U takvim stanjima moguć je izniman slučaj da pojedinac ne može podnositi vlastito stanje i odgovorno poduzima mjere prema dobrovoljnoj eutanaziji jer nema mogućnost boljega izbora.

Prema knjizi potresna sadržaja, pisanoj po istinitome događaju, *Skafander i leptir* autora Jean-Dominiquea Baubyja, koji je proživio teški moždani udar, može se vidjeti snažno svjedočanstvo koliko jaka volja za životom može biti iako je cijelo tijelo paralizirano.(Bauby 2007.) Autor je mogao komunicirati s okolinom samo pomicanjem lijevoga oka i očnoga kapka. Našavši se iznenada u toj bezizlaznoj situaciji nakon aktivna i javna života kao poznati glavni urednik modnoga časopisa *Elle*, bio je očajan i prolazio je sve navedene faze umiranja koje je opisala Kübler-Ross. Želio je smrt i ljutio se na sve oko sebe. Nakon nekoga vremena prepoznao je novu snagu i volju za životom. Napisao je roman o svome životu tako što ga je diktirao očnim

kapkom, slovo po slovo. Roman napisan riječima i suzama, koje su direktno izlazile iz misli bez glasa i usana, inspirirao je i redatelja Juliana Schnabela snimiti sjajan film.("SKAFANDER I LEPTIR: Moje Lijevo Oko" 2008) Mašta i sjećanja nisu bila paralizirana iz redateljeva kuta gledanja, pa je iz kruta „skafandera" izletio živahni „leptir" u riječi i slici. Moglo bi se zaista reći kako život piše romane i filmove, a isto se tako, na ovakvim životnim primjerima, može naučiti više poštovati svoj i svaki život.

### *1.6. Bolest i smrt u starosnoj dobi kao bioetički izazov*

Bioetika nije „objektivna disciplina zasnovana na dokazima", različiti autori ju različito definiraju, u nju ugrađuju vlastito iskustvo, stavove i poglede na svijet. Svakako, to ju čini raznovrsnom i intrigantnom kao rijetko koje misaono područje djelovanja.(Muzur and Rinčić 2018)

Prema Ortegi, svijet je pluralan, a život je njegova temeljna vrijednost. (Ortega y Gasset 2008.) Život je „mnogostran događaj". Uz cijeli spektar postmodernističkih filozofijskih tema, Ortega je stavljajući život u centar vrijednosnoga sustava, anticipirao bioetiku. Tim je otvorio niz perspektiva u znanstvenim interesima kasnije nazvanima pluriperspektivizam, što je metoda u integrativnoj bioetici. Duh individualizma i liberalizma nalaže sve veću biološku ovlast i gospodarenje nad životom čovjeka, a on se sve teže nosi s brojnim kroničnim i neizlječivim bolestima. Civilizacija dvadesetoga stoljeća svjedoči rušenje ljudskoga dostojanstva i preziranja života, što se vidi po nekrofilnoj bilanci od 170 milijuna ubijenih ljudi.(Koprek 2000.) To je stvarnost, a ne samo ideologija nekrofiličnosti. Prema Pivčević, istina kao filozofijski pojam ne postoji „dok se ne dogodi".(Pivčević 2002.) Priroda istine prepoznaje se u načinu kako se događa. Ovoga se puta po tome događaju uvjerljivo omalovažava čovjekov život.

Sukladno tomu, pita se Antun Cvek: „Kome pripadaju naši starci i bolesni?"(Cvek 2004.) Dok su aktivne i samostalne, starije se osobe brinu o svojim štićenicima pružajući im pomoć i ljubav, ali kada njih zatrpaju godine i bolesti, nemaju više neku organiziranu pomoć. Cvek svjedoči kako je nemoćan i star čovjek sve manje priznat kao čovjek. Ističe da je upravo tragedija modernoga vremena to što se izgubio osjećaj obveze i odgovornosti prema bolesnome i starome čovjeku. Taj bioetički paradoks moguće je riješiti samo organizirano i interdisciplinarno, ali na konkretan način. Gospođa koju je na Novu godinu posjetio Antun

Cvek teško je disala i drhtala cijelim tijelom. Ostala je bez lijekova jer doktorica za nju više nije imala recepata kada ju je posjetila. Imala je dosta prijatelja, ali su bili prestari i predaleko da bi joj pomogli. Primila je mnogo čestitki za blagdane, samo oni nisu bili učinkovita pomoć.(Cvek 2004.) Smisao života trebao bi biti cjelovita pomoć najranjivijima ako se bioetika smatra pokretom koji štiti život, a onda i njezina istina u načinu kako se ona provodi. Za umiranje i smrt kao bioetički izazov moglo bi se reći da je prirodna smrt sve više izostavljena iz današnje književne i znanstvene literature, a naglašeno je prisutna upravo nasilna smrt.

Činjenica je da se o smrti mnogo piše, ali se osobni doživljaji o tome pitanju izbjegavaju ili se zapravo uopće ne postavljaju i prikazuju. Stoga se čini da su umiranje i smrt bliski putem govora straha u pozadini, a nikako s pomirenosti i prihvaćanjem kao nečega neizbježnog.

### *1.7. Ageizam kao bioetičko pitanje o granicama života*

Diskriminacija po starosnoj dobi ili *ageizam* definira se kao negativan stav prema osobama zbog njihove dobi.(Knežević, Kolarić 2016.) Ageizam znači nepriznavanje i ograničavanje ljudskih prava starosnih skupina. Ti stereotipi naglašavaju negativne karakteristike starijih osoba kao fizičku i intelektualnu nemoć, rigidnost i ovisnost o drugima. Takva percepcija šteti sve brojnijemu stanovništvu. Protivnici zahtijevaju individualni pristup, tj. da se svaku osobu prosuđuje pojedinačno, a ne samo prema dobnoj skupini.(Pečjak 2011.)

Posljednjih je godina porastao otpor prema ageizmu ne samo zbog brojnijega starijeg stanovništva već i zbog njihove političke, socijalne i ekonomske moći te životne mudrosti. Pečjak smatra kako je moguće da se u ageizmu krije obrana protiv podsjećanja na vlastitu prolaznost i smrtnost.(Galić, Tomasović Mrčela 2013.)

Istraživanja o procesu starenja iz područja zdravstvene psihologije ističu pretpostavke koje povezuju osobnost i sposobnosti pojedinca s njegovim socijalnim okruženjem. Na zdravlje u starijoj životnoj dobi utječe niz čimbenika koji su višedimenzionalni tijekom cjeloživotnoga procesa. Novije generacije ljudi su zdravije i duže žive iako ovise o međudjelovanju društveno-povijesnoga ozračja i cjeloživotnoga razvoja, koje taj put može usmjeriti pozitivno ili negativno. Ratovi, stresne životne situacije i razna zagađenja mogu oštetiti zdravlje i skratiti život. Unatoč mišljenju kako zdravlje ovisi o djelovanju čimbenika tijekom čitavoga života i da je povezano s godinama, sve se više pojavljuju dokazi o njihovoj neovisnosti, posebice u dubokoj starosti. To znači da je moguće povećati psihosocijalnu dobrobit bez obzira na opadanje tjelesnoga zdravlja. Istraživanja o zdravlju i kvaliteti života starijih osoba zahtijevaju

multidisciplinaran pristup.(Lučanin 2008.) Stvaraju se stavovi kako starije osobe sve više postaju teret društvu. „Većina istraživanja u kojima su ispitivani stavovi medicinskog osoblja o starijim ljudima pokazuju da zdravstveni djelatnici imaju lošija mišljenja o starijim ljudima od ostalih.“(Rusac, Štambuk, Verić 2013.) U prošlosti se starije ljude više poštovalo. Smatralo ih se mudrim učiteljima i savjetnicima. Prema Knežević i Kolarić, ovih pet faktora smatraju se uzrocima rasta ageizma: brz tehnološki razvoj, jačanje medija koji promoviraju vječnu mladost, umirovljenje bez obzira na radne sposobnosti, razvoj medicine i društvene podjele.(Knežević, Kolarić 2016.) Smisao patnje se sve manje prihvaća. S jedne strane, biomedicinska dostignuća mogu znatno produljiti život, ali i ostvariti njegovo okončanje kada on postane „besmislen ili bezvrijedan“.

Danas je javnost, posebice u zapadnim zemljama, sve više zaokupljena pitanjem treba li legalizirati dobrovoljnu eutanaziju. Ljudi sve više razmišljaju o tome kako bi se suočili s tom situacijom, a rastuće starenje populacije polako, ali sigurno pojačava politički pritisak na ozakonjenje eutanazije. Postoji mnogo ljudi koji jednostavno ne žele zbog neke bolesti, nezgode ili kakvoga drugog razloga proživljavati teške boli ili zapasti u vegetativno stanje. Riječ je o traumatičnim situacijama ne samo za pacijenta već i za članove uže obitelji, koje mogu i potrajati. Troškovi održavanja života u vegetativnome stanju nisu zanemarivi i na ovaj ili onaj način posredno padaju na teret članovima uže obitelji. Problem je što se pitanje eutanazije ne rješava na području prava i interesa pojedinaca, već na području tumačenja temeljnih vrijednosti u društvu. Prema istraživanju prof. Marijana Valkovića o stavovima o eutanaziji, potvrđeno je da ljudi pozitivno ili negativno moralno vrednuju eutanaziju, bez obzira na njihovo zadovoljstvo zdravljem.(Valković 2017.) Nemoguće je dati jednostavan odgovor za i protiv na tako osjetljivu temu. „Rasprava o eutanaziji uključuje nužno diskusiju o pravu na odabir kvalitete života, i ona je vjerojatno najtipičnije bioetičko pitanje jer razotkriva naše neznanje o temeljnom pitanju ljudske egzistencije – granicama života.”(Muzur, Rinčić 2018.)

Tendencija je da se bezuvjetno poštuju odluke pojedinca o načinu kako će voditi svoj život, kao i o načinu kako će ga završiti, no one ne smiju biti donesene pod prisilom i ne smiju štetiti interesima drugih. Posebno bi trebalo tražiti mišljenje filozofa, liječnika, pravnika i teologa te pripremiti teren za što mirnije rasprave o problemu eutanazije u budućnosti.

S obzirom na sve veći broj bolesnih starijih ljudi koji ih je sve više u svijetu, postaju popularne *biološke oporuke* i *informirani pristanak* samoga bolesnika kako bi se smanjila tjeskoba i umanjio strah koji ih razdire i uništava, a dobila neka sigurnost i garancija buduće skrbi. Prirodna je reakcija svakoga čovjeka da želi ukloniti trpljenje izražavajući volju da umre ili da ga se liši života. Međutim, biološka oporuka vrijedi samo u sadašnjosti i u konkretnim

situacijama te nema snagu u hipotetičkim situacijama i samim je time puna suprotnosti. Svaka osoba može donijeti različite odluke u različitim okolnostima, a takva oporuka postaje neprikladna. Ona može dati korisne podatke o željama pacijenta, ali liječnik i članovi obitelji nisu obvezni poštovati biološku oporuku koja krši dobru medicinsku praksu i objektivno dobro pacijenta, posebice ako oporuka predviđa eutanaziju. Jedno je s pravne strane proglasiti nekažnjivost nekoga pojedinačnog slučaja eutanazije, a drugo je zahtijevati da taj čin bude pravo. Opasnost vreba kada se mogućnost smrti prihvati kao pravo.

Informirani pristanak nasuprot biološkoj oporuci poželjan je jer je pisani trag kod dijagnostičkih i terapijskih zahvata te daje precizno očitovanje pacijentove volje.(Lucas 2007.) Međutim, ako se pojava i realizacija informiranoga pristanka sagleda u širemu kontekstu u smislu razlike između teorije i prakse, uočavaju se ozbiljni propusti u njegovoj implementaciji. Njihov je zadatak ojačati odnos liječnika i pacijenta, tj. dati autonomiju pacijentu nasuprot paternalizmu liječnika.

Istraživanja u Hrvatskoj pokazuju kako je davanje pristanka za pacijenta formalnost, da on većinom ne razumije obrazac i osjeća se zakinut zbog velike količine informacija.(Selak 2017.) Prema Selak, posljedica toga je mogući gubitak povjerenja u ulogu liječnika i kraj njegova autoriteta.(Selak 2017.) Takvim i sličnim problemima je sve više opterećena osoba starije životne dobi jer pobolijevanje je češće, a shvaćanje razumijevanja kompliciranih dijagnostičkih zahvata i stupnja informiranosti manje.

U eri velike popularizacije eutanazije i eutanazijskih pokreta, nužno je prikazati izvore inicijativa i osnovnu platformu za prihvaćanje eutanazije, njezine definicije i podjelu, kao i povijesni pregled. Usporedno s tim, u širemu horizontu mnogih novih znanstvenih otkrića i brza razvoja tehnologije u biomedicini otvara se sve veća mogućnost njezine zlouporabe. „Abraham Steinberg, predstojnik pedijatrijskog odjela bolnice *Šaare cedek* u Jeruzalemu, eutanaziju naziva 'klizavom strminom' što znači da onoga trenutka kad se prihvati eutanazija teško je uvijek odrediti granicu, a to dovodi do kotrljanja koje iz godine u godinu proširuje krug dopuštenih usmrćivanja, kao što se danas događa u Nizozemskoj.“(Da-Don 2005.)

Život je temeljna vrijednost, a društvo koje podupire eutanaziju moglo bi stvoriti „obvezu umiranja“ za starije i nemoćne koji tomu društvu postaju teret.(Matulić 2001.) Potrebno je napomenuti da izričit pristanak bolesnika na eutanaziju ne znači i da je to njegova neovisna odluka.

„Broj usmrćenih u Nizozemskoj zasigurno nije poznat, no prema raznim procjenama čini se da se radi o pet do deset tisuća godišnje. Dakle, za nekoliko godina od početka kako je dopuštena aktivna eutanazija u Nizozemskoj se zna o raznim i teškim odstupanjima. Samo mali

dio aktivnih eutanazija prijavljuje se prema propisima [...], učinjena su ubojstva iz milosrđa nad pacijentima bez svijesti, u mnogim slučajevima odluku je donio jedan liječnik bez savjetovanja s drugim, što je suprotno s onim što određuje zakon. Netko je ustvrdio da se eutanazija u Nizozemskoj otela kontroli. Osim toga, suvremeni pristup eutanaziji pokrenuo je u Nizozemskoj prijelaz sa stajališta koje priznaje i dopušta taj čin, na stajalište koje pretpostavlja pristanak liječnika na takvu zamolbu kao na moralnu obvezu za okončanje nekorisnog života.“(Steinberg 1996.)

### *1.8. Važnost utemeljenja bioetike za formiranje stavova o eutanaziji*

Krilatice znanosti su do četrnaestoga stoljeća bile „Znanje je vrlina“ i „Znanje je moć.“ Nakon otkrića baruta i štamparskoga stroja krenule su jače zlouporabe vrlina i moći, pa se tražilo uvjerenje za sigurnost čovječanstva kako bi vrline i moć bile korištene za dobrobit svih živih bića. Vrhunac te opasnosti su nuklearne katastrofe krajem Drugoga svjetskog rata, koje su bumerang lansiran kao progres i moć biotehnoloških suvremenika. Opstojnost ljudskoga života i života uopće došla je u pitanje. Kako sačuvati čovječanstvo, a sva njegova djelovanja usmjerit na njegovu dobrobit? U tome vrtlogu „zla“, koje je prikazano kao „dobro“, rodile su se klice nove znanstvene paradigme. Slijedom toga, znanje i moć bi se trebali usmjeriti na čuvanje života.

Moglo bi se reći kako su rasprave tradicionalne etike postale preslabe jer su se više bavile individualnim i društvenim normama, a manje biologijskim preživljavanjem, problemima dugovječnosti, starenja i umiranja. Izravni učinci tehnologije na život čovjeka stvorili su preduvjete za nastanak nove dijaloške discipline nazvane bioetika.

Dublja etička promišljanja stručnjaka i znanstvenika te njihov zajednički dijalog šezdesetih godina prošloga stoljeća iznjedrio je društveni pokret nazvan „Bioetika kao teorijska refleksija“ kao poveznicu prirodnih i društvenih znanosti.(Aramini 2009.) Američki biokemičar i onkolog Van Rensselaer Potter je 1970. nazvan ocem bioetike iako se korijeni pojma bioetike mogu naći i prije u povijesti filozofije.(Rensselaer Potter 1971.) Beauchamp i Childress lansirali su ideju da se etički stavovi u biomedicinskim istraživanjima i kliničkoj praksi mogu svesti na četiri univerzalna načela: princip autonomnosti, princip dobročinstva, princip pravednosti i princip neškodljivosti (izveden iz principa dobročinstva).(Reich 1978.) Ubrzo su ta etička načela prihvaćena u cijelome svijetu na metodi transdisciplinarnoga dijaloga za dvojbena moralna pitanja.

U Hrvatskoj se bioetika isto razvija vrlo rano, prije više od dva desetljeća. U literaturi se već 1985. godine spominje riječ bioetika zahvaljujući o. Valentinu Pozaiću. Već 1986. osnovan je *Centar za bioetiku* pri Filozofskome fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu.

Za razvoj bioetike u Hrvatskoj najzaslužniji je prof. Ivan Šegota na Medicinskome fakultetu Sveučilišta u Rijeci, koji je okupljao bioetičare iz cijeloga svijeta, kao i „oca bioetike" Van Rensselarea Pottera.(Čović, Gosić, Tomašević 2009.) Uz poticaj prof. Šegote, godine 1996. počinje ekspanzivni razvoj bioetike u Hrvatskoj pokretanjem časopisa *Društvena istraživanja* (urednik: Mislav Kukoč), a 1999. je obranjena i prva disertacija iz bioetike pod nazivom *Bioetička edukacija*.(Čović 1997.) U Hrvatskoj se od 2002. godine redovito održavaju *Lošinjski dani bioetike* kao znanstveno-kulturna manifestacija koja okuplja znanstvenike i bioetičare iz cijeloga svijeta.

Inačica praktičnoga bioetičkog djelovanja danas su etička povjerenstva koja su zaživjela postepeno u svim institucijama počevši od prvog tzv. „Božjeg komiteta" (etičkoga povjerenstva) nastala u SAD-u (u Seattleu) 1962. godine zbog nužnoga odabira pacijenata za netom razvijenu hemodijalizu s novom aparaturom. Bioetika se sve više formira kao neka nova sveobuhvatna znanost zbog tehničkoga dehumaniziranja u medicini i zbog toga je implementirana u rad svakoga zdravstvenog tima, posebice u sestrinstvu.(Sgreccia 1999.) Zanimljivo su otkriće europski korijeni bioetike i to kada se već čvrsto prihvatila teza da je otac termina *bioetika* V. R. Potter.(Kalauz 2011.) Iako otkrivena punih sedamdeset godina kasnije, na predavanju Sveučilišta Humboldt snažno je odjeknula istina da je već 1927. godine njemački pastor i etičar Fritz Jahr u svojemu članku *Bioetika. Osvrt na etički odnos čovjeka prema životinjama i biljkama* prvi tvorac neologizma *bioetika*, koji postaje temelj nove znanstvene paradigme.(Kalauz 2011.) Fritz Jahr je promišljanjem formulirao bioetički imperativ kao nastavak Kantova kategoričkoga imperativa za moralnu odgovornost u svim znanostima koje se bave svim oblicima života.(Čović, Gosić, Tomašević 2009.) Suvremena bioetička rasprava tako obuhvaća ne samo pitanja medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja nego i probleme koji se tiču prirode u cjelini, kao i problematiku uloge i smisla znanosti uopće sve do fundamentalnih pitanja zapadne civilizacije i opstanka čovječanstva. Bioetika je i dalje neizbježna u timskome radu zdravstvene službe, a cilj joj je, uza svu etičku širinu djelovanja, učiniti sve zdravstvene radnike ljudskijima i toplijima, posebno u radu s pacijentima koji trebaju i ovise o dugotrajnoj pomoći. Najveći bioetički izazov današnjega čovjeka je „ljubav prema životu", što je i novija definicija bioetike Darryla R. J. Macera. Primijenjena bioetika u sestrinstvu bazirana je na timskome radu i holističkome pristupu, što uključuje integrativnost, interdisciplinarnost i pluriperspektivnost.(Šegota 2001.)

Bioetika kao sveobuhvatna znanost najvećim dijelom za cilj ima zaštititi sva živa bića, a najviše čovjeka. Ipak, danas se ona još uvijek smatra pokretom koji traži svoje utemeljenje za stavove o životu, ali i smrti.

Autor Elio Sgreccia današnje probleme vezane za bioetiku vidi u dosadašnjim neuspjelim pokušajima teorijskoga zasnivanja bioetike.(Sgreccia 1999.) On se ipak nada njezinu čvrstomu utemeljenju i smatra da je to moguće u antropologiji koja sadrži objektivnu istinu o čovjeku. Utemeljenje nije moguće na formalnoj odgovornosti za buduće generacije ili postizanju bolje komunikacije među generacijama, već na vrijednostima dostojanstva svake ljudske osobe. Sâmo dostojanstvo upisano je u bit svakoga čovjeka i mjeri se prema određenju čovjeka kao transcendentnoga bića. Činjenično opažanje nije dovoljno za iznjedriti moralnu odluku. Same činjenice naspram vrijednosti imaju različito izvorište. „Principizam“ u SAD-u kao sistematiziranje načela bioetike nastaje iz dvije etičke teorije – utilitarističke i deontologijske. Vrijednosti se uvijek dodaju subjektu, a činjenice postoje izvan subjekta. Prema utilitarističkoj teoriji: „Moralnost nekog djela mjeri se jedinstvenim parametrom: načelom korisnosti; dobro je ono djelovanje kojim se može maksimalizirati dobro za najveći broj osoba.“(Dell’Oro 1995.) Dobrota nekoga djelovanja može se prema tome mjeriti njegovim posljedicama, a to smatraju i najutjecajniji predstavnici utilitarizma kao što su Bentham i Mill. Pozitivnost tih posljedica razumije se kao hedonistički rezultat: odsutnost bola te mjerljiva prisutnost sreće i ugode.

Prema Singeru, moralni prag poštovanja živoga bića zasniva se na sposobnosti tih bića da se osjeti ili ne osjeti zadovoljstvo i bol. Ta etička teorija ima dvostruk redukcionistički značaj: dobro se svodi na ugodu, a dobro i zlo se vrednuje u odnosu na objektivnost empirijskih rezultata, bez uzimanja u obzir svojevoljna sudjelovanja subjekta. Utilitaristička etika je u tzv. „američkoj bioetici“ bila definirana kao etika bez subjekta.(Dell’Oro 1995.) Deontološka se teorija poziva na univerzalnost i racionalnost. Njezina plemenita postavka je da se čovjeka prihvaća kao cilj, a nikada kao sredstvo. U konkretnim pojedinim slučajevima načela autonomije i pravednosti (za razliku od načela dobročinstva i neškodljivosti) trebaju više posredovanja i uravnoteženja te se tako otvara velik prostor za relativiziranje moralnih stavova, a time i za ozbiljne posljedice u djelovanju.(Sgreccia 1999.)

Stavovi o legalizaciji dobrovoljne eutanazije puni su socijalnih suprotnosti, ne obaziru se na subjektivni razlog, vrednuju posljedice djelovanja i nisu usredotočeni na unutarnju vrijednost moralnoga čina. Takva situacija dovela je do jačanja načela autonomije nad svim drugim načelima. Na proces odlučivanja sve jače djeluje ekonomsko promišljanje. Relativizira se pojam dobro – zlo u odnosu na dobrohotnost – škodljivost. Sve se češće donose odluke na

osnovi autonomne prosudbe pojedinca i društveno-gospodarske situacije. T. Engelhard za kriterij na području javne etike predlaže ono što je plod konsenzusa ako on predstavlja interes zajednice.(Engelhardt 1987.) Liberalni kriterij i na području etike zadržava subjektivnost i relativnost. Novi se vijek pouzdaje u mogućnost individualne ljudske spoznaje, koja se, uz racionalnu, pouzdaje i u osjetilnu, ali i osjećajnu sposobnost čovjeka.

Prepoznaje se *bioetički senzibilitet* kao nov pojam koji otvara široke značenjske mogućnosti uz potencijal povezivanja kategorija unutar ljudske prirode i prirode općenito. Priznavanje i aktivacija prirodnoga suosjećanja zamjenjuju relaciju čovjek – čovjek u korist relacije čovjek – sva živa bića.(Zagorac 2018.) Početni antropocentrizam načelom autonomije sve više prelazi u biocentrizam. Smatra se da čovjek i njegov život nisu više najviša vrednota, već da i druga živa bića mogu zamijeniti njegovo mjesto. Nedavno se dogodio susret poskoka i mlade djevojke iz Nizozemske koja je odlučila podragati otrovnu zmiju. Nakon njezina ugriza jedva je spasila život. Često se čuju izjave starijih, usamljenih ljudi kako im je njihov kućni ljubimac sve na svijetu i važniji od njihovih rođaka i bliskih ljudi. To je čovjekova kontradiktornost. Čovjek često zadovoljava individualne kriterije kvalitete života i utrkuje se s kulturom i tehnikom zapravo gubeći ljudskost, a zaboravlja se da je i tu kulturu (smrti) stvorio čovjek. Kvaliteta života je potreban čimbenik i čovjek mora raditi na njezinu poboljšanju samo u skladu s njegovom svrhom i dostojanstvom, po mjeri čovjeka, uz ljubav i razboritost upravo prema čovjeku. Bioetiku je kao filozofijsku disciplinu moguće graditi na ljubavi i razumu. Cjelovit ljudski čin i moralne odluke sadrže obje komponente. Poštovanje svijeta i prirode započinje od poštovanja čovjeka. Ako je to poremećeno u međuljudskim odnosima, vraća se Hobbesov pesimizam *homo homini lupus* (čovjek je čovjeku vuk).(Matulić 2001.)

Bioetika je upravo i nastala da moderni biotehnološki čovjek ne bude čovjeku vuk jer star i bolestan čovjek očekuje zaštitu i poštovanje, a ne diskriminaciju (eutanazija i liječnički asistirano samoubojstvo kao bumerang nove kvalitete života koja uklanja nekorisne živote).

Na tragu sličnih zbivanja čovjekove kontradiktornosti nastala je i platforma iz koje postepeno niču klice za legalizaciju eutanazije. Zadatak filozofije je doći do istine, samo je pitanje mogu li te kozmičke istine proći kroz jezičnu leću i prikazati sve neimenovane kreposti, ali i nekažnjene zločine kada je u pitanju umiranje čovjeka, kao i način toga umiranja. Ivan Supek proročki tvrdi da opstanak čovječanstva ovisi o buđenju moralnih snaga. Ili će ljudi biti dobri ili će ih uništiti zloća.(Supek 2006.)

Ljudi površno i premalo komuniciraju, a time i njihovi odnosi postaju poremećeni, posebice ako je prisutna i generacijska barijera. Smatra se da moderna dekonstrukcija jezika gubi poveznicu sa stvarnim ljudima, postaje površna, kruta, formalna i bezosjećajna.

Individualni interesi prevladavaju, pa tko će još naći vremena i strpljenja za nekoga danas aktivno slušati, posebno ako je još i star, spor i dosadan? S druge strane, postoji svijest koliko govor i neverbalna komunikacija mogu pomoći u izražavanju misli i emocija u suživotu s umirućima. Ljudska dobrota oduvijek gaji nadu, čak i kada se sve čini izgubljenim.

*Kad čovjek vidi životinju kako umire, obuzima ga jeza: ono što je on sam - suština njegova propada pred njegovim očima - prestaje postojati. Ali kad umre čovjek, i to voljen čovjek, onda pored jeze koja nas prožima kad gledamo kako propada život, osjećamo i prijelom i duševnu ranu koja, isto onako kao i tjelesna rana, ponekad donosi smrt, ponekad zacjeljuje, ali uvijek boli i strepi od vanjskog dodira koji je povređuje.*(Buzov 1989.)

### *1.9. Umiranje – bioetički izazov u filozofiji zdravstvene skrbi*

Može se reći kako je bioetika zapravo pogled na svijet koji podržava život u cijelosti. Ovisno o tome na što se usmjeri pozornost, dobivaju se i specifični bioetički pogledi. Ako bi se pozornost usmjerila na cjelovit pristup čovjekovu razvoju i održavanju zdravlja, pratile bi se promjene u svim aspektima čovjekova djelovanja i ponašanja jer je cilj same bioetike raditi sve za dobro čovjeka i tako stvoriti zdrava i dobra čovjeka.(Brdarević,. Pranjić Kozlek 2018.) Ipak, čovjek je često bolestan i umire. „Bolest je kompleksan mehanizam međudjelovanja uma i tijela, genetike i okoline.“(Koprek 2005) Bioetički izazovi u sestrinstvu su bolja kvaliteta života kao vrlo širok projekt, sve jači biocentrizam nasuprot antropocentrizmu, istraživanja zasnovana na dokazima uz dozvole etičkoga povjerenstva, osobna, duhovna i religijska vjerovanja itd.(Brdarević, Pranjić Kozlek 2018.)

Svakim bioetičkim izazovom moguće je fokusirati učenje i djelovanje prema umirućemu pacijentu i načinu njegova umiranja.

Za razliku od biocentrizma, antropološki pojam ljudskoga bića uključuje kompleksne komponente – psihičke, emocionalne, društvene i etičke u zdravlju, u bolesti, pa i umiranju.(Pozaić 2005.)

Filozofija zdravstvene skrbi uključuje višu razinu autonomije bolesnika i paternalizam zdravstvenoga osoblja u cilju očuvanja dostojanstva osobe, zatim odnos umirući bolesnik – medicinska sestra za koji je empatija obostrano nužna. Kao i vrline, empatija se uči.

Prema Golemanu, empatija se temelji na svijesti o vlastitoj osobi. Ako je osoba otvorena prema vlastitim emocijama, bit će u mogućnosti bolje razumjeti i osjećaje drugih.(Goleman 1997.) Svaka vrsta posvećenosti i brižnosti potječe od sposobnosti suosjećanja, a ako je osoba

zbunjena vlastitim osjećajima, nije u stanju prihvatiti i osjećaje drugih, što rezultira nedostatkom ljudskosti. Emocije se uglavnom izražavaju neverbalno. Ključno za razumijevanje i uživljavanje u emocionalno stanje umiruće osobe su ton glasa, izraz lica i geste.(Goleman 1997.)

Filozofija sestrinstva tematski i dijaloški zahvaća obradu stavova prema životu i smrti. Smrt pacijenta potiče na pokušaj traženja odgovora na temeljna čovjekova pitanja: odakle smo došli, tko smo i kamo idemo? Ostala područja su komunikacija s umirućima, obrazovanje javnosti te multidisciplinarni i multiprofesionalni pristup.

Bioetičke dvojbe koje se javljaju u sestrinstvu u radu s umirućim bolesnicima su brojne i, među ostalim, uključuju: odnos prema nadređenoj osobi, prava bolesnika, pravo na život ili smrt, redovita i izvanredna sredstva za liječenje, razmjerna i nerazmjerna sredstva za liječenje, sindrom izgaranja među medicinskim sestrama, pravo na priziv savjesti, nedostatak empatije, mobing, poduzimanje koraka umjesto pacijenta, pritisak postizanja najboljih rezultata, kršenje tjelesnih granica, kršenje privatnosti, osobnu vezanost uz pacijenta... i drugo.(Brdarević, Pranjić Kozlek 2018.)

Prema navedenome, vidi se kako postoje brojni problemi. Međutim, uz marljiv je rad moguće napredovati skromno i polako. Za uspostavu mogućih rješenja i smjernica potrebna su buduća ciljana istraživanja bioetičkih problema u sestrinstvu, kao i bioetička edukacija jer bioetički problemi u radu medicinskih sestara zasigurno su rješivi, ali konkretna istraživanja nisu za sada dovoljno provedena.

U hrvatskome je sestrinstvu bitno razviti bolje komunikacijske vještine, ojačati holistički pristup pacijentima, educirati medicinske sestre i ostalo zdravstveno osoblje s naglaskom na moralne vrijednosti zdravlja i bolesti, bioetičke probleme umiranja te poštovanje autonomije i prava svakoga pacijenta.(Brdarević, Pranjić Kozlek 2018.) Buduća bi zadaća mogla biti provođenje novih istraživanja na području filozofije o umiranju i smrti. Tako bi bilo moguće osvijestiti neko novo znanje s individualne razine i podići ga na društvenu razinu novim bioetičkim edukacijama. Osim toga, dijalogom i dostupnim etičkim aktima (*Kodeks medicinskih sestara*) mogle bi se raspraviti mnoge dvojbe, pa bi medicinske sestre/tehničari bili aktivni sudionici toga procesa koji nije nimalo lagan, ali je zaista potreban i bio bi iz prve ruke.

### *1.10. Povijest eutanazije*

Eutanazija je intenzivna i česta tema mnogobrojnih rasprava unazad nekoliko desetljeća, ali praksa usmrćivanja starih i bolesnih ljudi stara je koliko i ljudsko društvo. Još u plemenskim narodima osobe s invaliditetom, bolesni, stari i nemoćni, pa čak i mala djeca usmrćivali su se na najrazličitije načine (bacanje s litica, ostavljanje na stijenama, prepuštanje zvjerima u šumi, izgladnjivanje, davanje otrovnih napitaka, pa sve do bizarnih primjera kao udaranja sjekirama po glavi).(Marinić 2017.) Nije sigurno da se takva usmrćivanja mogu nazvati eutanazijom jer su neki slučajevi bili rituali, a neki i prisile. Način umiranja bio je brutalan, što govori o teškoj ljudskoj ograničenosti i zabludama.(Pozaić 1985.) Takva usmrćivanja nimalo ne sliče dobroj i blagoj smrti. Govor o smrti i eutanaziji mijenjao se tijekom povijesti. Očitovao se različitim pristupima u smjeru micanja iz javnosti jačanjem individualističke kulture življenja, ali paradoksalno tomu, sustav u lancu umiranja ima sve jače institucije (kao što je, na primjer, agencija *Dignitas* u Švicarskoj) koje dobro zarađuju. Prema tome, smrt i eutanazija imaju veliko društveno značenje jer itekako utječu na zajednicu, a nekim pojedincima omogućuju i bogaćenje.(Markešić 2005.) Kronološki pregled razvoja eutanazije tijekom stoljeća počinje uglavnom od grčko-rimskoga vremena.

#### *1.10.1. Eutanazija u grčko-rimskome svijetu*

Po arheološkim tragovima, prve oblike neonatalne eutanazije provodili su Spartanci. Poznato je da su Spartanci živjeli odvojeno od ostalih Grka na jugoistočnome dijelu poluotoka Peloponeza u Lakoniji. Njihov se način života razlikovao od Grka jer su ratovanjem eksploatirali druge narode i podređivali ih sebi. Cilj im je bio stvoriti rasno savršeno društvo, pa su nakon poroda odabirali samo jaku i zdravu djecu, a slabiju i bolesnu su izlagali na gori Tajgetu gdje bi umirala. Dijete je više pripadalo društvu nego roditeljima i brak je bio javna stvar, a djecu se odmalena odgajalo za savršenu ratničku kastu. U starome Rimu otac je odlučivao o životu i smrti novorođenčeta tako što su tek novorođeno dijete polagali ocu pod noge, a on bi ga podigao i tako mu dao pravo na život. Ako bi ga ostavio ležati, to je za dijete značilo smrtnu osudu.(Burckhardt 2001.) Sam pojam *eutanazija* susreće se prvi puta u antičkome svijetu, ali svega tri puta u literaturi. Pojam se koristio kao stav ili ljudsko držanje prema smrti, a značio je hrabru, plemenitu smrt. Termin je zabilježen prvi puta 300. god. pr. Krista na komadiću kazališnoga djela *Mrav* grčkoga komediografa Posidipa.(Pozaić 1985.) Na sačuvanome tekstu piše: „Od svega što si čovjek može poželjeti od bogova, ne želi on ništa

bolje od dobre smrti.“ Pojam i definicija su u to vrijeme bili nepoznati, ali praksa nije. Može se zaključiti kako su tada u usmrćivanju ljudi sudjelovali i liječnici.(Marinić 2017.) Činjenica je da Hipokratova prisega u IV. stoljeću prije Krista ipak jasno navodi: „Nikome neću, makar me za to i molio, dat smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet. Isto tako neću dati ženi sredstvo za pometnuće ploda.“(*Medicinska Enciklopedija* 1967) Ostaje zanimljivo pitanje zašto je Hipokrat donio takvu prisegu ako je u to doba bilo „normalno“ da liječnik pomaže pri umiranju. Prema Markešiću, odgovor je u povijesnoj i društvenoj okolnosti. U tome kulturnom ozračju jača filozofijski i tehnološki razvoj (grčka filozofija i znanost, rimsko pravo, obrazovanje) u četirima velikim civilizacijama (Kina i Indija, Orijent – Izrael i Iran, Grčka i Rim). Do Hipokratova vremena postojala su dva shvaćanja smrti; *thanatos* – redovita i prirodna smrt u koju je spadala i eutanazija te *ker* – prerana, izvanredna smrt. Hipokratova je prisega nastala prožeta grčkom mitologijom i rastućim religijama (konfucijanizam, židovstvo, hinduizam i budizam) te prekida dosadašnju tradiciju pomoći kod umiranja.(Markešić 2011.)

Veliki grčki filozofi Sokrat i Platon, kao i stoici, smatrali su da osobe koje su teško bolesne troše vitalne resurse ili ako im život postane besmislen, može se skončati s ili bez njihova pristanka.(Marinić 2017.) Sokratovo suđenje je najpoznatiji događaj smrtne kazne i eutanazije. Platon u svojemu djelu *Obrana Sokratova* iznosi Sokratov govor Atenjanima gdje on kaže kako njegova osuda na smrt nije dobra i na korist Ateni jer da se odgodi, on bi umro prirodnom smrću. Sokrat mudro iznosi proročanstvo o tome što će se dogoditi onima koji su ga osudili dovodeći ih u ulogu optuženih i koristeći njihova vjerovanja da čovjek, koji se nalazi blizu smrti, ima znanje o tome što će se dogoditi u skoroj budućnosti.(Platon 2000.) Nakon toga, Sokrat se obraća ljudima koji su ga branili i hrabri ih da je smrt kao san kojega se više drugo jutro ne sjećamo te zagovara vječni život i preseljenje duše u drugi svijet.(Platon 2000.) U dijalogu *Fedon* se Sokrat miri sa smrću i mirno ispija otrov uvjeren da je živio pravedno, slijedeći zakone i uvjeren da ga čeka besmrtnost.(Platon 1996.) Ciceron u Rimu pod eutanazijom razumijeva časnu i dostojanstvenu smrt.(Pozaić 1985.) Rimljani nisu smatrali da je eutanazija usmrćivanje bolesnih ljudi, već su njome označavali želju da kada se već mora umrijeti, neka to bude bezbolan, brz i dostojanstven način. Stoička filozofija je više zastupala samoubojstvo kao herojski čin naspram neizlječivoj bolesti i osakaćenju. Tako su mnogi stoici birali *slobodnu* smrt. Seneca (4. pr. K. – 65. n. K.) piše da je bolje ubiti se nego se gledati u bolesti kao živoga mrtvaca. Nije mu bilo važno umrijeti prije ili kasnije, već umrijeti dobro ili loše.(Pozaić 1985.)

*1.10.2. Eutanazija u srednjemu vijeku*

Slijedi niz stoljeća u kojima je eutanazija nepoznat pojam. Zatim se u vrijeme kulturnoga procvata renesanse pod utjecajem antike razvija „umijeće umiranja“ (*ars moriendi*). Razvio se poseban smrtni ceremonijal. Ugledne osobe su svoju samrtničku postelju pretvarale u pozornicu. Promoviralo se herojstvo u umiranju i dostojanstven odlazak s te pozornice života. Eutanaziju su bili odabirali neki teško ranjeni vitezovi kako bi izbjegli mučenje protivnika. U 16. stoljeću Thomas More u djelu *Utopija* opisujući svoj zamišljeni grad, govori da za neizlječive bolesnike smrt može biti olakšanje.(More 2003.) Još se vode rasprave koliko je to prihvatljivo jer se radi o literarnome opisu zamišljena i nepostojećega grada koji se naziva Utopia, a pisac je svetac Katoličke Crkve za koju je eutanazija kao samoubojstvo neprihvatljiva. More opisuje funkcioniranje savršena utopističkoga društva: *Bolesnike, kako rekoh, njeguju vrlo brižno i ne propuštaju ništa u pogledu liječenja ili prehrane što bi moglo povratiti njihovo zdravlje. Oboljele od neizlječivih bolesti tješe sjedeći kraj njih i razgovarajući s njima te im olakšavaju muke kako znaju i umiju. No ako bolest, osim što je neizlječiva, bolesniku predstavlja nezaustavljivo i užasno mučenje, dolaze svećenici i državni dužnosnici i hrabre tog čovjeka neka se više ne muči.* […] *Bolesnici koje u to uvjere dragovoljno dokrajčuju vlastiti život gladovanjem ili ih uspavaju da ne osjete smrt. Nikomu ne oduzimaju život protiv njegove volje niti umanjuju svoju brižnost prema njemu. Kad netko prihvati njihove savjete, smatraju da je umro časno.*(More 2003.)

U 17. st., točnije 1623. godine, Francis Bacon izravno uvodi u raspravu termin *eutanazija* u svom djelu *Instuaratio magma*:(Bacon 1986) *Dužnost liječnika nije samo da ponovo uspostavi zdravlje, nego i da ublaži bolove i patnje kod bolesnika; i to ne samo kao da to ublažavanje bolova, shvaćeno kao opasan simptom, pridonosi i vodi k ozdravljenju, nego kako bi pribavio u bolesti, kad više nema nade, blagu i mirnu smrt. Jer to je samo najmanji dio sreće od ove eutanazije. Čini se da u naše vrijeme liječnici nameću sebi dužnost zapuštanja bolesnika čim su oni na samrti; dok prema mom mišljenju, ako oni budu brinuli o tome neće pogriješiti u svoju dužnost, pa prema tome i ljudskost, nego će čak temeljito produbiti umijeće. Oni ne bi trebali štedjeti nijedan napor da pomognu onima u agoniji kako bi otišli s ovoga svijeta s više blagosti i lakoće (prirodnosti). Dakle, ovo istraživanje nazivamo istraživanje vanjske eutanazije – razlikujući je od one eutanazije koja ima predmet pripremu duše – i ubrajamo je među naše preporuke.* Prema Baconu, pojam eutanazija je opravdano uveden u medicinu jer je liječnikova dužnost osloboditi čovjekov organizam od tjelesne patnje i osigurati mu jednostavnu i bezbolnu smrt.(Marinić 2007.)

Od tada eutanazija postaje prisutna u filozofijskim, etičkim, medicinskim i pravnim raspravama, a provodi se i u praksi injekcijama morfija.(Marinić 2017.) Krajem devetnaestoga i početkom dvadesetoga stoljeća medicina se brzo razvija, pa je problem umiranja i eutanazije sve češća tema i u svim kulturološkim i religijskim krugovima. Naravno, jedni je strastveno zastupaju, a drugi jednako tako osporavaju.

### *1.10.3. Eutanazija u 18. i 19. stoljeću*

U devetnaestome stoljeću liječnici ne pristaju na blago usmrćivanje teških bolesnika, bez obzira koliko njihovi bližnji na tome inzistirali. Napoleon (1769. – 1821.) je tražio svoga liječnika da usmrti umiruće i teško ranjene vojnike kako ne bi pali u ruke protivničkoj vojsci, ali on je to odbio. Francuski glazbenik H. Berlioz (1803. – 1869.) je bio odbijen kada je tražio smrt za svoju teško bolesnu sestru.(Pozaić 1985.) Alfred Jost 1895. godine prvi put iznosi načelo prava na smrt. Prema Jostu, pravo na smrt je temelj zdravoga života i predstavlja odlučujuću društvenu reformu; samilost mora ravnati postupcima. Iz samilosti nastaje sloboda da se uklone bolesni i oni koji pate. Neizlječivo bolesnima pruža se izbor između samoubojstva i ubojstva na zahtjev. Za duševno bolesne će država to srediti. Da bi se izvršilo ubojstvo, dovoljna je dijagnoza neizlječivosti. Zabuna u dijagnozi u pojedinome slučaju predstavlja manje zlo od patnji tisuća i probitaka društva.(Šeparović 1998.)

David Hume (1711. – 1776.) je bio uvjeren kako postoje okolnosti u kojima je samoubojstvo racionalno utemeljeno. Koje su to okolnosti? Hume ih nabraja kada se suprotstavlja određenim moralnim shvaćanjima koja čovjeku nalažu da treba „produživati omraženi život iako je opterećen patnjom i bolešću, poniženjem i siromaštvom“. Hume smatra kako je zabrana samoubojstva plod predrasude i pobija argumentima da je tvrdnja o nedopustivosti takva čina moralno opravdana. Dva su glavna razloga zbog kojih se ljudi ne opredjeljuju za smrt, misli Hume, jedna je strah, no kada ljudi uspiju prevladati taj strah, tada ih koči predrasuda koja im onemogućava vladati vlastitim životima.(Baccarini 2011.) Hume zastupa tezu da pojedinac samoubojstvom gubi dužnosti prema zajednici po načelu recipročnosti jer izlazi iz te zajednice. Postavlja se pitanje: može li pojedinac ući u proces suradnje sa zajednicom i bezuvjetno izići iz nje kadgod to želi? Pozitivno je što Hume razmatra to pitanje obveza prema drugima. Baccarini se ne slaže s Humeom jer smatra da pojedinac može biti vezan dobrobitima iz prošlosti i ne može ih samo tako napustiti.(Baccarini 2011.) Ipak smatra da je ispravno što se Hume bavi pitanjem opravdane eutanazije pojedinca i mogućim

moralnim razlozima za to, bez obzira što je danas to nedovoljno za širu društvenu razinu.(Baccarini 2011.) Između Humea i Schopenhauera čvrsto stoji Immanuel Kant (1724. – 1804.) koji smatra da je čovjek u svome umu posve slobodan, ali da ga ta sloboda i obvezuje i uzdiže nada sve ostalo. Stoga se, prema Kantu, s čovjekom ne smije postupati kao sredstvom, već onako kako glasi njegovo ćudoredno načelo: „Djeluj tako da čovječnost, kako u svojoj osobi, tako i u osobi svakog drugog, svagda koristiš ujedno kao svrhu, a nikada kao puko sredstvo.“ Ćudoredno dobro za Kanta je djelovanje koje nastaje iz dužnosti i poradi dužnosti. Besmrtnost je postulat praktičnoga uma bez kojega bi moralni zakoni izgledali kao prazne utvare. Ćudoredno i dobro djelovanje u životu vode čovjeka prema nagradi blaženstva, a moralni zakoni su ujedno i Božje zapovijedi koje štite čovjekov život za besmrtnost.(Hirschberger 1995.)

O eutanaziji posebno raspravljaju Artur Schopenhauer i Friedrich Nietzsche. Artur Schopenhauer (1788. – 1860.), njemački filozof koji se smatra utemeljiteljem pesimizma, ostavio je znatan utjecaj na stavove o umiranju i smrti. Prema autoru Donaldu De Marcu, bio je jedan od arhitekata kulture smrti.(de Marco, Wiker 2015.) Stvarnost kakvu je vidio bila je zloćudna i odbojna ljudskomu umu. Priroda je Volja koja guši čovjeka. Priroda je okrutna, stvara život samo zato da bi ga uništila i u čovjeku potiče nadu samo zato da bi ga iznevjerila. Prema tome, njezinoj razornoj biti nema pomoći. U konačnici, samo nas smrt može spasiti od neumoljive Prirode. Nada je jedino u smrti. Smrt je velikodušnija od života koji je samo Volja u njezinoj objektiviziranoj formi bez razuma. Smrt nas oslobađa mahnitosti i životnih patnji. Istodobno, zlo je moćnije i stvarnije od dobra. Život je sâm po sebi zlo, tvrdi Schopenhauer, i što je živo biće razvijenije, njegova je patnja veća. Nikada nitko nije zastupao tako otrovni pesimizam. Njegovo najvažnije djelo *Die Welt als Wille und Vorstellung* (*Svijet kao volja i predodžba*), objavljeno 1819., utjecalo je na suvremenu psihologiju. Schopenhauer je odvojio razum od volje i od njega započinje razvoj smjera u psihologiji preko Nietzscheova psihološkoga radikalizma do Freuda koji oblikuje psihologiju podsvjesnoga i formira znanost o čovjekovu duhu. Njegova negativna mišljenja bila su primjer kako i njegov nesretni, ali i dokoličarski osobni život gradi i njegovu filozofiju. Bez obzira na to, njegovu ideju o neodoljivoj snazi Volje prihvatili su mnogi sljedbenici. Njegova filozofija mogla bi se sažeti u tri riječi: volja, razdor i patnja. „Životne patnje mogu postati tako nepodnošljive da jedva čekamo da nas ščepa smrt koje se bojimo više od ičega drugoga. To je ujedno razlog što je kratkotrajnost života, na koju se neprekidno tužimo, možda najbolje svojstvo što ga on posjeduje.“(de Marco, Wiker 2015.) Tako stariji ljudi, koji su često nesretni, priželjkuju smrt. Oni koji umru mladi usrećeni su rijetkom prednošću koju im život može pružiti.(de Marco,

Wiker 2015.) I sâm Schopenhauer bježao je od upornosti Volje i okrutnosti Prirode u umjetnost i estetiku. Njegova filozofija ne pruža nadu, ne podržava društvenu pravdu, ne pokreće život ljubavlju, već režira smrt. Unatoč tomu, snažno je utjecao na mnoge filozofe, ali i na one koji se nisu bavili filozofijom: skladatelj Richard Wagner, romanopisac Thomas Mann i pjesnici Goethe, Flaubert i Baudelaire. Njegov najpogubniji utjecaj bio je na one koji su njegovo odvajanje nagonskoga stila života i razuma pogrešno razumjeli kao poticaj „slobodi".(de Marco, Wiker 2015.) Schopenhauer kao da je pustio zla duha iz boce tvrdeći da je Priroda „slijepa Volja" koja nije povezana s Voljom dobrodušna i razumna Stvoritelja. Takva volja u filozofiji otvara Nietzscheu put kao „volju za moć", Freudu nesvjesnu moć „libida", Sartreu kao „mučninu" itd. Schopenhauerova besmislena ravnodušnost implicira ateizam koji se poslije njega dalje razvija u filozofiji i drugim znanostima.

Friedrich Nietzsche (1844. – 1900.) tvrdi da čovjeka u životu tjera „volja za moć" i da će se društvo razviti u „nadljude". Zbog svoje dionizijske naravi (Dioniz je osvojio Nietzschea), on za Sokrata, Platona i Aristotela nije imao miran i istraživački um. U knjizi *Volja za moć* kaže da je „filozofija, kako je ja shvaćam i u skladu s kojom sam do sada živio, dragovoljna potraga za neugodnim i okrutnim aspektima života."(Nietzche 2006.) Godine 1883., usamljen i razočaran svojim prijateljem Wagnerom, napisao je svoju filozofsku poemu *Tako je govorio Zaratustra* gdje čovjekovo *ja* stavlja iznad svega i svakoga. Sadržaj veliča smrt i metaforički otkriva stanje duha. Zaratustra se spušta s planine kako bi propovijedao ljudima nakon deset godina meditacije, ali oni ga ne slušaju, već gledaju plesača na užetu. Odvažni plesač hoda po užetu koje je rastegnuto između dvaju tornjeva. „Čovjek je uže razapeto između životinje i Nadčovjeka – uže razapeto nad ponorom."(Nietzsche 1983.)
Nešto je krenulo po zlu i plesač pada u ponor i umire. Zaratustra ga podiže i odnosi. „Zato što si opasnost učinio svojim pozivom, ukopat ću te svojim vlastitim rukama."(Nietzsche 1983.) Život nije nikada življi nego onda kada se primakne rubu smrti. Nietzsche je zapravo ostao dječak koji nikada nije odrastao, ali je unatoč njegovu tužnu životu i tragičnu kraju, i dandanas utjecaj njegovih djela golem.(de Marco Wiker 2015.) Posljedice njegovih riječi i njegove ideje nisu shvaćene u kontekstu njegova tragična života i često su zloupotrebljavane.(de Marco, Wiker 2015.) Mnogi ljudi koji su žeđali za „moći" vjerovali su da je moral isključivo stvar volje, što je u konačnici rezultiralo provedbom brojnih eutanazija koje nisu opravdane.

Američki povjesničar Richard Weikart smatra da je darvinizam pokrenuo revoluciju u shvaćanju mjesta čovjeka u svijetu živih bića, odnosno da je izvršio fundamentalnu transformaciju shvaćanja čovjekove prirode, korijena moralnoga ponašanja i uloge pojedinca u preživljavanju vrste.(Kuhar 2015.) Charles Darwin se nije bavio praktičnom eugenikom u 19.

stoljeću, ali je imao velik utjecaj na razvoj Hitlerova nacizma u Njemačkoj i postavio je smrt kao mehanizam evolucijskoga napretka, a ne kao negaciju života. Darvinizam je zaslužan za postavljanje znanstvenih preduvjeta i moralnu promjenu u Njemačkoj, koja je kasnije znanstvenicima omogućila upotrebu tehničke mogućnosti za „popravak rase".(Kuhar 2015.) Moralni relativizam u kontekstu darvinizma označava činjenicu da je ljudska vrsta nastala od zajedničkoga pretka s današnjim čovjekolikim majmunima i da je tek kvantitativno, a ne kvalitativno različita od njih. Moralna ponašanja mogu se prepoznati i kod primata i drugih sisavaca, što znači da je moral kontingentna činjenica, ovisna o stupnju evolucijskoga razvitka. Razvoj genetike i eugenike te moralni relativizam u kombinaciji s činjenicom da postoje biološki bezvrijedni pojedinci koji opterećuju društvo omogućili su eutanaziju „manje vrijednih" ljudi bez osjećaja krivnje.(Weikart 2005.) Ernst Haeckel je kao njemački darvinist zagovarao razvoj nove, znanstveno fundirane etike, koja se neće baviti interpretacijama kršćanskoga altruizma i negiranja vlastita ega, nego će u svojoj knjizi *Zagonetka svemira* 1900. godine poticati zdravu mješavinu egoizma i altruizma i to će biti jedna od temeljnih ideja koju je prihvatila nacistička vlada.(Haeckel 1900.)

### *1.10.4. Eutanazija u 20. stoljeću*

Početkom dvadesetoga stoljeća sve se brže razvijaju empirijska istraživanja i statističke metode pomoću kojih se vode sve opsežnija i preciznija istraživanja populacija, a vodi se i državna statistika.(Foucault 1977.) Razvijaju se dijagnostički postupci i sve se točnije dijagnosticiraju određene bolesti i stanja poput duševne zaostalosti i neizlječivih bolesti, pa se kod mnogih intelektualaca i ljudi u javnim službama pojavljuje strah zbog mogućega „propadanja" nacije. Nagli razvoj industrije u zapadnim zemljama povećava brojnost industrijskoga proletarijata, ali i nezaposlenih koji se smatraju „manje vrijednim" pojedincima i koji su sve brojniji nauštrb intelektualaca trošeći pritom ograničeni državni budžet.(Kuhar 2015.) U Europi jača tzv. „novi" empirizam i pozitivizam koji u znanstvenome shvaćanju svijeta odbacuje metafizičku filozofiju. Tu prednjače neki filozofi Bečkog kruga: Hans Hahn, Otto Neurath, Rudolf Carnap i Moritz Schlick.(Hahn, Neurath, Carnap 2005.) Oni priznaju da u temeljima biologije i psihologije, za razliku od drugih područja znanosti, ne postoji pojmovna preciznost. Jezične forme o životu, smrti i duši zadržane su od davnih metafizičkih predodžbi. Tako smatraju da je spoznajno-teoretska analiza na tim područjima mnogo teža i još nedefinirana u usporedbi s fizičkim znanostima. Priznaju da oko tih pojmova ima još mnogo

posla, pa ih zaobilaze nazivajući ih vitalizmom i psihovitalizmom. (Hahn, Neurath, Carnap 2005.) U Sovjetskome Savezu socijalizam je 1922. godine pogodovao da je zakonski uvedena nekažnjivost eutanazije, pa je uz tu odredbu strijeljano 117 neizlječivo bolesne djece. Na sreću, taj je zakon ukinut iste godine. Ta neljudskost vođena samo ekonomskom logikom postaje jedna od dominantnih tema, posebice nakon utjecaja Velike depresije 1929. godine.(Kuhar 2015.) Njemački biolog E. Haeckel i pravnik K. Binding tvorci su ideje o nevrijednome životu. Strašno je zapravo to da je ideja eugenike i eutanazije nepoželjnih zapravo krenula od priznatih i uglednih znanstvenika, a ne od običnih ljudi s ulice.(de Marco, Wiker 2015.) Život je vrednovan samo s materijalnoga, to jest ekonomskoga aspekta. Osim toga, Haeckel je bio opsjednut Darvinovim evolucionizmom, s jedne strane, a s druge Hitlerovim nacizmom i vjerovao je da su Nijemci najpovlaštenija rasa.(de Marco, Wiker 2015.) Ta monstruozna ideja rezultira praksom eutanaziranja u nacističkoj Njemačkoj. Načelni stav je da postoji život nevrijedan življenja.(Haeckel 1900.) Eutanazija se na području Europe za vrijeme dvaju svjetskih ratova masovno provodila u tajnosti. Poslije dolaska nacista na vlast 1933. godine, problematični i opasni za njemačku naciju postali su Židovi, Romi, invalidi i homoseksualci. U Njemačkoj je u nacističkome razdoblju sterilizirano oko 400 000 osoba, a u sklopu tzv. „T4 projekta" (Samilosna smrt) eutanazirano čak 80 000 bolesnih ljudi, tzv. „nekorisnih jedača".(Burleigh 1994.) Adolf Hitler 1939. provodi akciju – *Djeca* gdje ubija 5000 djece iz eugeničkih razloga.(Pozaić 1985.)

Rasizam je bio duboko prisutan i u Sjedinjenim Američkim Državama gdje su kulturno pristrani testovi inteligencije služili ograničenju imigracije iz istočne Europe, a teza o manjoj inteligenciji Crnaca postavila ih je u neravnopravan položaj, posebno još ako su bili duševno oboljeli. Velik broj zagovornika eutanazije dolazi iz anglosaksonskih zemalja gdje se razvijaju i prvi pokreti koji podržavaju eutanaziju. U Velikoj Britaniji je 1935. godine osnovan *Voluntary Euthanasia Society*, a kasnije i mnogobrojna proeutanazijska društva diljem Sjedinjenih Američkih Država.("Member Organisations" n.d.) Upravo je 20. stoljeće po primjerima provedene eutanazije vodeće u brojkama. Nemoguće je precizno odrediti njihov broj, ali govori se o 170 milijuna ubijenih ljudi.(Koprek 2000.) Smatra se da su od Prvoga i Drugoga svjetskog rata do nebrojenih katastrofa i kaosa koji su uslijedili nakon udara raznih uragana u SAD-u (npr. Galveston, Okeechobee, Katrina, Harvey), liječnici, suborci, prijatelji i članovi obitelji svojim bližnjima pomogli tako što su im olakšali umrijeti kada je postalo jasno da ih ne mogu spasiti.(Roll-Hansen 2010.) Može se samo pretpostaviti da je to bilo uvijek u dobroj namjeri. Tako je tema potpomognutoga samoubojstva ili eutanazije stalno prisutna u društvu 20. stoljeća, a broj država u kojima ta opcija postaje legalizirana se povećava. Ageizam kao porast udjela

starijega stanovništva u populaciji, ali i maligne i degenerativne bolesti postaju sve češći, pa je lako pretpostaviti da će rasprava o tome pitanju samo rasti. Ruši li ta „milosrdna smrt“ čovjekovo dostojanstvo i protivi li se životu kao najvišoj vrednoti? Mogu li takvi postupci biti moralno opravdani?

Nove proeutanazijske udruge 1952. godine upućuju zahtjev UN-u za legalizaciju eutanazije. Nakon toga ona postaje predmet mnogih rasprava, polemika, skupova, istraživanja, ali i agitiranja.(Marinić 2017.) Osim teoretskih rasprava, brojni primjeri iz života svjedoče i o praktičnoj primjeni eutanazije. Prva država koja je 2001. godine legalizirala eutanaziju je Nizozemska. Ostale države koje su legalizirale i pravno uredile potpomognuto samoubojstvo i eutanaziju su Belgija i Luksemburg u Europi, a u ostatku svijeta Kanada, Kolumbija i američke savezne države Kalifornija, Oregon, Washington, Montana i Vermont. U Švicarskoj je pomaganje samoubojstva od 1942. nekažnjivo ako nije počinjeno „iz sebičnih razloga“ ili ako onaj tko to čini od toga nema osobnu korist.(Lenkić 2011.) Rasprave o eutanaziji i danas su podijeljene prema klimavim parametrima o kvaliteti života. Srž samoga problema leži u nemogućnosti da se izmjeri patnja. Također se postavlja pitanje: tko može odrediti tko i kako netko pati? Humanizam za ovaj problem nema rješenje.

### *1.11. Religijski pogledi na eutanaziju*

#### *1.11.1. Eutanazija u Bibliji*

U Bibliji smrt nije konačan cilj ljudskoga života. Bog nas je stvorio s namjerom da živimo vječno sretni u Njegovoj prisutnosti i da je On jedini gospodar života i smrti.(Pozaić 1985.) Čak i kada Ga zaboravimo i postanemo neposlušni, On nalazi način da se njegov osnovni plan ipak ispuni. „A Bog pokaza ljubav svoju prema nama ovako: dok još bijasmo grešnici, Krist za nas umrije” (Rimljanima 5,8). Prepustimo li Njemu našu sudbinu, On će preuzeti brigu za nas (1. Petrova 5,7). Nadalje, Biblija uči da je Bog vlasnik, a mi čuvari života, odgovorni ne samo za dužinu i održavanje već i za kvalitetu života (1. Korinćanima 6,19.20). Oni koji ljube Boga, kao i oni koji Ga ne vole, moraju se suočiti sa zlom i patnjom. Razlika je u tome što „onima koji ljube Boga sve ide na dobro” (Rimljanima 8,28). Bog zna i može upotrijebiti i najteže nevolje tako da one urode dobrim posljedicama.(Biblija, Stari i Novi Zavjet 1991.) Biblija na smrt gleda kao na stvarnost koju nitko ne može izbjeći. Gorak je osjećaj onomu koji je mlad i zdrav, a poželjna je onomu tko je u mukama. Smrt se prihvaća kao Božja

odluka.(Živković, Vuletić 2016.) Cijela Biblija ne poznaje eutanaziju ni pojmovno ni sadržajno. Ona promiče solidarnost i poštovanje prema starima i bolesnima.(Pozaić 1985.) Ivan Markešić u svome radu pod naslovom *Eutanazija u svjetlu Isusove smrti na križu* u slobodnoj interpretaciji analizira posljednje trenutke Isusova života i problematizira smrt dostojnu čovjeka.(Markešić 2011.) Pita se je li Isus, kada je već bio raspet na križu i rekavši „Žedan sam!“, izabrao „eutanaziju na vlastiti zahtjev“ znajući da će mu rimski vojnici dati spužvu punu octa, poslije čega je on, kušavši ocat, preminuo (upućuje na Iv. 19,29–30).

Markešić smatra da je eutanazija kao pravo pojedinca na slobodan izbor datuma i mjesta vlastite smrti društveno konstruirana činjenica i njegov je cilj ubrzati razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj. Markešić ovom slobodnom analizom biblijskoga događaja Isusove smrti ne želi biti zagovornik eutanazije u bilo kojemu obliku, ali želi istaknuti da je Isus umro dostojanstvenom smrću kao slobodna osoba tražeći ocat za piće kako bi ispunio Pismo, bez da su mu prebili noge kao što su to činili drugim zločincima kako bi im ubrzali smrt na križu. Raspeće je u ono vrijeme bilo „najužasniji i najstrašniji oblik smrti“, kako je rekao Ciceron.(Pintarić n.d.)

### *1.11.2. Katoličanstvo*

Sa stajališta katoličanstva, razmišljanja o eutanaziji nisu ni potrebna s obzirom na to da je život Božji dar i da kao takav nije potpuno naš. Po pitanju života i smrti, ljudi nemaju pravo na samoodređenje i patnja je dio Božjega plana. Bog zna i može upotrijebiti i najteže nevolje tako da one urode dobrim posljedicama.(Biblija, Stari i Novi Zavjet 1991.) U četvrtome se stoljeću Sveti Augustin oštro protivi samoubojstvu, čak i zbog boli jer smatra da je samoubojstvo protiv pete Božje zapovijedi *Ne ubij!*(Marinić 2017.) Glavna pobuda u njezi onih koji pate mora biti nesebična ljubav. Naročito ako treba odlučiti o kraju nečijega života. Suviše je mnogo slučajeva gdje novac, nasljedstvo, inat ili osveta odlučuju o njegovoj dužini. Pasivna eutanazija je prigodna kada liječenje više ne pomaže. Oni koji odlučuju o tome trebaju se pitati: „Spašava li se ovim tretmanom život ili se samo produžava umiranje?” Smrt, kao i život, prirodno su pravo čovjeka. Bolesnik treba sudjelovati u odlučivanju. Nametnutu eutanaziju nije lako opravdati, a slobodu izbora treba pomno čuvati. Bolesnici sa zaraznim bolestima (lepra) isključuju se iz zajednice kako bi se zaštitili zdravi, ali nema nakane da ih se ubije. Toma Akvinski je govorio da je u to vrijeme u židovstvu i kršćanstvu Bog imao vlast nad ljudskim životom te se samoubojstvo protivilo ljubavi prema samomu sebi, zajednici i Bogu.

Nemogućnost samoodređenja po pitanju života i smrti čini okosnicu svakoga argumenta protiv eutanazije i potpomognutoga samoubojstva, bez obzira o kakvim se bolestima i patnjama radi. *Deklaracija o eutanaziji*(Pozaić 1980.) službeni je dokument Rimokatoličke Crkve na temu eutanazije, izdan kao izjava Svete kongregacije za nauk vjere 1980. godine. „Kakve god bile pobude i sredstva, izravna eutanazija znači dokrajčiti život osobama prikraćenima, bolesnima ili na samrti. Eutanazija je moralno neprihvatljiva. Tako stanoviti čin ili propust, koji po sebi ili po namjeri izaziva smrt da bi se prekinuli bolovi, predstavlja ubojstvo teško protivno dostojanstvu ljudske osobe i poštovanju prema živome Bogu, njezinu Stvoritelju" (KKC 2277). Katoličko učenje osuđuje eutanaziju kao „zločin protiv života" i „zločin protiv Boga". Učenje Katoličke Crkve o eutanaziji počiva na nekoliko osnovnih načela katoličke etike uključujući i svetost ljudskoga života, dostojanstvo ljudskih osoba, ljudska prava, kao i važnost ljubavi.(Trajković, Josić 2011.) Sâm se Isus borio protiv svih vrsta bolesti. Za svoga je života obilazio i ozdravljao mnoge bolesnike.(Red Bolesničkog Pomazanja i Skrbi Za Bolesne 2009.) Kršćanin je svjestan da istinsko i dubinsko dostojanstvo nije nespojivo s ljudskim tjelesnim i duševnim slabostima i potrebama, što napose dolazi do izražaja u bolesti, patnji i, konačno, u samome umiranju.(Steiner 2011.) Prema mišljenju pape Pija XII., eutanazija predstavlja zlo koje se protivi prirodnomu i božanskomu zakonu, utisnutomu u dušu svakoga čovjeka, pa liječnikovo prihvaćanje zahtjeva pacijenta da umre predstavlja povredu najplemenitijih osjećaja za čovječanstvo.(Valjan 2004.)

### *1.11.3. Protestantizam*

Protestantske denominacije različito pristupaju eutanaziji. Protestantska Crkva upozorava: nitko ne treba misliti kako „može dostojno umrijeti jedino ako sebi oduzme život."(Scholz 2015.) Od 1970-ih Reformacijska se Crkva slagala s katolicima o svetosti života iako neki evangelici imaju i drugačije stavove. Liberalne protestantske denominacije su protiv eutanazije, no mnogi od pojedinačnih zagovornika (kao što je Joseph Fletcher) i aktivista društava koji promiču eutanaziju su protestantski svećenici i laici.(Rosenthal n.d.) Kao što je liječnički potpomognuta smrt dobila veću pravnu podršku, neke liberalne protestantske denominacije iznašaju vjerske argumente i podržavaju pasivne oblike eutanazije. Nadbiskup od Canterburyja ustaje u Gornjem domu protiv legaliziranja eutanazije, a pastor Braune odlučno ustaje protiv nacističkoga likvidiranja nepoželjnih. Međutim, 1946. godine 397 pastora i rabina

uputilo je zakonodavnom tijelu države New York peticiju da se dozvoli eutanazija. Izjavili su: „Ne vjerujemo, da Bog želi produljenje tjelesnih bolova za spas duše. Vjerujemo da biće koje trpi ima pravo umrijeti i da mu društvo mora odobriti to pravo i pokazati istu samilost prema ljudima koju pokazuju (u takvom slučaju) prema životinjama.“(Williams 1969.)

### *1.11.4. Judaizam*

Židovstvo pripisuje životu najvišu vrijednost. Svaka sekunda čovjekova života vrijedna je kao i godine. Zbog toga vrijedi halaha (propis): *Jednako je ako se umori zdravoga ili smrtno bolesnoga, čak i onoga na umoru: kazna je smrtna. Vrijednost života nema konačne mjere i granice. U zakonu Tore nema razlike između ubojice zdravoga mladog čovjeka, koji bi poživio mnoge dane, i ubojice stogodišnjaka na umoru.*(Da-Don 2004.) Prema židovskome se načelu za čovjeka na umoru mora prekršiti i šabat ako će mu to omogućiti da poživi makar još jedan sat. Aktivna eutanazija je apsolutno zabranjena. U judaizmu su još od 1970-ih podijeljena mišljenja na temu eutanazije i liječenja na kraju života. Uglavnom religiozni, Židovi su protiv dobrovoljne eutanazije iako ju neki sekularni Židovi u ograničenim okolnostima podržavaju. Isto tako, unutar konzervativnoga židovskog pokreta raste podrška pasivnoj eutanaziji jer, nasuprot životu kao najvišoj vrijednosti, stoji načelo o sprečavanju muka, trpljenja i tjelesne i duševne boli umirućega. Tako postoji izreka rabina: „Voli bližnjega kao sama sebe – pronađi mu laganu smrt.“ Kombinacija tih dvaju načela svetosti života i izbjegavanja patnje otvara mogućnost opravdanja pasivne eutanazije. Tako su se posljednjih nekoliko godina u reformističkim židovskim krugovima protivnici eutanazije smanjili i sve je veća podrška za određene mogućnosti prihvaćanja pasivne eutanazije. Istraživanje provedeno 2010. godine među starijim židovskim ženama, koje su se u svojoj vjeri identificirale kao ortodoksne, neortodoksne ili djelomično ortodoksne, pokazalo je da ortodoksni ne odobravaju dobrovoljne eutanazije, a većina djelomično ortodoksnih ih odobrava.(Da-Don 2005.) Židovsko učenje nikada neće odvojiti fizičko zdravlje od duhovnoga zdravlja. Najčešće bolest tijela dolazi kao posljedica razbolijevanja duše.(Domaš 2011.) Time je moguće da je i potreba za eutanazijom rezultat bolesti duše. „Život i smrt dolaze od jezika.“(Biblija, Stari i Novi Zavjet 1991.)

### *1.11.5. Islam*

Islam kategorički zabranjuje sve oblike eutanazije i sve radnje koje tomu mogu pomoći. „Kakvu god bolesnik bolest bolovao i koliko god teškom stanju bio, nije ga dozvoljeno ubiti, uz izgovor da se njegova bolest ne može izliječiti ili da bi se spriječilo širenje te bolesti. Bez obzira što bolesnik boluje od neizlječive bolesti, životi su u Allahovoj ruci i Allah je moćan ukloniti kakvu bolest.(Jašić 2019.) Bez obzira na sve, bolesniku je zabranjeno samoga sebe ubiti ili da bilo tko drugi to učini, pa čak i uz bolesnikovu dozvolu. U prvome bi se slučaju to smatralo suicidom, a u drugome agresijom na tuđe pravo.“ Muslimanima je zabranjeno planirati ili na bilo koji način znati vrijeme svoje smrti unaprijed. To potječe još od islamskoga proroka Muhameda koji je odbio blagosloviti tijelo osobe koja je počinila samoubojstvo.

Ako pojedinac boluje od terminalne bolesti, dopušteno je odbiti lijekove i/ili reanimaciju. Ostali primjeri uključuju pojedince koji pate od zatajenja bubrega i odbijaju tretmane dijalize te bolesnike koji odbijaju kemoterapije. Prema tome, pasivna eutanazija je prihvatljiva ako je propisana i dozvoljena, nije ju grijeh primjenjivati. Posebno kada aparati održavaju samo biološki život, a izvor života, tj. mozak je odavno umro. Kur'an visoko vrednuje život i njegovo očuvanje, bolest, siromaštvo i glad ne bi trebali biti razlog gubitku života. Kur'an predviđa i kaznu za ubijanje ljudskoga života.(Esposito 2003.) Muslimanski učenjaci u Bosni i Hercegovini, teolozi i religijski pravnici su jedinstveni po pitanju nedopustivosti aktivne eutanazije. U odnosu prema pasivnoj eutanaziji pokazuju se razlike u stavovima od krajnje zabranjenosti pa do pojedinačne dopuštenosti. Moguć pristup eutanazijskomu procesu bosanskohercegovački muslimanski autori vide u palijativnoj medicini i skrbi za umiruće.(Beglerović, Jašić 2017.)

### *1.11.6. Budizam*

*Od svih tragova stopala onaj od slona je najveći;*

*Od svih dubokoumnih meditacija ona o smrti je najuzvišenija.*(Rinpoche 1998.)

Budisti različito gledaju na pitanje eutanazije. Glavna vrijednost budističkoga učenja je sućut. Reb Anderson je rekao: „Ubojstvo iz milosrđa“ privremeno smanjuje bijedu bića, ali to bi moglo ometati njegovu duhovnu evoluciju prema prosvjetljenju.(O’Brien n.d.) Kod nekih budista ona je korištena kao opravdanje za eutanaziju jer osobna patnja oslobađa od bolova.

Međutim, još je uvijek nemoralno „na bilo koji način utjecati na uništenje ljudskog života, bez obzira na opravdanost motiva“. U Theravada budizmu osobe svakodnevno izgovaraju jednostavnu formulu: „Obvezujem se propisima da se suzdržim od uništavanja živih bića“. Za budističke redovnike (*bhikkhu*) pravila su još jasnija. Na primjer, samostanski kod (*Patimokkha*) navodi: „Ako bilo koji bhikkhu namjerno oduzme život ljudskom biću, ne pokrene potragu za ubojicom, hvali prednosti smrti ili ga potiče da umre, mora biti udaljen iz zajednice.“ Protivljenje eutanaziji se također odnosi na liječnički potpomognutu smrt, kao i na druge oblike potpomognutoga samoubojstva.

U budizmu je značajna *Tibetanska knjiga mrtvih* i predstavlja neku zagrobnu „turističku kartu“ koja uči o reinkarnaciji i izbavljenju. Ona svijest o smrti ne doživljava kao prestanak radosna življenja, već opomenu da se život živi kao najveća dragocjenost.(Blažević 2011.) Zapravo se može nazvati utjehom i psihoterapijom u umiranju. Prema budističkoj filozofiji, smrt i život nisu odvojeni fenomeni koji se događaju samo jednom, nego se ne prestaju događati; u svakome trenutku u nama i svemiru se nešto rađa i umire. Tako su svi povezani u ciklus i nitko nije sâm. Od vječnosti dijeli samo ovaj život, a on je nešto najkrhkije što se ima: „Nikada ne znaš što će te prije stići, sutrašnji dan ili sljedeći život.“(Dalaj lama 2001.)

### *1.11.7. Hinduizam*

U hinduizmu postoje dva pogleda na eutanaziju. Pomažući skončati bolan život, osoba je učinila dobro djelo i tako se ispunjavaju moralne obveze. S druge strane, pomažući skončati nekomu život, čak i onaj pun patnje, osoba ometa ciklus smrti i ponovnoga rađanja. Ometanje ciklusa nije dobra stvar i svi koji su uključeni u eutanaziju riskiraju da će im se to nekako vratiti u lošijemu obliku. Međutim, isti argument sugerira da je držanje osobe umjetno živom uz podršku aparata također loša stvar. U Vedama je navedeno da čovjek u životu mora vjerovati samo dvojici prijatelja, prvi se zove Vidya (znanje), a drugi se zove Mrityu (smrt). Prvi je nešto što je korisno i potrebno u životu, a drugi je nešto što je neizbježno, ponekad čak i neočekivano. Sama eutanazija nije čin grijeha, ali se njezine posljedice gledaju kao grijeh.

Stoga oni koji bi to učinili na sebe preuzimaju karmu onoga kojemu su pomogli umrijeti. Tako bi i umjetno održavanje pacijenta na aparatima također bio loš postupak za reinkarnaciju i kao neka kazna.(Gajić 2012.)

*1.12. Eutanazija danas, etimologija riječi i definicije*

Povijesni pregled u prethodnim poglavljima pokazuje da je pojam eutanazije vrlo nejasan, složen i upotrebljavan u različite svrhe. U antičko doba značio je želju za laganom smrću koja bi se omogućila umirućima. Kasnije je upravo terminološka pomutnja, složena i odgovorna zadaća oko uporabe loše definicije vrijednosti ljudskoga života bila Hitleru opravdanje za stravična ubojstva.(Marinić 2017.) Liječnici koji su sudjelovali u eutanazijama nacističkoga režima su u Nürnbergu osuđeni kao zločinci. Međutim, danas mnogi opravdavaju slične slučajeve. Iako manje nego na zapadu, eutanazija je sve češća tema i u teoriji i u praksi. Problem nastaje što se ona provodi tajno te je nemoguće u javnosti provjeriti i objaviti pravu istinu. Mnogi stariji i bolesni ljudi su neproduktivni i ekonomski su teret društvu. Zar ne postoji i danas opasnost od negativnih nasljednih osobina? Koja je razlika između rasizma rase (Hitler) i klase (moderno društvo)? Koliko zapravo društvo u ime osjećaja samilosti i autonomije moralnih normi poštuje ljudski život?(Pozaić 1985.) Koji su kriteriji za opravdanje eutanazije? Sva ta pitanja danas zahvaćaju širu javnost. Zagovornik eutanazije James Rachels razvio je pet kriterija za eutanaziju koji se danas smatraju standardnim:

1.) Osoba je ubijena namjerno.
2.) Osoba bi ionako brzo umrla.
3.) Osoba trpi jake bolove.
4.) Osoba je zatražila da bude ubijena.
5.) Motiv za ubijanje je milosrđe – omogućiti onoliko ugodnu smrt koliko je u trenutnoj situaciji moguće.(Rachels 1975.)

Slučaj u praksi koji pokriva svih pet kriterija (prema Rachelsu) jasan je mogući slučaj eutanazije.(Rachels 1980.) Međutim, ostaje pitanje: što je s onim koji ne zadovoljavaju te kriterije?

Eutanazija stavlja bolesnika i njegovu obitelj, liječnike, pravnike, sociologe, psihologe, svećenike i filozofe pred teške etičke, medicinske, vjerske i pravne probleme. Analizu eutanazije danas možemo gledati iz triju kutova: prvi je *svetost života* po kojoj je život dar, jedinstven i ne smije biti podložan nikakvom nasilju; drugi kut je *kvaliteta života* – stav po kojemu se može odrediti je li neki život vrijedan življenja, a treći kut predstavlja *liberalan pristup* prema kojemu svatko ima pravo odrediti tijek i završetak svoga života.(Sorta-Bilajac 2005.) Istraživanje provedeno među zdravstvenim djelatnicima KBC-a Rijeka pokazalo je kako

među najtežim etičkim dilemama s kojima se susreću u svojoj praksi smatraju upravo donošenje odluka vezanih za završetak pacijentova života kao što je prekid održavanja na životu i nepružanje reanimacije.(Sorta-Bilajac I. i sur. 2011.)

Nasuprot činjenici da danas živimo u vremenu ljudske autonomije, koja se očituje prihvaćanjem eutanazije kao oslobođenja od bolnoga stanja, empirijsko istraživanje na 397 osoba s invalidnošću u Zagrebu 2006. godine pokazalo je da upravo oni ispitanici koji trpe jake bolove u najmanjemu postotku opravdavaju legalizaciju eutanazije, za razliku od onih koji nemaju bolova, a najviše prihvaćaju tu ideju. Ista je situacija kod osoba s invaliditetom koje su ovisne o tuđoj pomoći prema onima koji ne trebaju nikakvu pomoć.(Marinić 2007.) Iz toga se može zaključiti kako je želja za eutanazijom vapaj za više pažnje i bolju skrb, a ne istinska potreba za okončanjem života.

Profesor Marijan Valković iznosi zanimljiv rezultat istraživanja gdje uspoređuje stavove studenata i građana. Studenti su spremniji pozitivnije vrednovati dopuštanje eutanazije, kao i manje religiozni ljudi, mlađi, obrazovaniji, rođeni u gradovima i s višim prihodima po obitelji. Nije dobivena nikakva značajna korelacija između zadovoljstva zdravljem i vrednovanja eutanazije. Iz toga se može zaključiti da ljudi pozitivno ili negativno moralno vrednuju eutanaziju, bez obzira na njihovo zadovoljstvo zdravljem. Umirovljenici su najmanje spremni opravdati eutanaziju. Tako se pokazuje česta činjenica da se u prilog eutanazije izražavaju mlađi ljudi, a ne stariji i oni koji su u sjeni umiranja i smrti.(Valković 2017.)

Moderni redukcionizam svodi problem eutanazije na biti „za“ ili biti „protiv“. U tome pristupu zanemaruje se poštovanje ljudskoga dostojanstva, čuvanje života, ali i prirodne smrti kao njezine sastavnice. Znanost daje činjenice koje bi mogle biti semafor pri odlukama, ali ljudski razum mogao bi odgovarati za moralne posljedice u čuvanju dostojanstva osobe. Razmišljanje o tome moglo bi pomoći kako mudro upotrijebiti znanje za dobrobit čovjeka. A to je upravo poslanje izgradnje sustava trajnih bioetičkih konzultacija.

### *1.12.1. Etimologija riječi eutanazija*

Riječ eutanazija dolazi od grčkih riječi **ευ** (*eu*) – dobra, blaga i **θανατος** (*thánatos*) – smrt. Sadržaj pojma eutanazija u svome značenju nije uvijek bio blaga i dobra smrt, već u novije vrijeme prema načinu korištenja dobiva i raznolike pridjeve koji onda određuju i vrstu eutanazije. To djeluje zbunjujuće u terminima, a još više u značenju (dostojanstvena smrt ili usmrćenje na zahtjev). Uglavnom se može reći da je eutanazija milosrdno ubojstvo ili namjerno

oduzimanje ljudskoga života iz milosrđa. U narodnome je shvaćanju svih kultura smrtni ishod bio zamišljen *kao prirodna smrt u snu,* bez nasilja nad životom ili u tijeku umiranja. Takav smisao eutanazije nije bio uvijek moguć, pa je u daljnjemu stupnju eutanazija označavala brigu da umiranje bude što bezbolnije i tjelesno i duševno, uz poštovanje života i prihvaćanje prirodne smrti.(Lenkić 2011.) Na engleskome govornom području umjesto termina eutanazija koristi se dostojanstvena smrt (*death with dignity*) ili smrt iz samilosti (*mercy death*), a pobornici eutanazije ne koriste riječ ubiti, već uspavati, dati uspavati, kao u odnosu na postupak s kućnim ljubimcima.

### *1.12.2. Definicije eutanazije*

U nastavku slijede neke definicije eutanazije koje koriste zajednički ili sličan odgovor na pitanje „kakva“ smrt. Pretežno su odgovori: laka, blaga, bezbolna, milosrdna i humana smrt, pa valjda onda i poželjna, bez patnje i bolova:

1. Eutanazija je „kazneno djelo oduzimanja života na lak i bezbolan način neizlječivom bolesniku ili osobi u bezizglednom stanju“.(Rječnik hrvatskog jezika 2000.)
2. Eutanazija je umjetno izazivanje „blage smrti“ kod neizlječivih bolesnika, namjerno skraćivanje života da bi se bolesniku skratile patnje. Ublažavanje tegoba sve do časa prirodne smrti, makar kako daleko išlo, ne naziva se eutanazijom.(Medicinska enciklopedija 1967.)
3. Eutanazija je „namjerno skraćenje života neizlječivom bolesniku ili unesrećenoj osobi, radi skraćivanja patnji, ili općenito usmrćivanje (drugog) iz nekog humanog razloga“.(Šeparović 1998.)
4. Eutanazija je „čin ili propust koji po svojoj naravi ili s nakanom uzrokuje smrt kako bi se na taj način uklonila svaka bol“.(Pozaić 1980.)
5. Eutanazija je „bioetički pojam kojim se označuje svojevoljno uzrokovanje ili pomaganje bezbolne smrti osoba koje trpe velike bolove i koje nemaju nade za ozdravljenje“.(Mišić 2000.)

Navedene definicije potvrđuju kako su mogući slučajevi eutanazije koji nisu sasvim jasni i ne postoji konsenzus o tome koja je definicija najbolja. Postoje primjeri u stvarnim situacijama koji ne potvrđuju navedene kriterije, a neke niti ne možemo jasno svrstati u jednu od vrsta

eutanazije jer se razlikuju po načinu postizanja prijevremene smrti ili po fizičkoj prirodi čina. Razlika između načina umiranja je i odgovor na pitanje što je biološki uzrok smrti.

David Clark i Peter Emmett navode dva primjera: „Jednoj je ženi dijagnosticirana amiotrofična lateralna skleroza. Postupno je klonula. Bez nade u izlječenje, zamolila je liječnika da joj da injekciju koja će joj zaustaviti rad srca. Kad ju joj je dao, pacijentica je umrla. U drugom uobičajenijem primjeru, bolesnik s rakom crijeva trebao je biti operiran. Nakon što je liječnica otvorila trbuh, odmah je uočila stanice raka u nekoliko unutrašnjih organa. Znajući da bi potpuno odstranjenje tumora sigurno ubilo pacijenta, jednostavno je zašila rez. Liječnica se izjasnila protiv agresivne kemoterapije, zalažući se da se učini sve kako bi se pacijentu ublažili bolovi. Pacijenta je očito ubio rak, iako mu je liječnica propisujući agresivnu kemoterapiju mogla produljiti život za mjesec ili dva.“(Clark, Emmett 2005.)

U prvome se scenariju radi o aktivnoj dobrovoljnoj eutanaziji, a u drugome primjeru neki tvrde da je posrijedi pasivna eutanazija jer se liječnik suzdržao od određenoga načina liječenja. David Clark i Peter Emmett primjećuju zamku da sintagma *pasivna eutanazija* ohrabruje kako i aktivna i pasivna opisuju moralno jednake činove. James Rachels se poziva na ispravnost pasivne eutanazije i briše razliku između pasivne i aktivne želeći prenijeti etičku primjerenost pasivne na aktivnu eutanaziju.(Clark, Emmett 2005.)

S druge strane, proeutanazijskim pokretima odgovara razlikovanje aktivne i pasivne eutanazije. Tako Clark i Emmett zaključuju da se pojmom *eutanazija* opisuje usmrćivanje bolesnika kako bi mu se skratila patnja. Može se primijeniti *izravno*, usmrćivanjem pacijenta ili, pak, *neizravno* – uskraćivanjem liječenja. Drugačije od tih su situacije umiranja u kojima liječnik svjesno ne primjenjuje *neuspješni* tretman liječenja, što se naziva „puštanjem bolesnika da umre“. Takav je postupak usmjeren na dobrobit pacijenta i nikada mu nije cilj sama smrt. Liječnik može primijeniti razne simptomatske lijekove, ali nikada neće smrt smatrati „načinom liječenja.“ Takvim pristupom sasvim je jasna velika moralna razlika između odluke da se nekoga ubije i biranja skrbi o bolesniku. U konačnici, moralno ispravan postupak je pustiti bolesnika neka umre.(Clark, Emmett 2005.)

### *1.13. Vrste eutanazije*

Postoji više vrsta eutanazije koje se mogu grupirati u tri najčešće podjele. Prva podjela je s obzirom na pristanak osobe nad kojom se vrši eutanazija, a prema (ne)postojanju volje. Prema tome se razlikuje dobrovoljna, nedobrovoljna i protuvoljna eutanazija.(Turković,

Roksandić Vidlička, Maršavelski 2010.) Druga podjela je prema činu koji se poduzima ili ne poduzima, pa se takva dijeli na aktivnu i pasivnu eutanaziju.(Turković, Roksandić Vidlička, Maršavelski 2010.) Treća podjela se odnosi na namjeru koja je poduzeta, neposredno uzrokovanje smrti ili ublažavanje boli, koje za posljedicu ima skraćenje života, pa se razlikuje direktna i indirektna eutanazija.(Turković, Roksandić Vidlička, Maršavelski 2010.)

Prema aktivnostima koje uzrokuju smrt, postoje još neki nazivi za eutanaziju iako su granice među njima često mutne, pa jednoj eutanaziji možemo dodati više pridjeva (naziva). Tako će biti opisana: negativna, prisilna eutanazija (eugenička, ekonomska, kriminalna, eksperimentalna i solidarna), oporučna eutanazija – medicinska oporuka i čin s dvostrukim učinkom. S nekoliko riječi bit će opisani načini umiranja suprotni eutanaziji, a to su distanazija, ortotanazija i pratnja (njega) umirućih.

### *1.13.1. Dobrovoljna eutanazija*

Dobrovoljna eutanazija je slučaj pomaganja u umiranju na zahtjev ili molbu bolesnika.(Turković, Roksandić Vidlička, Maršavelski 2010.) „Dobrovoljna eutanazija je ona koja je počinjena uz informativni pristanak osobe, koja se daje u vrijeme kada osoba želi umrijeti ili unaprijed. Kada se daje unaprijed, govorimo o tzv. oporučnoj eutanaziji (*living will*), a što je vrsta anticipirane naredbe (*advanced directive*) pojedinca, koja tako regulira uvjete pod kojima želi da ga se usmrti u situacijama u kojima neće biti sposoban izraziti svoju volju. Najčešće su to besvjesna stanja uzrokovana nekom traumom ili bolešću.“(Turković, Roksandić Vidlička, Maršavelski 2010.)

Uz informativni pristanak osobe prvi put se provodila u vrijeme pojave AIDS-a (eng. – *acquired immune deficiency syndrome*) jer su razvoj i kraj bolesti bili poznati i očekivani, što je uzrokovalo da mladi oboljeli ljudi žele smrt. U svijetu je dobrovoljna eutanazija ozakonjena kao pravo pacijenta (legalizirana) i nema kazni za supočinitelje u Nizozemskoj (1984.), američkoj državi Oregon (1997.), Belgiji (2002.), Luksemburgu (2009.), američkim državama Washington (2009.) i Montana (2010). U Švicarskoj je pomaganje u samoubojstvu nekažnjivo ako nije učinjeno „iz sebičnih razloga“, tj. ako onaj tko to čini od toga nema osobnu korist (članak 115 švicarskoga Kaznenog zakona, na snazi od 1942.). Eutanazija postaje dio tehnologije umiranja u društvu koje ne želi stare i bolesne ljude, pa oni polako postaju „suvišni“.(Lenkić 2011.) U Nizozemskoj postupak eutanazije započinje zahtjevom bolesnika i to je iz njegova kuta posredno samoubojstvo, a iz kuta izvršitelja eutanazije naručeno ubojstvo.

Tamo gdje eutanazija uvedena i provodi se postoji opasnost razvijanja sve većih proširenja indikacija da se može i nastaviti. To najbolje opisuje sintagma skliska nizbrdica ili strmina (eng. – *slippery slope*), koja označava pomicanje od prvotnoga značenja razloga za eutanaziju i uzimanje slobodnije granice za njezino izvršavanje.(Lenkić 2011.) U početku je tražena od prisebne i lucidne osobe koja boluje od neizlječive smrtonosne bolesti i pati u teškim bolovima. Onda se dopusti i osobi koja ima neizlječivu smrtonosnu bolest, ali nema bolove. Onda se eutanazija dopusti odrasloj osobi koja ima duševne patnje. Iza toga slijedi skraćivanje života komatoznim bolesnicima, pa djeci s malignim dijagnozama. Nakon toga na red dolaze osobe koje nisu korisne društvu, pa koje previše troše… i zlouporabama koje su moguće nema kraja.(Richter 2007.)

U Republici Hrvatskoj se dobrovoljna eutanazija smatra oblikom ubojstva i vodi se pod kaznenim djelom usmrćenja na zahtjev.(“Članak 112” n.d.)

### *1.13.2. Nedobrovoljna eutanazija*

Nedobrovoljna eutanazija je vrsta eutanazije kada nema zahtjeva ili molbe bolesnika za prijevremenom smrti, a naziva se još i *eutanazija bez pristanka*. Osoba nije u stanju niti imati niti izraziti svoj stav o takvoj odluci. Obavlja se na ljudskim bićima koja uopće nisu u stanju razumjeti izbor između života i smrti (novorođenčad, osobe s mentalnim poteškoćama, komatozni bolesnici, dementne osobe, osobe s teškom invalidnošću i ostali koji nemaju sposobnost razumijevanja takve odluke). Takav način oduzimanja života se pretpostavlja u najboljoj namjeri imajući u vidu da je to najbolje za tu osobu. Eutanazija protiv volje može biti i izravno ubojstvo, samo ima ukrašeno ime. Distinkcija između dobrovoljne i nedobrovoljne eutanazije temelji se na (ne)postojanju zahtjeva za eutanazijom same osobe koja ju za sebe (ne)traži.(Marinić 2017.) „Eutanazija protiv volje osobe je ona koja je počinjena uz primjenu sile, prijevare ili na neki drugi način kojim se izričito negira volja osobe. Takva eutanazija je kazneno djelo ubojstva, a može imati obilježja i kvalificiranog ubojstva.“(Turković, Roksandić Vidlička, Maršavelski 2010.)

### *1.13.3. Aktivna eutanazija*

Aktivna eutanazija je direktan zahvat kojim se oboljelomu zadaje prijevremena bezbolna smrt kako bi se oslobodio daljnjih bolova i kako bi mu se omogućilo blago i čovjeka

dostojno umiranje.(Pozaić 1998.) Za aktivnu eutanaziju postoji konkretni čin i nakana liječnika da se izvrši usmrćivanje bolesnika. Ta vrsta eutanazije uključuje upotrebu smrtonosnih tvari za okončanje života. Najčešće se izvršava upotrebom smrtonosne injekcije. Aktivna eutanazija, za razliku od pasivne, najčešće se smatra ubojstvom. Može se izvršiti dvama načinima: pozitivnim činom ili propustom. Pustiti nekoga da umre nije isto što i aktivno učiniti nešto da on umre. Ne dati antibiotik nije isto što i ubrizgati veliku količinu morfija.(Živković, Vuletić 2016.)

Kod pozitivnoga čina smrt je prouzročena, a kod propusta smrt nije spriječena. Često se aktivna eutanazija propustom naziva i pasivna, što Valentin Pozaić smatra pogrešnim. Za usporedbu navodi primjer utopljenika: a) gurnuti nekoga u vodu da se utopi je nemoralan čin i b) promatrati nekoga kako se utapa i ne pomoći mu iako je to moguće je isto nemoralan čin. Pozaić smatra da ne pružiti pomoć nekomu tko je u nevolji, komu je to još i profesionalna dužnost, jednako je zlo kao i aktivno usmrtiti.(Pozaić 1998.) Kao motiv za takvo umiranje redovito se navodi samilost, dirnutost i solidarnost jer su patnja i bolovi ponižavajući i protivni ljudskomu dostojanstvu.

### *1.13.4. Pasivna eutanazija*

Uskraćivanje neke vrste pomoći ili liječenja, koji bi bolesniku produžili život i pomogli mu, podrazumijeva se kao pasivna eutanazija.(Živković, Vuletić 2016.) Postavlja se pitanje: koliko je pasivna eutanazija prema umirućoj osobi zaista pasivna? Ovaj oblik eutanazije je najteže prikazati i potpuno shvatiti jer je iz medicinskoga i etičkoga kuta vrlo tanka granica između uobičajenoga i izvanrednoga liječenja umirućega bolesnika, pa se tako ubijanje može prikazati kao prirodno prepuštanje umiranju, ali i obrnuto.

Pasivna eutanazija je opravdana ako odbacuje ili ispušta korištenje izvanrednih sredstava za liječenje koji su dani pacijentu na volju ili nisu prihvatljivi u širemu kontekstu (npr. izrazito teško fizički podnošljivi, psihički opterećujući i skupi, a bez učinka). Odbacivanje takvoga liječenja rezultira prirodnom smrti zbog osnovne neizlječive bolesti.(Lenkić 2011.) Prema Jerolimu Lenkiću, ne može se opravdati sprečavanje postupaka liječenja ili nedavanje redovnih sredstava koja su potrebna i razmjerna. Takva sredstva neće opteretiti bolesnika, a olakšat će mu boli ili pomoći u liječenju. Ako se izostavi takva skrb, taj čin je jednak ubojstvu, što naglašava pobornik eutanazije James Rachels, a iznijeto je u tekstu ranije.

Također, pasivna eutanazija može imati i pozitivnu razinu kao „čin s dvostrukim učinkom“, što znači davanje raznih sredstava protiv bolova, ali koji služe i za skraćivanje života

(drugi naziv je posredna eutanazija, koja će biti spomenuta kasnije u tekstu). Negativna razina je čin isključivanja aparata, prestanak hranjenja i nepoštovanje te ubrzavanje spontana tijeka umiranja.(Pozaić 1985.) Sljedeća je moralna dvojba u razlikovanju pasivne od „aktivne" eutanazije, koja se smješta u pasivnu, na široj društvenoj razini jer štiti vrijednost osobe u zdravstvenoj profesiji koja nije ubojica, već osoba koja se posvećuje brizi i liječenju teško oboljelih. Čovjek koji je moralno odgovoran jer prouzročio nečiju smrt nosi taj teret na savjesti, dok mirno „prepuštanje da netko umre" donosi mir i olakšanje. Takvo razlikovanje prikazuje smrt uzrokovanu ljudskom osobom, koja je onda i odgovorna za to ili smrt nastalu izvanljudskim događajem koja onda prirodno ide svojim tijekom i dovodi do smrti.(Pozaić 1985.)

### *1.13.5. Oporučna eutanazija*

Oporučna eutanazija je vrsta dragovoljne (dobrovoljne) eutanazije kada bolesnik sâm daje pismenu izjavu u kojoj se unaprijed odriče svih tehnika oživljavanja ako bude u zdravstvenome stanju koje nema izgleda za ozdravljenje.(Kurtović, Petrić 2000.) Unaprijed dana izjava (oporuka), tzv. *living will*, sadrži izraženu volju bolesnika i smjernice kako postupati s daljnjim životom te osobe ako ona dođe u stanje da se više sama ne može očitovati o tome.(Lenkić 2011.)

Danas svakim danom postoji sve više tzv. *bioloških oporuka*, koje sadrže odluke koje sama osoba potpisuje prije nastupa bolesti ili neposredno nakon što joj je priopćena dijagnoza neizlječive bolesti i njezin tijek.(Radolović 2019.) Moralno je prihvatljivo da ako je umirući bolesnik pri svijesti i lucidan, ima partnerski odnos u svim odlukama koje se odnose na predstojeću smrt. Potrebno je i napomenuti kako umiruća osoba može i promijeniti odluku, pa takva oporuka ima i određene nedostatke. Na primjer, u postupku za održavanje života, hrana i tekućina koja se daje intravenozno smatra se terapijom, a pacijent je potpisao da odbija terapiju koja produžuje život. Osim toga, potpisani dokument ne može predvidjeti buduće stanje pacijenta. Zbog jednostavnosti i općenitosti, takva oporuka ne može uzeti u obzir konkretne i specifične situacije prisutne za donošenje medicinskih odluka. Zbog te nepotpunosti, *living will* nije baš punopravno zaživio, već se nadopunjava od slučaja do slučaja, a nerijetko umiruća osoba opunomoći nekoga bližnjeg s vlastitim željama u oporuci.(Radolović 2019.)

### *1.13.6. Asistirano samoubojstvo*

Asistirano samoubojstvo je medicinski potpomognuto samoubojstvo kada liječnik pripremi sredstva (injekciju), ali sâm čin obavlja pacijent. Pri tome može pomoći i samo savjet liječnika.(Jušić 2002..) Američki liječnik Ryan T. Anderson, viši znanstveni suradnik u javnoj politici, smatra legalizaciju asistiranoga samoubojstva teškom pogreškom jer bi se time ugrozili slabi i ranjivi, korumpirala bi se medicinska praksa i odnos liječnik – pacijent, kompromitirala bi se obitelj i međugeneracijske obveze, ali i izdalo ljudsko dostojanstvo i jednakost svih ljudi pred zakonom.(Andersen 2015.) Asistirano samoubojstvo brani se argumentima prava na slobodu i autonomiju. Prema tome stavu, sloboda pretpostavlja potpunu vlast nad vlastitim životom. Iz toga se izvlači pravo na samoodređenje kako bi bilo moguće kontrolirati vlastitu sudbinu. Ti zahtjevi su dio naše kulture koja visoko cijeni individualnu slobodu i apsolutnu kontrolu. Iz te platforme visoko vrednovana potreba osobne kontrole ne podnosi gubitak vlasti nad sobom, što se pripisuje gubljenju dostojanstva osobe. Najvećim poniženjem smatra se gubitak kontrole, ovisnost o drugima, tjelesno propadanje i nemogućnost samostalna odlučivanja. Iz tih argumenata jasno je zašto danas mnogi ljudi podržavaju asistirano samoubojstvo i druge oblike eutanazije.(McCormick 1991.)

Dr. Leon Kass, liječnik, filozof i bivši predsjednik Vijeća za bioetiku, objašnjava da je asistirani suicid „u stvari, tamo gdje se država odriče svoje dužnosti da zaštiti nevine živote i odustaje od posebno starih, nemoćnih i siromašnih.“(Andersen 2015.)

Vrhovni sud Sjedinjenih Država presudio je dvjema jednoglasnim odlukama da ne postoji ustavno pravo na asistirani suicid (PAS), a tri države to dozvoljavaju zakonom: Oregon, Washington i Vermont. Asistirano samoubojstvo dopušteno je u Nizozemskoj, Belgiji, Luksemburgu i Švicarskoj.

### *1.13.7. Prisilna eutanazija*

Prisilna eutanazija je inačica nedobrovoljne eutanazije gdje se vrijednost (vrednota) ljudskoga života zamjenjuje nekom drugom, najčešće samo materijalnom vrijednošću. Ovisno o načinu prisile, u nju ubrajamo ekonomsku, eugeničku, kriminalnu, eksperimentalnu i solidarnu eutanaziju. Zajednički nazivnik za sve vrste prisilnih eutanazija je „ubojstvo“, koje se samo zamjenjuje „ljepšim imenom“ kako bi se opravdao čin egzekucije drugim razlogom.(Pozaić 1985.)

*1.13.7.1 Ekonomska eutanazija*

Ekonomska eutanazija javlja se kada profit postaje osnovno mjerilo vrijednosti, a prisutan je i problem nedostatka hospicija. Vrši se nad duševnim bolesnicima, osobama s invaliditetom i starijim osobama. „Bezbolno uklanjanje duševnih bolesnika, invalida, staraca i neizlječivih, da se društvo oslobodi ekonomski nekorisnih, dapače štetnih osoba; predviđa se, naime, da će u skoroj budućnosti biti više personala u bolnicama i staračkim domovima, ne računajući same bolesnike, nego ljude u proizvodnji, što je neodrživo za ekonomiju.“(Pozaić 1985.)

*1.13.7.2. Eugenička eutanazija*

Eugenička eutanazija je bezbolno usmrćivanje reakcionarnih i nasljedno opterećenih ljudi s nakanom čišćenja i poboljšavanja rase.(Pozaić 1985) Broj neetičnih istraživanja u Europi i SAD-u raste posebice u ranome 20. stoljeću procvatom eugeničkoga pokreta utemeljena na ideji unapređenja karakteristika ljudske rase. Inače, sâm pojam *eugenika* [grč. *eugeneia* (εύγένεια) – plemenito podrijetlo] skovao je 1883. godine engleski znanstvenik Francis Galton kako bi njime imenovao znanost koja se bavi poboljšanjem ljudske vrste tako što rasama i rodovima boljega krvnog podrijetla pruža veću mogućnost za razmnožavanje i prevladavanje nad rasama i rodovima loših obilježja.(Post, n.d.)

Francis Galton definira eugeniku u svome djelu *Hereditary genius* još 1869. godine: „To je nauka koja se bavi svim utjecajima koji prirođena svojstva neke populacije poboljšavaju, i koji nastoje ta svojstva dovesti do što boljeg razvoja na što veću korist zajednice.“(Medicinska enciklopedija 1967.) Poznato je da je u ime eugenike Hitler pobio preko 300 000 ljudi za vrijeme vladavine nacizma.(Devetak 1977.)

*1.13.7.3. Kriminalna eutanazija*

Kriminalna eutanazija je zapravo smrtna kazna nazvana pravim imenom. To je bezbolno usmrćivanje osoba koje društvo smatra opasnima i nepoželjnima.(Lenkić 2011) Sama riječ „kriminal“ u sintagmi dovoljno govori. Činjenica je da je tijekom povijesti takva praksa uvijek bila dokaz nejednakosti i nepravde u društvu.(Lenkić 2011.)

#### *1.13.7.4. Eksperimentalna eutanazija*

Eksperimentalna eutanazija je bezbolno usmrćivanje ljudi tijekom raznih pokusa i istraživanja zbog unapređenja znanosti. Nerijetko su žrtve bili i zatvorenici koji su služili doživotne kazne u raznim kaznionicama.(Lenkić 2011.) Hitlerovi liječnici su kršili Hipokratovu zakletvu okrutnim eksperimentima na ljudima.(von Lupke-Schwarz, Lohinski 2013.) Najzloglasniji među nacističkim liječnicima je bez sumnje bio Josef Mengele, poznat i pod nadimcima *Anđeo smrti* i *Bijeli anđeo,* koje je dobio jer je u bijeloj kuti dočekivao vagone novih logoraša i hladnokrvno određivao koji su sposobni za rad, a koje treba smjesta poslati u plinsku komoru. Za vrijeme njegovih pokusa ili istraživanja uvijek je postojala mogućnost ugrožavanja života. U Mengelovim pokusima prisilno je sudjelovalo otprilike tisuću parova blizanaca, a samo je oko dvije stotine parova preživjelo. Nažalost, za svoje zločine Josef Mengele nije nikada odgovarao.(Štojs 2014.)

#### *1.13.7.5. Solidarna eutanazija*

Solidarna eutanazija je bezbolno ubojstvo jedne ili više osoba s ciljem neke više vrijednosti, npr. kako bi se spasio veći broj drugih života. Ubojstva mogu biti izazvana i ucjenom, osvetom ili prijetnjom. Primjer je osoba koju treba ukloniti jer njezino svjedočenje može biti pogubno za mnoge ljude. Ova eutanazija je i kriminalna.(Pozaić 1985.)

#### *1.13.7.6. Čin s dvostrukim učinkom*

Čin s dvostrukim učinkom je načelo kojim se čini dobro djelo, ali se pri tome mora prihvatiti i nešto loše.(Lenkić 2011.) Često se događa u medicinskoj praksi i može uzrokovati neželjenu ili željenu smrt. Na primjer, nema lijeka koji nema neželjene nuspojave, ali on liječi osnovnu bolest i spašava život (primjer: kemoterapija). Zatim imamo primjer vatrogasca koji spašava druge živote tako da svoj dovodi u opasnost. Samoobrana je etički opravdana, ali za posljedicu može imati ranjavanje ili smrt napadača. Znači, jedan čin ima obvezatno dvostruki učinak – samo je jedan željeni, a drugi je neželjeni. U etičnosti je važna nakana koja ima dobar razlog, ali iz dobre nakane postoji i nedopušten ili zao čin. Obrana je dopuštena ako se nasilje ne odbija prejakom silom, već samo umjerenom. Drugim riječima, čovjeka se ne smije ubiti

kako bi se sebe obranilo, ali ga svakako treba zaustaviti u njegovoj ubojitoj nakani.(Lenkić 2011.)

Na primjeru eutanazije, ona može i ne mora biti izazvana većom dozom morfija za koji se zna da otklanja bol, ali u povećanoj dozi paralizira disanje. Ista je priča s dodavanjem kalija, inzulina, digitalisa i slično. Čin s dvostrukim učinkom ima korijene u djelima Tome Akvinskoga. Kako bi se primijenilo načelo čina s dvostrukim učinkom, nužno je imati dobru nakanu i željeti samo dobar cilj, ali također biti svjestan negativnoga učinka koji se samo dopušta, ali niti se namjerava niti želi.(Akvinski, n.d.)

### *1.13.8. Distanazija*

Leo Pessini, vodeći brazilski teolog i bioetičar, u svjetskim se bioetičkim krugovima smatra „ocem" pojma *distanazija*, a definira ju kao „polaganu, bolnu smrt u velikoj patnji", odnosno „bezmilosno produžavanje života".(Pessini 2004.) Suprotna je od eutanazije i karakterizirana pretjeranim produživanjem patnje, agonije i smrti. Riječ je nastala od grčkih riječi *dýs*, što znači teško i *thánatos*, što znači smrt, teško umiranje. Distanazija obuhvaća provođenje uzaludnih postupaka liječenja i smatra se zabludom u suvremenoj medicini. Osoba se pritom forsirano i umjetno održava na životu u nekome stanju agonije u kojemu normalno ne bi mogla preživjeti.(Sorta-Bilajac Turina 2013.) Pojam je nastao nakon istrage smrti vozača Formule 1 Ayrtona Senne (1960. – 1994.). Brojnim lijekovima i modernom tehnologijom, ako i ne postoji nada za izlječenje, može se produživati život. Takav postupak nije etički opravdan jer ne donosi dobrobit za pacijenta ni za njegove bližnje, već samo produžuje patnju. Kada terapija nema rezultata, prelazi se na palijativnu skrb, bez obzira na dob. Time se ne želi pacijentova smrt, već se ona prihvaća kao neminovna činjenica koju je nemoguće spriječiti. Često članovi obitelji umiruće osobe ne mogu prihvatiti gubitak svoga člana i inzistiraju na nerealnome produženju umiranja. Tada im je potrebno timski i stručno, ali blago osvijestiti istinu.(Lenkić 2011.)

Danas u okvirima suvremene medicinske tehnologije postoje uređaji koji mogu održati tijelo na životu „do daljnjega". Do kojih granica medicina može i smije produživati život i tko je taj koji će moći, smjeti i znati reći dosta?(Sorta-Bilajac I. i sur. 2011.) Bioetičari bi mogli tražiti pravi odgovor na ovo pitanje.

### *1.13.9. Ortotanazija*

Ortotanazija je normalan ili prirodan način smrti i umiranja. Naziv je nastao od grč. riječi *ortho* – korektan, pravilan i *thanatos* – smrt. Ortotanazija označava stav koji poštuje ljudsko dostojanstvo, štiti život bez nepotrebna kraćenja, ali i bez produljivanja procesa umiranja. Naziva se još i „smrt u pravi trenutak" jer odbacuje svaki oblik *mistanazije* (nesretna, skraćena života siromašnih ljudi), ne usmrćuje ljudski život *eutanazijom* niti ga unedogled produžava *distanazijom*.(Živković, Vuletić 2016.)

### *1.13.10. Pratnja (njega) umirućih*

Njega umirućih se odnosi na olakšanje boli i poštovanje života do njegova prirodnoga kraja. Palijativna skrb je utemeljen i dokazan model skrbi za bolesnike u završnoj fazi bolesti i počinje kada su iscrpljene sve kurativne metode liječenja. U palijativnoj medicini cilj je olakšati patnju, a kada su bol i patnja olakšani, smrt koja dolazi nakon toga smatra se uspjehom. Termin palijativa implicira holistički pristup bolesniku koji sadrži fizičku, psihološku, društvenu i duhovnu skrb.(Brkljačić 2019.) Palijativna medicina promovira kulturu života na njegovu kraju i povezuje najkvalitetnija medicinska dostignuća sa suosjećajnom brigom za bolesnika, uz emocionalnu i duhovnu potporu, što smanjuje zahtjev za eutanazijom i ona postaje suvišna. Dr. Cicely Sounders, koja je 1967. godine u Londonu otvorila hospicij sv. Christophera, za svoje štićenike kaže kako se ne trebaju brinuti niti se osjećati bespomoćnima i ne trebaju misliti da su izgubili nadzor nad svojom situacijom. Njezine riječi su jasne: „Vjerujem da je, kad netko zatraži eutanaziju ili posegne za samoubojstvom, gotovo uvijek društvo u cjelini ili neki pojedinac, ostavio tu osobu na cjedilu. Predložiti da se takav čin ozakoni znači ponuditi negativan i opasan odgovor na probleme koje treba riješiti boljim sredstvima."(Saunders 1980.)

Cijelom se ovom lepezom podjelā, ugodnijim prikazivanjem, pa i igrama riječi prikazuje namjera uljepšavanja značenja pojma eutanazije. Naravno, tu nije kraj priče. Pojavljuju se i riječi kao *mistanazija* (nesretna, prerana i smrt siromašnih), koja je dobila i naziv socijalna eutanazija kao nepotrebna smrt nastala nebrigom društva. Zatim *kakotanazija* (oštra, zla, loša i strašna smrt), *tahitanazija* (pogodnost ubrzavanja umiranja, brza smrt), kao i *apotanazija* (odgađanje smrti i produžavanje) te *atanazija* (neumrlost, besmrtnost). *Vegetiranje* (od lat. *vegetare* – rasti, razvijati se bez vlastita htijenja, kao što raste biljka) znači životarenje, neaktivno življenje „na način biljke". Vegetirajuće stanje označava smanjenu razinu moždane

funkcije u kojoj osoba reagira na senzorne podražaje, ali bez kognitivnih funkcija. Takva se osoba održava na životu uz pomoć medicinskih aparata.(Lenkić 2011.)

Podjele sa sobom uvijek nose nešto negativno, diskriminirajuće, međutim, ljudski razum pokušava tražiti smisao odgovora na ljudsku smrt koja je često bolna i teška.

# 2. FILOZOFIJA PETERA SINGERA

## *2.1. Životopis Petera Singera*

*Profesor sam bioetike, s iskustvom filozofije. Najviše se bavim praktičnom etikom, a najpoznatiji sam po Oslobođenju životinja i svojim radovima o globalnom siromaštvu.*(“Peter Singer” n.d.)

Peter Albert David Singer je australski filozof i bioetičar. Rođen je u Melbourneu 6. srpnja 1946. godine. Singerovi roditelji doselili su se u Australiju iz Beča 1938. godine kako bi izbjegli nacistički progon nakon Anschlussa. Dvoje članova obitelji Singer (baka i djed) naknadno su ubijeni u holokaustu. Školovao se na Sveučilištu u Melbourneu i na Sveučilištu u Oxfordu. Predavao je na sveučilištima u Oxfordu, New Yorku, zatim na Sveučilištu Colorado u Boulderu, kalifornijskom sveučilištu u Irvineu i na Sveučilištu La Trobe. Trenutno je profesor filozofije i zamjenik direktora Centra za humanu bioetiku na Sveučilištu Monash u Melbourneu i na Sveučilištu Princeton gdje predaje bioetiku. Osnivački je predsjednik Oslobođenja životinja (Victoria) i predsjednik Federacije životinjskih društava Australije i Novoga Zelanda, vrhovnoga tijela za dobrobit životinja i životinjska prava u Australiji i Novome Zelandu. Međunarodnu je slavu stekao po objavljivanju knjige *Animal Liberation* (*Oslobođenje životinja*) 1975. godine. Novinari su mu podarili oznaku „najutjecajnijega svjetskog filozofa na svijetu“, vjerojatno pritom misleći na njegov rad na etici postupanja čovjeka prema životinjama, priznatim za pokretanje modernoga pokreta za prava životinja, te na značajan utjecaj koji je njegovo pisanje razvilo u borbi protiv siromaštva i za zaštitu okoliša. U radu sa studentima cijenjen je po svome altruizmu. Predajući na Oxfordu, povezao se sa studentskom skupinom vegetarijanaca. Razmišljajući koliko je moralno i opravdano jesti životinjsko meso, odlučio je postati vegetarijanac. Njegova supruga Renata i on prestali su jesti meso 1971. godine. Njegova knjiga *Oslobođenje životinja* navela je mnoge da se uključe u borbu za smanjenje ogromne količine patnje koja se nanosi životinjama. Utemeljio je projekt koji se zalagao da Ujedinjeni narodi usvoje deklaraciju kojom bi se veliki čovjekoliki majmuni kategorizirali kao osobe (*The Great Ape Project*). Takvim proširenjem zajednice jednakih bi se čimpanzama, gorilama i orangutanima zajamčilo pravo na život, zaštitila njihova osobna sloboda i zabranilo mučenje.(“Peter Singer” n.d.) Osnivač je organizacije *The Life You Can Save,* koja se temelji na istoimenoj knjizi. Cilj je širenje njegovih ideja o tome zašto je potrebno učiniti mnogo više

kako bi se poboljšali životi ljudi koji žive u ekstremnome siromaštvu i kako se to najbolje može učiniti. Njegovi spisi o tome uključuju esej iz 1972. *Glad, bogatstvo i moralnost* u kojemu zagovara donacije za globalnu pomoć siromašnima i dvije knjige koje služe kao argument za učinkovito pomaganje *Život koji možete uštedjeti* (2009.) i *Najviše dobro što možete učiniti* (2015.). Autor je, koautor i urednik ili suurednik pedesetak knjiga uključujući: *Praktična etika*, *Proširivši krug*, *Ponovno promišljanje života i smrti*, *Jedan svijet*, *Etika onoga što jedemo* itd.("Peter Singer" n.d.) Njegovi su radovi prevedeni na više od 25 svjetskih jezika. Neki su od naziva njegovih knjiga: *Democracy and Disobedience*, *The Expanding Circle*, *Marx, Hegel, The Reproduction Revolution* (s Deanne Wells), *Should the Baby Live?* (s Helgom Kuhse), *How Are We to Live?* i *Rethinking Life and Death*. Uređivao je ili sudjelovao u uređivanju knjiga *Test-Tube Babies*, *In Defence of Animals*, *Applied Ethics*, *Animal Rights and Human Obligations*, *Embryo Experimentation*, *A Companion to Ethics*, *The Great Ape Project*, *Equality Beyond Humanity* i *Ethics*. Autor je glavnih članaka o etici u novim izdanjima *Encyclopaedia Britannica*, a zajedno s Helgom Kuhse uređuje i piše za časopise iz bioetike.(Singer, Cannold, Kuhse 2009.) Peter Singer je oženjen i ima tri kćeri. Rekreacija su mu šetnje, plivanje, *bodysurfing*, uzgoj voća i povrća te pisanje.("Peter Singer" n.d.) U svojoj najpoznatijoj knjizi *Oslobođenje životinja* izlaže teze protiv specizma.(Ryder 2011.) „Specizam – riječ baš i nije privlačna – jest predrasuda ili stav ili pristranost u korist interesa članova nečije vlastite vrste, a protiv interesa članova drugih vrsta."(Singer 1998.)

Zanimljiv je intervju koji je Singer dao u emisiji *Take Five* voditelju Denveru Fredericku 8. siječnja 2020. godine. Osim odgovora na pitanja o smanjenju siromaštva i ekološkoj zaštiti Zemlje, bioetičar nije progovorio ni riječ o eutanaziji i pobačaju, čiji je pobornik. Isto to se dogodilo i na njegovu gostovanju 2011. godine u Zagrebu. Ipak, dva odgovora indirektno upućuju na njegov stav o tome:

Denver: „Koja je stvar koju želite zaista razumjeti u potpunosti?"

Peter: „Mnogo je filozofskih problema koje bih volio razumjeti potpunije. Jedno od dubokih je pitanje svijesti. Kako znati je li drugo biće svjesno? A ovo se odnosi na moj rad o životinjama: Kako znati koje su životinje svjesne? Jesu li kukci svjesni? Što doživljava riba? Možemo imati neke uvide u te različite stvari, ali svejedno je neki misterij znati koja je vrsta fizičke osnove za svijest i kako stvarno možemo procijeniti svijest različitih bića."

Denver: „Koja je najveća zabluda ljudi o Vama?"

Peter: „Mislim da ljudi imaju pogrešno mišljenje da sam nekako hladan i racionalan kalkulator, a ja mislim da to uopće nije istina. Dirne me nepotrebna patnja, suosjećam s patnikom i mislim da je to temelj mog rada.“(Frederick 2020.)

Singer je posebno poznat po prekretnici u zapadnoeuropskome mišljenju. U svojoj se knjizi *Rethinking Life and Death* (1995.) otvoreno zalaže za eutanaziju, odbacuje mnoge njezine eufemizme poznate iz knjiga i naziva ju onim što doista i jest – ubijanjem.(Smith, W. J. 1997.) Logičke postavke za dobrovoljnu eutanaziju kasnije iznosi u knjizi *Practical Ethics* (1979.), koji će u ovome radu biti navedeni i analizirani.

### *2.2.* Praktična etika – *knjiga kao uvod u primijenjenu etiku*

Singerova knjiga *Praktična etika* je 1979. godine postala klasični uvod u primijenjenu etiku. Razmatraju se tekuća društvena pitanja kao što su jednakost i diskriminacija na osnovi vrste, sposobnosti, spola i rase, pobačaj, eutanazija, eksperimentiranje na embrijima, moralni status životinja, građanski neposluh i političko nasilje, pomoć siromašnima, obveza pomaganja drugima, briga i odgovornost za okoliš te postupanje s izbjeglicama. Singer uviđa da sve dvojbe oko tih pitanja imaju duboke filozofijske korijene. Zato u knjizi *Praktična etika* predlaže svoju etičku teoriju koja je uvjerljiva i konzistentna u svim navedenim moralnim dvojbama u svakodnevnome životu držeći se konzekvencijalističkoga pristupa etici i utilitarizma zasnovana na interesima.(Singer 2003.) Singer smatra da se njegov utilitarizam, zasnovan na interesima, razlikuje od klasičnoga utilitarizma koji su zastupali Bentham i John Stuart Mill.(Singer 2003.) Njegov utilitarizam uzima „najbolje posljedice“, što znači da promiče interese onih koji su pogođeni, a ne kao klasični utilitarizam, koji povećava ugodu i umanjuje bol.

Singer je u pravu kada pokazuje prezir prema rasizmu i seksizmu. Međutim, nije u pravu kada kaže da se treba obračunati s posljednjim oblikom diskriminacije koji je ostao, a to je diskriminacija životinja. Temeljno načelo jednakosti vrijedi za sve vrste živih bića. Osobina koju neko biće treba imati da bi se njegov interes jednako uvažavao je sposobnost za patnju, bol, ali i ugodu ili sreću. S obzirom na to da životinje imaju tu sposobnost, po Singeru zaslužuju jednako vrednovanje kao i ljudi. Zašto neka bića jesu, a neka druga nisu vrijedna života? On tvrdi da su vrijedna života ona bića koja su svjesna svoga budućeg postojanja jer mogu predvidjeti kakav će biti njihov život. Biće koje čeka težak i jadan život ne treba biti ni rođeno. Postavlja se pitanje tko je taj koji će donijeti odluku da je neko biće sigurno osuđeno na

razočaranje, neuspjeh i jad ili obećanu sreću. Za mnoge je filozofe i znanstvenike Singerov nauk kontroverzan, neprihvatljiv i opasan. Tako neki Singera nazivaju *profesorom smrti*, a drugi još gore te ga uspoređuju s Josefom Mengeleom.(Hirch 1999.) Skupina koja sebe naziva *Not Dead Yet* (eng. – *Nisam još mrtav*) i zastupa interese nemoćnih, ranjivih i osoba s invaliditetom žestoko se protivi njegovu nauku.("Not Dead Yet" n.d.)

Nakon što je napisao bibliju vegetarijanskoga pokreta *Oslobođenje životinja* i *Praktičnu etiku*, Singer nastavlja u svome uvjerljivom tonu da treba spašavati životinje, ali i ubiti bebe i ljude koji vegetiraju. On zahtijeva nepristrano stajalište iz kojega bi se usporedili interesi i izbjegavanje pristranosti prema ljudskim interesima. To je razrada poznate ideje stavljanja sebe na tuđe mjesto, samo što su ovoga puta „tuđe mjesto" bića sa šapama ili perajama. Antropocentrizam se napušta i daje prednost biocentrizmu. Troy McClure, koji zastupa ranjive i osobe s invaliditetom, zbog toga ga naziva „najopasnijim čovjekom današnjice."(Freedman 2000.)

Kao zagovornik eutanazije i zbog svojih uvjerenja 1989./1999. godine nije prihvaćen u Njemačkoj, Austriji i Švicarskoj gdje su mu osobe s invaliditetom priredile prosvjed, a i predavanja su mu otkazana. Sâm o tim događajima progovara u dodatku svoje knjige *Praktična etika*.

Koliko je moralno podržavati prava životinja, ali ne i pravo na život osoba u vegetativnome stanju?(Carlin, Capps 2009.) Etičari su se složili da život u vegetativnome stanju nema vrijednost i da se pacijenta može eutanazirati. Ipak, mnoga istraživanja iz neuroznanosti pokazuju da takvi pacijenti dijelom imaju moždane aktivnosti, žive u prosjeku desetak godina, ali da je preskupo svakodnevno snimati i bilježiti te aktivnosti mozga, čak i jeftinijom EEG pretragom, a kamoli magnetskom rezonancom.(Leonardi, Sattin, Raggi 2013.) Prema tome, može se reći da je život nepredvidiv i da je čudesna tajna.

U Singerovu moralnome sustavu na kraju knjige javlja se problem življenja smislena života, pa on navodi pohlepu za novcem, tj. priču koja počinje od najbogatijega bankara do njegova završetka u zatvoru. Kao bankar, nije pronašao ispunjenje i zadovoljstvo u posjedovanju silne količine novca.

Tako etičko motrište čovjeka zahtijeva da se s osobnoga motrišta uzdigne u perspektivu nepristrana promatrača. Stoga promatrati stvari etički znači nadilaziti vlastite, prema sebi usmjerene poglede i identificirati se s najobjektivnijim mogućim motrištem. Međutim, evolucija nas nije opremila sposobnošću da uživamo u situaciji koja se nikada prije nije pojavila.(Singer 1998.) A smisao je vjerojatno moguće naći poštujući tajnu uzdizanja života samoga.

*2.3. Filozofija utilitarizma Petera Singera*

Singerova je filozofija univerzalna i utilitaristička. On smatra da se etički sudovi moraju donositi s univerzalnoga motrišta prihvaćajući da njegovi vlastiti interesi – jednostavno zato što su njegovi interesi – ne mogu vrijediti više od interesa bilo koga drugog.(Singer 2003.) Etika zauzima univerzalno motrište. Tako Singerova filozofija započinje širokom podrškom jednakosti, a svoj vrhunac doseže u uskome preferencijalizmu. Tolika vjera u jednakost privlači mnoge koji ga podržavaju, a zbog preferencijalizma, raste i broj onih koji ga osporavaju. Činjenica je da kao zagovornik eutanazije u svojim raspravama otvoreno govori o ubijanju djece i odraslih ljudi i nimalo ne uljepšava taj čin, što mu daje transparentnost. Bez obzira na protivnike i pobornike, profesor Singer je vrlo cijenjen i aktivan filozof i bioetičar, koji putuje po cijelome svijetu, predaje na mnogim sveučilištima i čije su knjige vrlo tražene. Bori se za jednakost ljudi i životinja kao živih bića sa stajališta da su i jedni i drugi sposobni patiti. Singer etiku zasnovanu na svetosti života zamjenjuje etikom temeljenu na kvaliteti života. Kod ljubitelja životinja izaziva sućut i smatra da je etika kvalitete života realnija i vjerodostojnija. Singerove vrline su mnogobrojne: on je pravedan, tolerantan, ne diskriminira, pokazuje samilost, inovativan je i dosljedan. Suprotstavlja se religijskim uvjerenjima i smatra se suvremenim filozofom, uz pristanak darvinista i evolucionista.(de Marco, Wiker 2015.) Ljudi i životinje posjeduju svijest koja im omogućuje patiti, uživati u životu, tj. biti sretni ili nesretni, a Singer potvrđuje novu diskriminaciju kada stavlja znak jednakosti između životinja koje uživaju ili pate i njihove kvalitete života. Može se zaključiti kako je kvaliteta života ljudi koji pate više od drugih niža i da oni koji nisu dovoljno pri svijesti nisu osobe. U konačnici, Singer potvrđuje da neki ljudi nisu osobe, a da su neke životinje osobe.(de Marco, Wiker 2015.) Zbog ovih je stavova Singer navukao mnoge neprijatelje. Njegov prijatelj Michael Tooley smatra da tek rođene bebe nisu osobe, pa ih ubiti nije zlo po sebi, a Singer se s njim slaže.(Tooley 1981.) Svima je jasno da je svaki čovjek unikat, a život avantura čiji se tijek i završetak ne može predvidjeti.

Helen Keller je unatoč svojim poteškoćama bila sretna i pronašla je smisao života. Usprkos hendikepima, Vincent Van Gogh je postao jedan od najuspješnijih slikara, Ludwig Van Beethoven je slijep i gluh komponirao devetu simfoniju, a Stephen William Hawking je unatoč teškoj bolesti bio uspješan znanstvenik. Moglo bi se nabrajati još mnoge (ne)osobe i ocjenjivati njihovu kvalitetu života.(Bebek, Brdarević 2019.) Nastojeći proširiti horizonte i biti suvremen, Singer je stvorio filozofiju koja čovjeka svodi na stupnjeve svijesti sličnim

stupnjevima svijesti životinja koje nisu razumne, koje žive instinktivno. Tako ispada da Singeru nije važan život, već kvaliteta življenja, a da se filozofija pomiče u antropocentrizam i dehumanizaciju. Po Singeru, ljudi se mogu podijeliti na one čija nam se kvaliteta življenja sviđa i one čija nam se kvaliteta življenja ne sviđa. Drugim riječima, ako se smatra da netko živi loše i nije sretan, daje se prednost sreći, a ne čovjeku. Takva se filozofija, po Singeru, iz početne široke jednakosti svih živih bića svodi na življenje koje se može birati ili odbaciti. „Kad smrt djeteta s invaliditetom ima za posljedicu rođenje drugog djeteta koje ima veće izglede za sretan život, ukupna količina sreće bit će veća ako se dijete s invaliditetom ubije.“(Freedman 2000.)

„Nakon što odbacimo vjeru u Boga, moramo se odreći i shvaćanja da život na ovom planetu ima neki unaprijed određeni smisao. Život je započeo, kao što nam to najvjerodostojnije dostupne teorije kažu, kao posljedica slučajnog spajanja plinova; nakon toga život se razvijao zahvaljujući slučajnim mutacijama i prirodnoj selekciji. Sve ovo događalo se samo po sebi i nije imalo nikakve posebne svrhe. A kako je sve ovo za posljedicu imalo nastanak bića kojima se određeno stanje stvari više sviđa od nekog drugog stanja stvari, moguće je da nečiji život ima smisao. U tom smislu neki ateisti mogu pronaći smisao života.“(Singer 2003.)

Iz citata je razvidno da fokus nije na čovjeku, već na sreći. Uvijek je bolje biti više sretan nego manje. Može li takva tvrdnja biti opravdanje za oduzimanje života osobe i hoće li osoba koja će ju zamijeniti biti sretnija? Etika bi u središtu trebala imati osobu, a ne količinu sreće. Pravo na život ne može biti ukinuto nekim „kalkulatorom koji će izračunati relativnost sreće“. S obzirom na to da Singer želi sretniji i kvalitetniji život, već je postao priznati humanist, samo u tome humanizmu nisu važne osobe s nezadovoljavajućom kvalitetom života. Život svakoga čovjeka je, prema papi Ivanu Pavlu II.: „nepovrjediv, neponovljiv i nenadoknadiv.“(de Marco, Wiker 2015.) Iz toga se može zaključiti da prednost treba dati ljubavi prema čovjeku, a ne kvaliteti življenja. Osim toga, ljudska se patnja ne zbraja; ona je osobna, a ne kolektivna, kako misli Singer. Još je u krivu kada svoje postavke temelji samo na racionalnome mišljenju jer ako se isključuju osjećaji, isključuje se i sreća. Poziva se na sreću, a upravo dokida sposobnost koja sreću omogućuje. Razum i emocije su u skladu, a ne u sukobu. „Srce ima svoje razloge koje razum ne poznaje“, kaže Pascal.(Pascal 1991.) Etika objedinjuje razum i emocije, a ako je indiferentna prema emocijama, štetna je za čovjeka. Singer ističe veliku važnost čovjekova razuma i širok pogled za suosjećanje s drugim ljudima, ali gubi iz vida čovjekove osjećaje. Općenito ga suosjećanje nad više ljudi sprečava shvatiti kako patnja ima smisao i da čovjek koji pati ima dostojanstvo ljudske osobe. Singer mora shvatiti da lijek za ozdravljenje ljudskoga društva nije ubijanje nedužnih, i mladih i starih, ljudskih bića. Kako kaže Valentin Pozaić: „Ne možemo patnju riješiti uklanjanjem patnika.“(Pozaić 1985.) U patnji se itekako može pronaći

smisao jer čovjek nije samo fizički entitet. Uvijek je bolje biti sretniji nego nesretan, tu se slažemo sa Singerom, ali to ne znači da osoba koja je nesretna ima opravdanje za okončanje života. Moralna bi prosudba trebala vrednovati osobu, a ne količinu sreće koju ta osoba uživa ili i ne mora uživati. Čovjek kao osoba ima pravo na život koje je iznad svih prava. Zaista nitko, pa ni Singer, koji „čarobira" računalom izračunavajući količinu relativne sreće, nema to pravo ukinuti.(de Marco, Wiker 2015.)

„Etika svetosti života" po filozofu P. Singeru postaje neučinkovita i on glasno zagovara „novu etiku", koja će biti prikazana njegovim argumentima koji opravdavaju dobrovoljnu eutanaziju.

### *2.4. Izvori za Singerovo opravdanje dobrovoljne eutanazije i njegovi argumenti koji joj idu u prilog*

Singer u četvrtome poglavlju svoje knjige *Praktična etika* pod nazivom *Što je pogrešno s ubijanjem?* razmatra gledišta o vrijednosti života i pogrešnosti oduzimanja života.(Singer 2003.)

„Ljudi često kažu da je život svet. Oni gotovo nikada ne misle to što kažu. Oni ne misle, kao što se čini da njihove riječi impliciraju, da je život kao takav svet. Da to misle, ubijanje svinje ili čupanje kupusa za njih bi bilo jednako strašno kao i ubojstvo ljudskog bića. Kada ljudi kažu da je život svet, ono što imaju na umu jest ljudski život. No zašto bi ljudski život imao posebnu vrijednost?"(Singer 2003.) Raspravljajući o učenju o svetosti ljudskoga života, termin „svetost" Singer ne uzima u specifično religioznome smislu iako smatra da je religioznoga porijekla. Prikazuje ga općenito iz kuta sekularne etike, što prihvaća najutjecajnijim stavom upravo te sekularne etike. To učenje ne tvrdi kako je uvijek pogrešno oduzeti ljudski život, već kaže da postoje pobornici svetosti ljudskoga života koji dopuštaju ubijanje u samoobrani.(Singer 2003.)

Shvaćanje da ljudski život ima jedinstvenu vrijednost duboko je ukorijenjeno u društvu i pohranjeno u zakonu tako da postoji neka zabrana oduzimanja života. Prema tome sudeći, razumljivo je da nijedno društvo ne može opstati ako svojim članovima dopušta da bez ograničenja ubijaju jedni druge. Međutim, postoji i druga krajnost gdje se ljudski život nasilno održava modernom medicinskom tehnologijom.(Stinson, Stinson 1983.)

U nastavku iznošenja izvora za svoju „novu etiku", Singer se pita o značenju izraza kao što su *ljudski život* ili *ljudsko biće*. Ti se izrazi javljaju kao važni u raspravama poput one o

pobačaju. „Je li fetus ljudsko biće?“ Izrazu *ljudsko biće* moguće je dati točno značenje. Možemo ga koristiti kao ekvivalent pripadniku vrste *homo sapiens*. Je li neko biće pripadnik dane vrste može se utvrditi znanstveno, ispitivanjem naravi kromosoma u stanicama živih organizama. Nema sumnje da embrio, koji je začet ljudskom spermom i jajašcima, od prvih trenutaka svojega postojanja jest ljudsko biće; a isto je točno za ljudska bića s najtežom i neizlječivom intelektualnom invalidnosti, čak i za novorođenče koje je rođeno anencefalično – doslovce bez mozga.(Singer 2003.)

Joseph Fletcher, protestantski teolog i pisac, skupio je popis onoga što on naziva „pokazatelji ljudskosti“, koji uključuje sljedeće: samosvjesnost, samokontrolu, osjećaj za budućnost, osjećaj za prošlost, sposobnost odnošenja prema drugima, brigu za druge, komunikaciju i znatiželju.(Fletcher 1972.) Značenje izraza koje se ima na umu kada se nekoga hvali da je „pravo ljudsko biće“ ili da pokazuje „prave ljudske kvalitete“ nije pripadnost osobe vrsti *homo sapiens*, što je biološka činjenica, već se implicira da ljudska bića obično imaju određene kvalitete te da ih ova osoba ima u visoku stupnju. Tako da se ta dva značenja izraza *ljudsko biće* i *homo sapiens* preklapaju, ali se ne podudaraju, tvrdi Singer.(Singer 2003.) Embrio, kasnije fetus, dijete s teškom intelektualnom invalidnosti, čak i novorođenče – svi su nepobitno pripadnici vrste *homo sapiens*, ali nijedno nije samosvjesno, nema osjećaj za budućnost ili sposobnost odnošenja prema drugima. Koje se značenje uvažava, opravdava i razliku s obzirom na to kako će se odgovoriti na pitanje „Je li fetus ljudsko biće?“.(Singer 2003.) Izraz *osoba* vodi u zabludu jer se *osoba* često koristi kao da znači isto što i *ljudsko biće*. Ipak, ti izrazi nisu ekvivalentni; mogla bi postojati osoba koja nije pripadnik naše vrste. Također bi moglo biti pripadnika naše vrste koji nisu osobe. Riječ *osoba* (eng. – *person*) vuče svoje porijeklo iz latinskoga izraza za masku koju nosi glumac u klasičnoj drami. Kasnije je dobila značenje onoga tko igra ulogu u životu, onoga tko je djelatnik. Prema *Oksfordskome rječniku,* jedno od sadašnjih značenja toga izraza je „samosvjesno ili racionalno biće“.(Singer 2003.)

John Locke osobu definira kao: „misleće umno biće koje ima razbor te razmišlja i može smatrati sebe sobom, istom mislećom stvari, u različitim vremenima i mjestima“ .(Locke 1690.)

Singer predlaže korištenje izraza *osoba* u smislu racionalnoga i samosvjesnoga bića kako bi se obuhvatili oni elementi značenja izraza *ljudsko biće* koje „pripadnik vrste *homo sapiens*“ ne pokriva. U grčkim ili rimskim vremenima pripadnost vrsti *homo sapiens* nije bila dovoljna da bi zajamčila zaštitu nečijega života. Nije bilo poštovanja života robova ili drugih „barbara“, a deformiranu novorođenčad su ubijali. U to se doba vjerovalo kako je nesretno započet život bolje okončati nego ga pokušavati produžiti. Sadašnji stavovi potječu iz kršćanstva. Singer misli da ta učenja danas nisu općeprihvaćena, ali se njima potaknut etički

stav uklapa u ukorijenjeno vjerovanje posebne povlastice naše vrste. Smatra da je vrijeme ponovno propitati vjerovanje o svetosti života pripadnika naše vrste.(Singer 2003.) Svetost ljudskoga života s tvrdnjom da postoji posebna vrijednost u životu pripadnika ljudske vrste ne može se obraniti, a druga tvrdnja, da postoji posebna vrijednost u životu osobe, ima uvjet da je ta osoba svjesna sebe kao zasebnoga entiteta s prošlošću i budućnošću, zaključuje Singer.

Zaključci vrijednosti života osobe se, prema Singeru, temelje na postojanju četiriju mogućih razloga za gledište da život osobe ima neku posebnu vrijednost, koja je iznad života bića koje je tek osjećajuće, a to su ujedno i izvori za njegove argumente:

1. briga klasičnoga utilitarista za učinke ubijanja na druge
2. briga utilitarista preferencija za razočaranje žrtvinih želja i planova za budućnost
3. argument da je sposobnost poimanja sebe kao postojećega u vremenu nužni uvjet prava na život
4. poštovanje autonomije.(Singer 2003.)

U istoj knjizi *Praktična etika*, u sedmome poglavlju pod nazivom *Oduzimanje života: ljudi*, Singer logički i precizno prikazuje izvedene argumente za eutanaziju, koje svakako potkrepljuje i primjerima iz prakse.(Singer 2003.) Pomoć oko okončanja života ljudi koji ju mole od liječnika još uvijek u većini zemalja rezultira zakonskom optužbom za ubojstvo. Singer tako daje svoje viđenje za opravdavanje dobrovoljne eutanazije, a zagovornici dobrovoljne eutanazije predlažu promjenu toga zakona tako da liječnik može zakonski postupati prema pacijentovoj želji da umre bez daljnje patnje. Liječnici u Nizozemskoj mogu ovo činiti sasvim otvoreno ako se pridržavaju određenih uvjeta, što je rezultat niza sudskih odluka još tijekom osamdesetih godina dvadesetoga stoljeća. U Njemačkoj liječnici smiju pacijenta opskrbiti sredstvom za okončanje njegova života, ali mu sredstvo ne smiju sami dati.(Singer 2003.)

U nastavku slijede prigovori za dobrovoljnu eutanaziju na koje filozof P. Singer odgovara svojim argumentima prema filozofiji utilitarizma i načelu korisnosti.

### *2.4.1. Klasični utilitarizam i argument iz brige klasičnoga utilitarista*

Osnivač utilitarizma Jeremy Bentham i njegovi sljedbenici, filozofi John Stuart Mill i Henry Sidgwick prosuđuju djelovanje prema svojoj tendenciji da povećaju ugodu ili sreću i smanje bol ili nesreću. Klasični utilitarist zabranu ubijanja osoba brani na osnovi da će to povećati sreću ljudi koji bi inače brinuli da bi mogli biti ubijeni. Ako je biće nesposobno pojmiti sebe kao postojeće u vremenu, ne mora se uzeti kao mogućnost da će ono brinuti o izgledima

skraćivanja njegova budućega postojanja. Ono o tome ne može brinuti jer nema nikakvo poimanje vlastite budućnosti. Kada bi za ubijanje takve osobe, koja nije svjesna sebe, doznale druge osobe, one bi prema vlastitoj procjeni mogle misliti krivo da bi ove možda poživjele do zrele dobi ili se počinju bojati da će biti ubijene.(Singer 2003.)

Prema R. M. Hare, moralno razmišljanje bi bilo na dvjema razinama: *intuitivno* i *kritičko*.(Hare 1981.) U stvarnome se životu obično ne mogu predvidjeti sve složenosti vlastitih odluka. Hare predlaže da za svakodnevni etički život trebaju prihvatiti neka široka etička načela i ne odstupati od njih. U ta bi načela trebala biti uključena ona za koja je tijekom stoljeća iskustvo pokazalo da općenito vode stvaranju najboljih posljedica, a prema Hareovu shvaćanju, to bi uključivalo mnoga standardna moralna načela, primjerice: govorenje istine, držanje obećanja, neozljeđivanje drugih i tako dalje. Poštovanje života ljudi koji žele nastaviti živjeti vjerojatno bi bilo među tim načelima. Ljudima će u cjelini biti bolje ako se pridržavaju načela nego ako ih se ne pridržavaju. Klasični utilitarist na kritičkoj razini mora dopustiti mogućnost slučajeva u kojima bi bilo bolje ne poštovati želju osobe da nastavi živjeti jer bi se osobu moglo ubiti u potpunoj tajnosti, čime bi se mogao spriječiti velik dio neublažene patnje. Ovoj vrsti razmišljanja nema mjesta na intuitivnoj razini koja bi trebala voditi naše svakodnevne postupke. Singer smatra da je to srž onoga što bi klasični utilitarist rekao o razlici ubijanja osobe i ubijanja nekoga drugog tipa bića i odnosi se na učinke ubijanja na druge ljude. Prema klasičnoj utilitarističkoj tvrdnji, ubijanje samosvjesnih bića jer su ona sposobna za strah pred vlastitom smrću ima loše učinke na druge.

Prigovor: Dobrovoljna eutanazija ima loše učinke na druge ljude.

Odgovor: Klasični utilitaristički prigovor ne vrijedi za ubijanje koje se događa isključivo uz iskreni pristanak ubijene osobe. Ubijanje ljudi u ovim okolnostima ne bi imalo tendenciju širenja straha ili nesigurnosti zato što se netko ne treba bojati da će biti ubijen uz njegov iskreni pristanak. Ako netko ne želi biti ubijen, jednostavno neće pristati. Ustvari, argument iz straha ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji jer ako dobrovoljna eutanazija nije dopuštena, mogao bi postojati strah – s dobrim razlogom – da će nečije umiranje biti nepotrebno produženo i mučno. U Nizozemskoj se u jednome proučavanju na području cijele zemlje ustanovilo da „mnogi pacijenti žele jamstvo da će im njihov liječnik pomoći umrijeti ako patnja postane nepodnošljiva.(Singer 2003.) Nakon dobivanja toga jamstva, često uopće nije slijedilo uporno traženje eutanazije. Dostupnost eutanazije donijela je osjećaj olakšanja, a da se samu eutanaziju nije moralo obaviti.(Singer 2003.)

*2.4.2. Utilitarizam preferencija i argument iz utilitarizma preferencije*

Do utilitarizama preferencije dolazi se univerzalizacijom vlastitih interesa ako se napravi prihvatljiv korak da se kao interese osobe shvate one koje, uzevši sve u obzir i razmislivši o svim relevantnim činjenicama, osoba preferira. Prema utilitarizmu preferencija, djelovanje suprotno preferenciji bilo kojega bića, osim ako tu preferenciju ne prevagnu suprotne preferencije, jest pogrešno. Uz iste uvjete, ubijanje osobe koja preferira nastaviti živjeti je pogrešno.(Singer 2003.) Irelevantno je što nakon toga čina nema žrtava koje bi jadikovale nad činjenicom nepoštovanja njihovih preferencija; njima je učinjeno zlo kada je osujećena preferencija. Načelo jednakoga uvažavanja interesa je načelo u smislu da ono ne propisuje jednak postupak. Na primjer, kada u slučaju dviju osoba i dviju injekcija morfija, jedna osoba ima zgnječenu nogu uz prisutnu bol, a druga samo posjekotinu bez boli, jednako bi uvažavanje interesa bilo da obje injekcije morfija dobije osoba sa zgnječenom nogom i puno jačom boli. Načelo podrazumijeva da vlastiti interesi, jednostavno zato što su vlastiti, ne mogu vrijediti više od interesa drugih. Od klasičnoga se utilitarizma načelo jednakoga uvažavanja interesa razlikuje po tome što „najbolje posljedice“ uzima u značenju da kada se sve uzme u obzir, promiče interese onih koji su pogođeni, umjesto u običnome značenju, što povećava ugodu i umanjuje bol.(Singer 2003.) Peter Singer poput nepristrana ili idealna promatrača želi univerzalni sud, što znači da uzima ulogu sudca, liječnika odnosno terapeuta koji nije upleten u odnose djelovanja. Drugim riječima, ljudi svojom slobodnom voljom trebaju raditi ono što im najviše odgovara.(Koprek 2000.) Shvaćanje slobodne volje kao mogućnosti izbora uvriježeno je i u svakodnevnome govoru i u filozofijskoj tradiciji. Još je i Aristotel u *Nikomahovoj etici* tvrdio da su voljni postupci oni koje možemo učiniti ili ne učiniti.(Aristotel 1988.) Pa, što izabrati? Niz je autora u povijesti filozofije slobodu volje shvaćao kao mogućnost izbora. Svi suvremeni libertarijanci smatraju da se sloboda volje svodi na mogućnost izbora, to jest na sposobnost da se napravi drugačije. Unutarnja borba između dobra i zla grafički se prikazuje kao mali vrag s jedne strane glave i mali anđeo s druge; svaki od ove dvojice nagovara donositelja odluke da napravi ono na što ga on nagovara i da zanemari ono što mu govori onaj drugi. Jasno, mali anđeo i mali vrag personifikacija su razloga koje važe donositelj odluke. Donositelj odluke može poslušati jednoga, a može poslušati i drugoga, izbor je na čovjeku koji donosi odluku.(Berčić 2012.) Sloboda izbora za Singera preferira izabrati ono što je najbolja posljedica za sve sudionike.

Danas u sekularnome društvu sve što ima religijsko utemeljenje, kao svetost ljudskoga života, našlo se na udaru kritike. Predlaže se birati kvaliteta života između imati život (eng. –

*having a life*) ili imati život vrijedan truda (eng. – *having a wortwhile life*).(Paterson 2008.) Singer je protiv svake teističke etike gdje je neko djelovanje dobro kada je kao dobro priznato od Boga. U moralnim odlukama on se oslanja samo na um.(Koprek 2000.) Utilitarizam preferencija pruža izravan razlog za neubijanje osobe, a nekima bi se taj razlog mogao učiniti nedovoljno strogim. Čak i za utilitarizam preferencija, zlo učinjeno ubijenoj osobi samo je jedan od čimbenika koji se mora uzeti u obzir, a preferencije žrtve ponekad bi mogle prevagnuti nad preferencijama drugih. Neki kažu da je zabrana ubijanja ljudi „apsolutnija" nego što to implicira ova vrsta utilitarističkoga izračunavanja. Ljudi osjećaju da su njihovi životi stvari na koje imaju pravo, a prava se ne smiju ustupati zbog preferencija ili ugoda drugih.(Singer 2003.)

Pogrešno je ubiti osobu koja preferira nastaviti živjeti, njoj bi bilo učinjeno zlo jer joj je osujećena preferencija. Kalkulacija utilitarista preferencija je jasna jer se prema njoj osujećenje žrtvine želje za nastavkom života računa kao važan razlog protiv ubijanja.

Prigovor: Ubijanje osobe koja preferira živjeti je pogrešno.
Odgovor: Utilitarizam preferencija također ide u prilog, a ne protiv dobrovoljnoj eutanaziji. Kao što želju za nastavkom života mora računati kao razlog protiv ubijanja, utilitarist preferencija jednako tako želju za smrću mora računati kao razlog za ubijanje.

### *2.4.3. Pravo na život i argument koji proizlazi iz toga izvora*

Ako je pravo na život pravo da se nastavi postojati kao zasebni entitet, onda je želja relevantna za posjedovanje prava na život želja da se nastavi postojati kao zasebni entitet. Ali tu želju može imati samo biće sposobno za poimanje sebe kao zasebnoga entiteta koji postoji u vremenu, to jest kao osobe. Novorođenče nije svjesno sebe i nastojanje da se unaprijed konstruira njegov život je pogreška jer ono nema nikakav pojam da će to postojanje nastaviti. Singer tu tvrdi da se ne sjeća kada je bio novorođenče.(Singer 2003.) Samo, on zaobilazi deontološko pravo da je novorođenče u mogućnosti razviti se u osobu koja je trajno svjesna sebe u vremenu i prostoru. Osim toga, njega ne bi bilo da se njegovi roditelji nisu sreli i stvorili embrio iz kojega je on nastao i danas živi. Singer, međutim, jasno tvrdi da stvaranje embrija nije u interesu svakoga potencijalnog bića. Da ga je pogazio vlak, to ne bi bilo protivno njegovim interesima. Slično tomu, ako osoba tijekom života izgubi sposobnost vrednovanja vlastite egzistencije, ona time prestaje biti osoba, biće koje više nije „vrijednost po sebi".(Singer 2003.) Prema tome, samo osoba, koja ima pojam o trajnome postojanju, može imati pravo na

život – Singer se poziva na suvremenoga američkog filozofa Michaela Tooleya s kojim se slaže.(Tooley 1981.) To znači da ako osoba spava ili je u kratkoj nesvijesti i trenutno nije svjesna situacije, jasno je da je i dalje njezin interes nastavak života jer je njezina svijest samo privremeno nestala.

Prema teoriji prava, da bi se imalo neko pravo, mora postojati sposobnost želje za tim na što se ima pravo. Stoga, da bi se imalo pravo na život, mora se moći željeti vlastito nastavljeno postojanje.

Prigovor: Pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe.
Odgovor: Samosvjesna osoba može se odreći prava na život. Nadalje, prema razmotrenoj teoriji prava, bitno obilježje prava je da je moguće odreći se vlastitih prava ako za tim postoji želja. „Ja mogu imati pravo na privatnost; ali ja mogu, ako želim, snimati svaku pojedinost svoga svakodnevnog života i pozivati susjede na svoje kućne filmove. Susjedi koji su dovoljno radoznali da prihvate moj poziv mogu to učiniti bez kršenja moga prava na privatnost, budući da sam se u ovom slučaju prava odrekao. Slično tome, tvrditi da imam pravo na život ne znači tvrditi kako bi bilo pogrešno da moja liječnica okonča moj život ako to učini na moj zahtjev. Zahtijevajući to, odričem se prava na život.“(Singer 2003.)

### *2.4.4. Ljudi i poštovanje autonomije te argument koji proizlazi iz toga izvora*

Poštovanje autonomije je osnovno moralno načelo koje se kao etičko mišljenje povezuje s Kantom iako uključuje i mnoge suvremene autore koji nisu kantovci. Pod *autonomijom* se misli na sposobnost biranja i donošenja vlastitih odluka te djelovanja prema njima. Prema svemu sudeći, racionalna i samosvjesna bića imaju tu sposobnost, a bića koja ne mogu razmotriti alternative što im se otvaraju nisu sposobna za biranje u traženome smislu i stoga ne mogu biti autonomna. Samo biće koje može shvatiti razliku između umiranja i nastavljanja života može autonomno izabrati živjeti.(Singer 2003.)

„Premda bi na razini kritičkog rasuđivanja klasični utilitarist prihvatio samo prvi razlog, a utilitarist preferencija samo prva dva razloga, na intuitivnoj bi razini obje vrste utilitarista vjerojatno također zastupali poštivanje autonomije. Razlikovanje između kritičke i intuitivne razine tako, na razini svakodnevnog moralnog odlučivanja, vodi k većem stupnju podudaranja između utilitarista i onih koji zastupaju druga moralna gledišta, nego što bismo to uvidjeli da smo u obzir uzeli samo kritičku razinu rasuđivanja.“(Singer 2003.)

Govoreći o svjesnome životu, postoje svjesna bića (životinje) koja osjećaju i sposobna su doživljavati ugodu i bol, ali nisu racionalna, samosvjesna i time nisu osobe. Ne može se reći da imaju puno pravo na život, ali ih je pogrešno ubiti tako da se ne može s preferencije prema ugodnome umjesto neugodnome životu automatski prijeći na preferenciju prema ugodnome životu umjesto nikakvome životu uopće. Ovaj pristup ima prednost zbog jednostavnosti i očite konzistentnosti, ali on zahtijeva da, u slučaju mogućnosti povećanja broja bića koja vode ugodne živote bez pogoršavanja stanja drugih, treba tomu i stremiti.

Singer smatra da nema ničega izravno pogrešna u začimanju djeteta koje će biti jadno, ali da bi se jednom kada takvo dijete postoji (i budući da njegov život ne može sadržavati ništa osim jada), trebalo smanjiti količinu boli u svijetu postupkom eutanazije. No za roditelje i ostale uključene eutanazija je proces mučniji od nezačimanja, zato postoji neizravan razlog za nezačimanje djeteta koje je osuđeno imati jadan život.(Singer 2003.)

Usmrćivanje osobe koja autonomno ne izabire umrijeti bilo bi najteže moguće kršenje autonomije te osobe. Singer smatra da je potrebno poštovanje autonomnih odluka racionalnih djelatnika. Ako se pretpostavi situacija u kojoj osoba koja pati od bolne i neizlječive bolesti želi umrijeti i ako ta jedinka ne bi bila osoba ni racionalna ni samosvjesna, eutanaziju bi se moglo opravdati. Načelo poštovanja autonomije govori da se racionalnim djelatnicima dopusti voditi živote prema vlastitim autonomnim odlukama, bez prisile ili upletanja; ali kada bi racionalni djelatnici autonomno odlučili umrijeti, tada će poštovanje autonomije voditi tomu da im se pomogne učiniti kako su odlučili.(Singer 2003.)

Prigovor: Prema načelu autonomije, potrebno je poštovati racionalnu osobu ako želi živjeti, ali onda isto tako i ako želi umrijeti.

Odgovor: Život s tjelesnim patnjama, koji nije ublažen nikakvim oblikom ugode ili minimalnom razinom samosvijesti, nije vrijedan življenja. Ako možemo postaviti kriterije za odlučivanje koga će se pustiti umrijeti, a koga će se liječiti, zašto bi onda bilo pogrešno postaviti kriterije, možda iste kriterije, za odlučivanje koga bi trebalo ubiti? Stoga, iako ima razloga za mišljenje da je ubijanje samosvjesnoga bića normalno, gore je od ubijanja bilo koje druge vrste bića. U posebnome slučaju dobrovoljne eutanazije većina tih razloga ide u prilog eutanaziji, a ne protiv nje.(Singer 2003.) Kolikogod ovaj ishod izgledao iznenađujući, on tek zrcali činjenicu da se posebnost samosvjesnih bića sastoji u tome da ona mogu znati kako postoje u vremenu te da će ako ne umru, nastaviti postojati. Obično se za tim nastavkom postojanja žarko žudi; međutim, kada je predvidivi nastavak postojanja zastrašujući umjesto žuđen, želja za smrću može zauzeti mjesto normalne želje za životom, pa se razlozi protiv ubijanja zasnovani na želji

za životom okreću. Tako je stav za dobrovoljnu eutanaziju uvjerljivo mnogo snažniji od stava za nedobrovoljnu eutanaziju.(Singer 2003.)

### *2.5. Uspoređivanje vrijednosti različitih života prema njihovu stupnju svjesnosti iz Singerove perspektive*

Protivnici legalizacije dobrovoljne eutanazije, prema Singeru, mogu priznati da se svi njegovi argumenti mogu razumjeti ako postoji istinski slobodna i racionalna odluka da se želi umrijeti. Ali što je s mogućim zlouporabama? Nikada se ne može biti siguran kako je zahtjev da se bude ubijen rezultat slobodne i racionalne odluke. Neće li bolesni i ostarjeli biti pod pritiskom njihove rodbine da brzo okončaju svoje živote? Neće li biti moguće počiniti pravo ubojstvo pretvarajući se da je osoba zatražila eutanaziju? No sve i ako nema opasnosti od kriva prikazivanja, može li netko bolestan, u bolovima i vjerojatno uma omamljena i zbunjena lijekovima donijeti racionalnu odluku o tome hoće li živjeti ili umrijeti?(Singer 2003.)

Za Singera takva pitanja izazivaju više tehničke poteškoće oko legalizacije dobrovoljne eutanazije nego prigovore etičkim načelima u podlozi. Samo, i te poteškoće su ipak ozbiljne poteškoće. U daljnjemu nastavku praktičnoga opravdanja svojih argumenata Singer se poziva na situaciju u Nizozemskoj gdje se dobrovoljna eutanazija uspješno provodi pod dobrom kontrolom državnoga aparata. „Naputci koje su razvili nizozemski sudovi nastojali su im izaći u susret predlažući da je eutanazija prihvatljiva samo pod sljedećim uvjetima:

• Izvodi ju liječnik.

• Pacijent je eutanaziju izričito zatražio, na način koji ne ostavlja nikakve sumnje u pacijentovu želju da umre.

• Pacijentova je odluka dobro informirana, slobodna i trajna.

• Pacijent je u neizlječivom stanju koje uzrokuje dugotrajnu tjelesnu i mentalnu patnju koja je pacijentu nepodnošljiva.

• Nema razumne alternative (razumne iz pacijentova motrišta) za ublažavanje pacijentove patnje.

• Liječnik se posavjetovao s drugim neovisnim stručnjakom koji se slaže s njegovim mišljenjem.“(Singer 2003.)

Eutanaziju u ovim okolnostima snažno podupire Kraljevsko liječničko udruženje Nizozemske i nizozemska javnost, što Singera dodatno osnažuje. On misli da navedeni naputci čine ubojstvo pod krinkom eutanazije prilično nevjerojatnim, a nema nikakvih dokaza o

povećanju stope ubojstava u Nizozemskoj.(Singer 2003.) Je li prosudba da je život normalna odrasloga pripadnika naše vrste vredniji od života normalna odrasloga miša specistička? Singer se oslanja na Johna Stuarta Milla, koji je pokušao braniti tu tezu u poznatom odlomku:(Mill 1960) *Malo bi ljudskih stvorenja pristalo da ih se promijeni u bilo koju od nižih životinja zbog obećanja najpotpunijeg omogućenja zvjerskih ugoda; nijedno inteligentno ljudsko biće ne bi pristalo biti budalom, nijedna učena osoba ne bi bila neznalica, nijedna osjećajna i savjesna osoba ne bi bila sebična i podla, čak i kada bi ih se uvjerilo da su budala, glupan ili lupež zadovoljniji svojim sudbinama negoli su oni svojima* [...] *Bolje je biti nezadovoljno ljudsko biće nego zadovoljna svinja; bolje je biti nezadovoljan Sokrat nego zadovoljna budala. Ako su pak budala, ili svinja, drukčijeg mišljenja, to je stoga što oni poznaju samo svoju vlastitu stranu pitanja. Drugi član usporedbe poznaje obje strane.*(Singer 2003.)

Millov je argument teško pomiriti s klasičnim utilitarizmom, nastavlja Singer, zato što se jednostavno ne čini točnim da inteligentnije biće nužno ima veću sposobnost za sreću; a čak i kada bi se prihvatilo da je ta sposobnost veća, Mill priznaje činjenicu da je ta sposobnost rjeđe ispunjena (budala je zadovoljna, a Sokrat nije), što bi svakako trebalo uzeti u obzir. Bi li utilitarist preferencija imao bolje izglede za obranu Millove prosudbe, ovisilo bi o tome kako se međusobno uspoređuju različite preferencije koje prate različite stupnjeve svjesnosti i samosvijesti. Ne čini se nemogućim pronaći načine stupnjevanja takvih različitih preferencija, ali na ovoj razini to pitanje ostaje otvoreno.(Singer 2003.) Po Singeru, „osobe“ nisu samo samosvjesni ljudi, već i majmuni, kitovi i dupini, psi i mačke, svinje i medvjedi. Međutim, embriji i novorođenčad, zatim teški komatozni bolesnici i bolesnici s mentalnim poteškoćama te dementni starci nemaju status osobe i isključeni su iz zabrane ubijanja.(Koprek 2000.)

Zaključno pitanje daljnjega života ili ubijanja takvih ljudi i bića, koji nisu osobe, ovisi o ekonomskome statusu, količini sreće ili nesreće, odnosno ugode ili neugode. Njihova opstojnost posljedično ovisi o percepciji tih osjećaja njihove rodbine i okolnoga društva u kojemu žive. Tu vrijedi etička maksima da se opreznim i brižnim mjerenjem nesretnosti takvoga bića opravdava njegovo ubijanje. Čak i ubijanje bića koja su sposobna za sreću i ugodu, misli Singer, nisu nepravda jer daju mjesto drugomu biću.(Koprek 2000.) Postoji mogućnost da se nesamosvjesno biće zamijeni drugim. Tako Singer nužno otvara vrata mogućnostima opravdanja dobrovoljne, ali i nedobrovoljne eutanazije, što je opasnost koju moćnici mogu iskoristiti „protiv života“.

### *2.6. Kritika Singerove etike kvalitete života*

Prema Singeru, duži život nije takvo vrhovno dobro da nadjačava sve ostale aspekte. „Naspram vrlo malom broju nepotrebnih smrti, što se mogu dogoditi ako se eutanazija legalizira, moramo postaviti vrlo veliku količinu boli i muke pod kojima će, ako se eutanazija ne legalizira, patiti pacijenti koji doista jesu smrtno bolesni.“(Singer 2003.) Vjerojatnost da bi dvoje liječnika moglo pogriješiti znači da osoba koja želi eutanaziju odlučuje važući vjerojatnosti i da se odriče vrlo mala izgleda za preživljavanje kako bi izbjegla patnju koja će gotovo sigurno završiti smrću. To može biti savršeno racionalan izbor. Vjerojatnost je voditeljica života, kao i smrti.

Iako je u svijetu naširoko prihvaćena sintagma „kvalitete života“, koja vrednuje objektivne pokazatelje (materijalni status kao imovina, financije) i subjektivne (doživljaj osobne vrijednosti, životno iskustvo), nema zajedničke suglasnosti, već je svaka kvaliteta za sebe, ovisno o autoru koji ju prezentira.(Marinić 2017.) Tako se može zaključiti da kada Singer kaže kako život nije neko vrhovno dobro, misli na osobu pojedinca, ali u kontekstu općega društva, to jest na kolektivnoj razini to ne drži vodu. U društvu postoje različiti sadržaji različitih životnih potreba, koji svaki na svoj način pridonose njihovu zadovoljenju i jedinstveni sud je nemoguć. U zdravstvenoj se skrbi uglavnom navodi četrnaest osnovnih ljudskih potreba Virginije Henderson, koje također imaju svoj prioritet, ovisno o različitostima simptoma bolesti.(Henderson 1996.)

#### *2.6.1. Autoričino kritičko vrednovanje jačih strana Singerovih stavova*

Na jaču stranu naginju već prije navedene utilitarističke teze, koje Singer navodi, da život osobe ima posebnu vrijednost koju prikazuje iz četiriju aspekata:

1) *Briga klasičnoga utilitarista* – za učinke ubijanja na druge ljude. Ubijanje neke osobe potaknulo bi strah kod drugih osoba da će biti ubijene.
2) *Utilitarizam preferencija* – pogrešno je ubiti osobu koja preferira nastaviti živjeti, njoj bi bilo učinjeno zlo jer joj je osujećena preferencija.
3) *Pravo na život* – ima samo biće sposobno za poimanje sebe kao zasebnoga entiteta koji postoji u vremenu, a to je osoba.
4) *Poštovanje autonomije* – usmrćivanje osobe koja autonomno izabire umrijeti bilo bi najteže moguće kršenje autonomije te osobe.

Singer priznaje da Elisabeth Kübler-Ross, čija knjiga *On Death and Dying* (*Razgovori s umirućima*) predstavlja vjerojatno najpoznatiju knjigu o njezi umirućih, tvrdi kako nijedan od njezinih pacijenata nije zatražio eutanaziju. Pruži li im se osobna pažnja i odgovarajući lijekovi, kaže ona, ljudi prihvate svoju smrt i umru mirno, bez boli.(Singer 2003.) Problem je što, nažalost, samo mali broj umirućih pacijenata dobiva takvu vrstu njege. Bol nije jedini problem; postoje i druge teške okolnosti poput krhkih kostiju koje same pucaju pri naglim pokretima, mučnine i povraćanja, polagana umiranja od gladi zbog širenja raka, nemogućnosti kontrole mokraćnoga mjehura ili crijeva, poteškoća s disanjem i mnoge druge okolnosti gdje pacijent gubi svoju samostalnost i samopoštovanje.

*Dr. Timothy Quill, liječnik iz Rochestera (New York) opisao je kako je Diane, pacijentici s teškim oblikom leukemije propisao barbituratske tablete za spavanje, znajući da ona želi tablete kako bi mogla okončati svoj život. Za Diane je bilo izuzetno važno da u vremenu što joj je preostalo zadrži kontrolu nad samom sobom i vlastitim dostojanstvom. Ona je očito željela umrijeti kada to više ne bude moguće. Kao bivši ravnatelj hospicija znam kako se koriste lijekovi za bol da bi se pacijentima pružilo udobnost i umanjilo patnju. U našim razgovorima postalo je jasno da bi se obuzetost strahom od dugotrajnog umiranja kosila s Dianeinim nastojanjem da što bolje iskoristi preostalo vrijeme dok ne bi pronašla siguran način koji će joj donijeti smrt.*(Singer 2003.)

Singer tvrdi da je krajnje paternalistički umirućim pacijentima reći kako se nalaze pod toliko dobrom njegom da im ne treba nuditi eutanaziju. Isto tako, on misli kako treba legalizirati eutanaziju i pustiti pacijente neka odluče je li njihova situacija podnošljiva, što bi bilo u skladu s poštovanjem slobode pojedinca i autonomije. Navodi primjer kako je sprečavanje ljudi da postani ovisnici o heroinu oblik paternalizma koji se može opravdati, pa zašto to onda nije i sprečavanje ljudi da se ubiju. Zabrana dobrovoljne eutanazije ne može se opravdati na paternalističkim osnovama jer je dobrovoljna eutanazija čin za koji postoje dobri razlozi. Dobrovoljna se eutanazija događa samo kada osoba, prema najboljim medicinskim spoznajama, pati od neizlječiva i bolna ili izuzetno mučna stanja. U tim okolnostima ne može se reći kako je odluka o brzome umiranju očito iracionalna.(Singer 2003.)

Dr. Everett Koop, američki ministar zdravstva, je 1982. godine spomenuo situacije u kojima liječenje radi održavanja života ne bi bilo primjereno:

- anencefalična novorođenčad (novorođenčad rođena bez mozga)
- novorođenčad koja je, obično zbog ekstremno ranog rođenja, imala toliko teško krvarenje u mozgu da nikada ne bi mogla disati bez respiratora i nikada ne bi mogla čak niti prepoznati drugu osobu

- novorođenčad kojoj nedostaje veći dio probavnoga trakta i mogla bi se održati na životu samo pomoću infuzije koja bi davala hranu izravno u krvotok
- novorođenčad s rascijepljenom kralježnicom (*spina bifida*)
- novorođenčad s Downovim sindromom i drugim komplikacijama.(Singer 2003.)

### *2.6.2. Autoričino kritičko vrednovanje slabih strana Singerovih stavova*

Slaboj strani pripada teza da neka ljudska bića nisu osobe jer nemaju racionalnost i samosvijest, ali istovremeno i da neke životinje jesu osobe.(Koprek 1999.) Takva teza nije održiva zato što osoba koja spava ili osoba koja je u nesvijesti također nije svjesna sebe, što ne znači da to neće postati nakon što se probudi ili vrati k svijesti. S druge strane, nije moguće da životinje postanu osobe jer nemaju sposobnost upravo te samosvijesti i ne mogu reflektirati o sebi.

Od dodavanja velike važnosti razumu, Singer u drugi plan stavlja ljudske osjećaje. Čovjek se razlikuje od svih drugih živih bića po tome što može dati smisao svojoj patnji. Upravo ta spoznaja njegovu filozofiju čini jednostranom i iskrivljenom.

Singer smatra da konvencionalno prihvaćeno načelo svetosti ljudskoga života nije održivo i da se moralna pravila koja zabranjuju ubijanje, ali prihvaćaju „prepuštanje umiranju“ također ne mogu uzeti zdravo za gotovo, odnosno zaključuje da između ubijanja i prepuštanja umiranju nema nikakve intrinzične moralne razlike. Dopuštanje umiranja, što se ponekad naziva „pasivna eutanazija“, u određenim je slučajevima već prihvaćeno kao human i pravilan način djelovanja, a ako između ubijanja i prepuštanja umiranju nema intrinzične moralne razlike, aktivnu bi se eutanaziju u određenim okolnostima također trebalo prihvatiti kao humanu i pravilnu. Zbog ekstrinzičnih razlika, posebice razlika u vremenu potrebnom da nastupi smrt, aktivna bi eutanazija mogla biti jedini human i pravilan način djelovanja zato što pasivna eutanazija može biti polagan proces. Pripadnost vrsti *homo sapiens* ne daje biću pravo na postupanje koje je bolje od postupanja s bićem slične mentalne razine, a pripadniku druge vrste.(Koprek 1999.) Specijesizam je, prema Singeru, svojevrsni rasizam „životinjske vrste čovjeka“.(Singer 2003.) Ta teza ističe egocentrizam, reducira cjelovitost osobe, povodi se metodom „zlostavljani zlostavlja“ i prikazuje iskrivljeni oblik humanizma. Singer smatra kako život pripadnika vrste *homo sapiens* nije uopće vredniji od života životinja s istim sposobnostima.(Singer 2003.) U ubojstvu neracionalnih i nesamosvjesnih bića zapravo nema

nekih velikih etičkih dilema, odnosno takvo je ubojstvo po njemu moguće opravdati valjanim razlozima.

Kulturu smrti nije moguće nikako opravdati jer ne prepoznaje dostojanstvo ljudske osobe, ne priznaje razloge ljudskoga srca, a ubijanje nedužnih smatra pozitivnim za napredak ljudskoga društva.

Uz argumente za dobrovoljnu eutanaziju vodećega zagovornika filozofije utilitarizma P. Singera koji su do sada prikazani, slijedi prikaz još dvaju značajnih pobornika eutanazije, koji su vjetar u leđa prije i poslije njega, i javno utječu na stavove mnogih. Njihovi uvjeti, prigovori i odgovori imaju za cilj iz svih aspekata potaknuti osobna kritička mišljenja i vlastite refleksije o toj teškoj temi. Naravno, ne mogu očekivati neku homogenu percepciju, a još manje konačne stavove.

### *2.6.3. Philippa Foot kao zagovornica dobrovoljne eutanazije koja prejudicira Singerove postavke*

Philippa Foot bila je među pionirima u pisanju o pitanjima iz primijenjene etike, stavovima prema pobačaju i eutanaziji.(Hacker-Wright 2018.) Smatra da je milosrđe i pomaganje drugima poželjno, ali se ne može učiniti na štetu kršenja prava na neuplitanje ili negativnih prava. Prema njezinim utilitarističkim postavkama, može se reći da ona prejudicira Singerove postavke. Philippa Foot je rođena kao Philippa Judith Bosanquet 1920. u Owston Ferryju, Lincolnshire, a odrasla je u Kirkleathamu, u North Yorkshireu u Engleskoj. Njezina majka Esther bila je kći američkoga predsjednika Grovera Clevelanda. Njezin otac William bio je industrijalac. Foot nije imala formalno obrazovanje kao dijete; u mladosti ju je odgajala guvernanta. Unatoč tomu siromašnom dječjem obrazovanju, Foot je uspjela studirati na Oxfordu putem dopisnoga tečaja na latinskome i raditi s oxfordskim profesorima. Footin najstariji učitelj filozofije u Somervilleu bio je Donald MacKinnon, filozof i teolog koji je bio zainteresiran za Plotina, Kanta i Hegela. Elizabeth Anscombe, Mary Midgley, Iris Murdoch, od kojih su svi imali karijeru u filozofiji, također su tada bili u Somervilleu. Foot je zaradila BLitt od Somervillea za svoje istraživanje o Kantu u 1942., a zatim je radila u Londonu ostatak rata. Foot je zaslužna za uvod u analitičku filozofiju Anscombe, koja je uvela Foot u stil filozofije koju je Anscombe pokupila od Wittgensteina. U SAD-u je održala predavanja na sveučilištima u Kaliforniji, Los Angelesu i Berkeleyju, Washingtonu, Princetonu, Stanfordu i Gradskom sveučilištu New York. Godine 1976. zauzela je stalno radno mjesto na kalifornijskome

sveučilištu u Los Angelesu gdje je 1991. otišla u mirovinu, a zatim se vratila u Oxford gdje je završila monografiju Natural Goodness. Njezin posljednji filozofijski članak pojavio se 2004. godine, a ona je umrla na svoj devedeseti rođendan 3. listopada 2010. Ponekad se misli da je Foot bila jedan od osnivača Oxfama, ali, zapravo, prvi zapisi o njezinu sudjelovanju datiraju iz 1948., šest godina nakon osnivanja oxfordskoga odbora za pomoć gladnima. U Oxfam je ostala uključena tijekom svog života. (Hursthouse 2016.)

Philippa Foot je napisala niz članaka, od kojih je većina sakupljena u dva toma i jednu monografiju o moralnoj filozofiji. U člancima su obrađivana pitanja metaetike, moralne psihologije i primijenjene etike. Širom svijeta, a posebice studentima filozofije, ona je najpoznatija po misaonome eksperimentu *The Trolley Problem* – problem s vagonom koji juri tračnicama.(Crockett 2016.) Misaoni eksperiment otvara pitanje: zašto je dopušteno upravljati skretnicom vagona koji je usmjeren na pet osoba ili prema jednoj osobi? Sukladno tomu eksperimentu, ona suprotstavlja deontološke i utilitarističke principe. Prema deontologiji, čini se nedopustivo ubiti jednoga zdravog čovjeka kako bi se koristili njegovi organi i kako bi spasilo pet ljudi koji bi inače umrli. Prema utilitarizmu, moguće je spasiti petero ljudi, ali uza žrtvovanje jednoga čovjeka. Što je ispravno učiniti?(Hacker-Wright 2018.) Foot kaže: „u onoj mjeri u kojoj je čovjekova ljubav ograničena samo njegovom pravdom [...] on nije ništa manje nego savršen u ljubavi.“(Hacker-Wright 2018.) Ali što pravda zahtijeva? Za nju, odgovor na ovo pitanje ovisi o utvrđivanju opsega naših moralnih prava. O tim pravima je promišljala različitim misaonim eksperimentima, od kojih su neki postali vrlo popularni. Najimpresivniji njezin članak o primijenjenoj etici je *Eutanazija*.(Hacker-Wright 2018.) Tu definira eutanaziju kao ubojstvo koje je za dobrobit dotičnoga pojedinca i postavlja pitanje može li takav čin ikada biti dopušten. Središnje je pitanje: može li ikada biti dobro za pojedinca da bude lišen života?

Stoga je jedan od glavnih njezinih zadataka odrediti koji i kakav je to dobar život za osobu. Ona odbacuje usko hedonističko stajalište da je vrijednost života određena ravnotežom užitka i boli. Prema njezinu mišljenju, život je često još uvijek dobar za nekoga tko pati i koji će vjerojatno u takvome stanju i ostati. Ipak, ona čak tvrdi da samo življenje bez patnje nije dobro.(Hacker-Wright 2018.) Ono što je vrijedno, po njezinu mišljenju, običan je ljudski život koji sadrži barem minimum „osnovnih ljudskih dobara.“ Takav život uključuje: da čovjek nije udaljen od posla daleko izvan njegovih mogućnosti; da ima podršku obitelji ili zajednice; da može manje ili više zadovoljiti svoju glad; da ima nade za budućnost; da može leći na počinak. U nedostatku takvih minimalnih dobara, ona tvrdi da život nije dobar za osobu. Pitanje dopuštenosti eutanazije za Foot, dakle, prelazi na pitanja o pravdi i ljubavi.(Hacker-

Wright 2018.) Prema njezinu mišljenju, čak i kada se čini kako je bolje da netko ne preživi, moramo poštovati prava te osobe, pa tako, po njoj, prisilna aktivna eutanazija nikada ne može biti dopuštena.

S druge strane, pravo na pomoć u oživljavanju poziva na dobročinstvo drugih, a ne na pravdu, osim u slučaju liječnika koji ima dužnost pomoći održavati život. Čak i u slučaju liječnika, gdje je pomoć stvar pravde, tvrdnja o toj pomoći ograničena je tvrdnjama drugih, kao i poštovanjem dobrobiti. Tu se Foot poziva na utilitarističke principe. Prema tome, može se doći do točke u kojoj takva „pomoć", koju liječnik može ponuditi kako bi produžio život pacijenta, zapravo ne daje nikakvu korist, a u takvome se slučaju liječnik ne protivi pravdi ili milosrđu ako uskrati liječenje.

Kako Foot ističe, takvi slučajevi pasivne eutanazije već se uvelike primjenjuju.(Hacker-Wright 2018.) Međutim, ona tvrdi kako bi moglo biti opravdano ne produžiti život nekomu tko želi živjeti dajući primjer umirućega vojnika, čiji se život može produljiti određenim lijekom, ali koji bi se time suočio sa smrću od gladi. Prema njoj, u takvome je slučaju dopuštena nedobrovoljna pasivna eutanazija. Naravno, slijedi ključno pitanje: je li dopuštena dobrovoljna aktivna eutanazija? Ona odbacuje tvrdnju Jamesa Rachelsa da ako se dopusti pasivna eutanazija, onda je jedini dosljedan položaj omogućiti aktivnu eutanaziju u sličnim okolnostima jer je „humanija" nego pasivna eutanazija.(Rachels 1975.) Foot analogijom tvrdi da bi moglo biti „humanije" oduzimati nekome imovinu koja mu donosi zlo, ali bi unatoč tomu, to bilo protivno pravdi.(Hacker-Wright 2018.)

S druge strane, netko može dati dopuštenje za uništenje svoje imovine, a kako Foot zaključuje – ako vam netko dopusti da uništite njegovu imovinu, više se ne može reći da nemate pravo na to i ne vidi zašto to ne bi trebalo biti isto s uzimanjem čovjekova života.(Hacker-Wright 2018.) Ipak, priznaje da moralno pitanje nije u potpunosti riješeno pitanjem prava tako da iz toga ne proizlazi da ne postoji moralni prigovor kako se ipak nešto čini jer to ne bi uključivalo kršenje prava. To je onda pitanje bi li za osobu bilo dobro da umre i, stoga, bi li to bilo suprotno ljubavi.(Foot 1977.) Time se isključuju slučajevi u kojima smrt želi netko tko se suočava sa životom gdje je ovisan o drugima i zabrinut je da će im biti na teret. U takvim okolnostima, dok su ostale stvari jednake, smrt ne bi bila za dobrobit osobe. Foot je također zabrinuta zbog prakse eutanazije uslijed koje se ne ustručava sugerirati da praksa treba biti ipak šire legalizirana.(Hacker-Wright 2018.)

### *2.6.4. Robert Young i njegovo ispitivanje moralne opravdanosti eutanazije*

Robert Young navodi pet argumenata koji su potrebni da bi netko mogao biti kandidat za legaliziranu dobrovoljnu eutanaziju ili samoubojstvo uz pomoć liječnika kojima je P. Singer dao vjetar u leđa.(Young 2020.) Pogled ide iz moralnoga kuta onih koji su pobornici dobrovoljne eutanazije i raspravlja o pet najvažnijih prigovora onih koji poriču da je dobrovoljna eutanazija moralno dopuštena i koji se, kao posljedica toga, protive legalizaciji. Osoba koja izvrši čin eutanazije uzrokuje smrt druge osobe jer vjeruje da je sadašnje stanje toliko loše da bi bilo bolje da je mrtva ili vjeruje da će taj život uskoro postati toliko loš da bi joj bilo bolje da bude mrtva. Osoba koja obavlja čin eutanazije vjeruje kako njezin motiv koristi onomu za čiju smrt je donesena odluka da se izvrši.(Nobis n.d.) Želi se naglasiti motiv za dobrobit osobe koja je umrla jer je blagostanje ključna vrijednost u odnosu na moralnost eutanazije.

Obrana tvrdnje da je za nekoga bolje biti mrtav predmet je opsežna filozofskoga promišljanja i u suprotnosti je s nastojanjima ovoga rada, koji taj boljitak ne smatra nekom trajnom odlukom, čak i teško bolesne i umiruće osobe. Neke osobe tvrde da je za nekoga bolja smrt i vjeruju da je to istina jer život za tu osobu nema nikakvu pozitivnu vrijednost.(Young 2020.) Drugi smatraju kako je nečiji život nepovrediv i poriču kako za osobu može biti bolje da je mrtva.(Young 2020.) Ovu drugu opciju inspirirao je Kant i iza njega Vellman, čiji će argumenti biti prikazani u raspravi. Oni smatraju da dobrobit osobe može biti važna samo ako je intrinzične vrijednosti i da je nedopustivo kršiti nečiju racionalnu prirodu radi njezine dobrobiti. Oni misle da je nedopustivo nekomu pomagati umrijeti iako iznimka može biti jako loše stanje organizma i izgubljena racionalnost. Međutim, malo je vjerojatno da će bilo tko u tome položaju moći zatražiti pomoć pri usmrćivanju. Taj stav je u suprotnosti s pravom kompetentna i svjesna pacijenta da odbije liječenje koje mu produljuje život jer smatra da takav život više nema nikakvu vrijednost. S druge je strane jasno da daljnje liječenje neće popraviti zdravstvenu situaciju.(Young 2007.; 2017.; 2020.)

Zagovornici dobrovoljne eutanazije tvrde da je druga ključna postavka kompetentnost osobe koja traži pomoć pri umiranju. Tu se isključuje mogućnost nedobrovoljne eutanazije – kod tvrdnje da bi dopuštanje dobrovoljne eutanazije preko skliske padine omogućilo i nedobrovoljnu eutanaziju. Smjernice su uspostavljene nakon niza sudskih slučajeva u Nizozemskoj 1970./1980., te se dopustilo liječnicima da dobrovoljnu eutanaziju prakticiraju u onim slučajevima kada je kompetentni pacijent dao dobrovoljni i informirani zahtjev da mu se pomogne umrijeti i kada bi pacijentove patnje bile nepodnošljive. Svakako, dopuštenje je

izdano uz liječničku procjenu dijagnoze i prognoze te konzultacije s drugim liječnikom. Nizozemska je u studenome 2000. godine donijela zakone za legalizaciju dobrovoljne eutanazije. Zakonodavstvo je prošlo kroza sve parlamentarne faze početkom 2001., a belgijski parlament usvojio je slične zakone 2002. godine, iza toga i Luksemburg 2009. godine.(Young 2020.; Lewis 2007.)

Uz prethodno prikazanu povijesnu pozadinu, potrebno je iznijeti i relevantne uvjete za pravno dopuštenu dobrovoljnu medicinski potpomognutu smrt. Razmatranje uvjeta koji slijede, prema Youngu, uspostavit će okvir za moralno ispitivanje opravdanosti eutanazije (kao neki test), a sljedeće su stavove iznijeli oni koji žele da se dobrovoljna eutanazija i samoubojstvo uz pomoć liječnika zakonski dopusti. Young nakon toga razmatra i prigovore onih koji se protive legalizaciji dobrovoljne eutanazije i samoubojstva uz pomoć liječnika, što podržava i autorica ovoga rada. Znači, stavljamo uvjete za dobrovoljnu eutanaziju na vagu, naspram prigovorima, a tek će se u drugome dijelu rada, nakon rezultata istraživanja i stavova autoriteta protiv nje, suptilno vidjeti gdje se nalazi taj jezičac vage.

### *2.6.5. Pet uvjeta Roberta Younga za dobrovoljnu eutanaziju*

Robert Young je dao pet preduvjeta za dobrovoljnu eutanaziju:

- prisutnost terminalne bolesti
- nema mogućnosti za otkrivanje lijeka za tu bolest tijekom ostatka očekivana životnoga vijeka
- smrt je izravna posljedica bolesti ili prisutnost nepodnošljive boli ili opterećujući život (npr. ovisnost o drugima ili o tehnološkim sredstvima životne podrške)
- pacijent ima trajnu, dobrovoljnu i kompetentnu želju umrijeti (ili je, prije gubitka sposobnosti za to, izrazio želju da mu se pomogne umrijeti u slučaju da su zadovoljeni uvjeti pod prvim trima točkama)
- pacijent ne može bez pomoći okončati svoj život iako to želi, u tome bi slučaju trebala postojati zakonska i medicinska odredba koja bi omogućila da se toj osobi dopusti umrijeti ili joj se pomogne umrijeti.(Griffiths, Bood, Weyers 1998.; Young 2020.)

Ti uvjeti su prilično restriktivni, radikalni i nisu oslobođeni dvosmislenosti jer ne uključuju kvadriplegičare koji su to postali posljedicom nesreća, bolesti motornih neurona ili

demencije poput Alzheimerove bolesti.(Varelius 2014.) Tu spadaju i oni koji su pogođeni „egzistencijalnom patnjom“. Unatoč tomu, oni vjeruju da bi dobrovoljna eutanazija trebala biti dopuštena onima koji smatraju da njihovi životi više nisu vrijedni življenja, a ne samo smrtno bolesnima. Kompetentni pacijenti uvijek mogu odbiti prehranu i hidrataciju.(Young 2020.) Mnoge umiruće osobe i dalje žele imati pristup legaliziranoj medicinski potpomognutoj smrti, umjesto da se oslanjaju na odbijanje prehrane i hidratacije, što znači da mogu zadržati kontrolu nad vremenom smrti i izbjeći nepotrebno produljenje procesa umiranja.

Drugi je uvjet jednostavno odražavati činjenicu da je moguće reći kada je nečije zdravstveno stanje neizlječivo. Čuda su moguća, ali rijetka, a napredak prema medicinskim otkrićima mukotrpan.(Young 2020.) Zakon u Nizozemskoj i Belgiji nepodnošljivu patnju prihvaća kao dovoljan razlog kod kompetentnih pojedinaca za medicinsku pomoć pri umiranju. Izbor odrasle osobe da umre ne samo da je iskren i kompetentan nego i trajan. Svih pet uvjeta, zaključuje Young, nije savršeno i zahtijevat će se određena poboljšanja ako se želi postići neki sporazum s neistomišljenicima.

Središnja etička tvrdnja u prilog dobrovoljne eutanazije je da poštovanje osoba zahtijeva poštovanje njihovih autonomnih izbora sve dok ti izbori ne uzrokuju štetu drugima. Ova tvrdnja temeljito je opisana kao Singerova postavka i nije ju potrebno ponovno tumačiti, samo je potrebno naglasiti opasnost skliske padine i manipulacije ljudskim dostojanstvom kao mogućega problema, ali i propitivati dalje što je to uopće autonomija. Koliko je umiruća osoba autonomna ako ovisi o drugoj, fizičkoj, psihičkoj ili socijalnoj podršci?

Druga tvrdnja u prilog dobrovoljne eutanazije je važnost promicanja dobrobiti osoba. Kada netko trpi nepodnošljivu bol ili samo ima život koji je neprihvatljivo težak i kompetentno traži liječničku pomoć pri umiranju, njegova se dobrobit može najbolje promicati pružanjem te pomoći. Ove tvrdnje pružaju moralnu osnovu za opravdanost zahtjeva za dobrovoljnom eutanazijom. Tehnološke intervencije moderne medicine izvlače na vidjelo razdoblje fizičkoga i intelektualnoga propadanja koje osoba prolazi sa stavom da život više ne vrijedi živjeti zbog gubitka sebe i vlastite samostalnosti.

Mnogi vjeruju da ne postoji jedan objektivno ispravan odgovor o tome kada život osobe postane teret i stoga neželjen, što ukazuje na važnost pojedinaca da sami odlučuju hoće li živjeti. Foot tvrdi kako pojedinci mogu biti u zabludi o tome je li njihov život i dalje vrijedan življenja.(Foot 1977.) Autonomna prosudba kompetentne osobe o njezinoj vrijednosti trajnoga života treba nadmašiti procjenu drugih o njezinu blagostanju.

Liječnici, koji medicinsku pomoć oko umiranja smatraju elementom prikladne medicinske skrbi, prvenstveno će prihvatiti i pacijentov pristanak na zahtjev za pomoć u

umiranju. Taj zahtjev će smatrati moralno opravdanim jer je došao od kompetentnoga umirućeg pacijenta koji samo želi izbjeći nepotrebnu patnju. Zašto osobe koje pate od depresije ili oblika demencije ne bi mogli biti prikladne za medicinski asistiranu smrt ili je dovoljno da se pacijent „umori od života“? Konačna stvar koja je važna za moralni slučaj dobrovoljne medicinski potpomognute smrti odnosi se na to da se poštovanje mora pokazati ne samo za autonomiju umiruće osobe već i za profesionalnu autonomiju bilo kojega medicinskog osoblja od kojega se traži da tu pomoć pruži u umiranju. Do sada su u raspravama oni koji tvrde da nije dopušten prostor za prigovor savjesti u okviru medicinske prakse dobili vrlo malo podrške takvomu stavu. Nasuprot tomu, korištenje upućivanja i transfera onih koji nemaju taj stav i dalje je najučinkovitiji način rješavanja takvih nesuglasica.

Što se tiče medicinskih sestara/tehničara, De Hert i suradnici navode da su medicinske sestre/tehničari skloni poduprijeti eutanaziju ako postoji prethodni bliski odnos s bolesnikom te je više njih spremno prisustvovati i sudjelovati u eutanaziji u odnosu na situacije (bolesnike) s kojima medicinske sestre/tehničari nisu bili upoznati.(de Hert i sur. 2015.; Bačani, Ombla 2019.) Blizak odnos s bolesnikom može imati i potpuno suprotan učinak, pa se u nekim istraživanjima pokazalo kako medicinske sestre/tehničari s razvijenim prijateljskim odnosom s bolesnicima u kliničkoj okolini najvjerojatnije neće biti uključeni u situaciju provedbe eutanazije.(Fekete, Osvath, Jegesy 2002.)

### *2.6.6. Pet prigovora moralnoj dopustivosti dobrovoljne eutanazije i odgovori koji joj idu u prilog*

Pet prigovora moralnoj dopustivosti dobrovoljne eutanazije:

**Prigovor 1** – Danas nije potrebno da ljudi umru dok trpe nepodnošljive ili preplavljujuće bolove jer je pružanje učinkovite palijativne skrbi stalno u poboljšanju, a hospicijska je skrb široko dostupna. Zbog toga je dobrovoljna eutanazija nepotrebna.

**Odgovor na Prigovor 1** – Briga koja se pruža putem hospicija dostupna je samo malomu broju smrtno bolesnih, a i provodi se obično samo u posljednjim fazama bolesti. Nadalje, ne žele svi koristiti palijativnu ili hospicijsku skrb. Glavni razlog nevolja za mnoge umiruće pacijente je frustracija koja dolazi s nemogućnošću zadovoljavanja njihovih autonomnih želja. Ono što je

nepodnošljivo za neke je njihova prisilna ovisnost o drugima ili o aparatima za održavanje života.(Ganzini, Goy, Dobscha 2009.; Rietiens i sur. 2009.; Young 2020.)

**Prigovor 2** – Prigovor na moralnu i pravnu dopustivost dobrovoljne eutanazije polazi od tvrdnje da nikada ne može biti dovoljno dokaza koji bi opravdali uvjerenje da je zahtjev umiruće osobe da mu se pomogne umrijeti kompetentan, trajan i stvarno dobrovoljan.

**Odgovor na Prigovor 2** – Ako kompetentna osoba tijekom vremena raspravlja o problemu s drugima u različitim prilikama i ostaje postojana u svojoj odluci ili privatno razmišlja o tome pitanju duže vrijeme i ne podliježe uvjerenju, njezina želja da umre smatra se trajnom. „Životna volja“ ili „unaprijed dane smjernice“ su pravni instrumenti za ljude dok su oni sposobni dati kompetentan, trajan i dobrovoljan pristanak i želju da umru.(Dworkin 1993.; Young 2020.) Možda je, međutim, u ovome prigovoru riječ o tome je li itko ikada sposoban stvoriti kompetentnu, trajnu i dobrovoljnu prosudbu o tome da je bolje biti mrtav. Moguće je kako osoba ima dovoljno induktivnih dokaza (na primjer, temeljenih na iskustvu smrti prijatelja ili člana obitelji) da bi poznavala sebe i djelovala u skladu s tim, bez izravna iskustva s takvim patnjama.(Keown 2002.; Young 2020.)

**Prigovor 3** – Prema tumačenju „doktrine dvostrukoga učinka“, dopušteno je djelovati na predviđen način i imati loš učinak, pod uvjetom da se loš učinak pojavljuje kao nuspojava (tj. neizravno) na postizanje akta koji je izravno usmjeren. Čin koji je izravno usmjeren da je sâm po sebi moralno dobar ili barem moralno neutralan. Dobar učinak se ne postiže putem lošega, to jest loše ne smije biti sredstvo za dobro. Loš učinak ne smije biti toliko ozbiljan da bi nadjačao dobar učinak. Prema doktrini dvostrukoga učinka, dopušteno je, na primjer, ublažiti bol (dobar učinak) davanjem lijeka kao što je morfij znajući da će se time skratiti život, ali je nedopustivo davati isti lijek s izravnom namjerom prekida života pacijenta (loš učinak). Ova se potonja tvrdnja primjenjuje bez obzira na to je li lijek dan na zahtjev osobe.

**Odgovor na Prigovor 3** – Doktrina dvostrukoga djelovanja može biti relevantna za dopuštanje dobrovoljne eutanazije samo kada je smrt osobe loša za nju ili, drugačije rečeno, njoj na štetu. Ponekad se pojam „štete“ shvaća samo kao šteta za interese osobe, bez obzira je li pristala ili nije. U drugim slučajevima to se shvaća strogo, kao šteta koja je nezakonito nanesena. Mogu postojati slučajevi u kojima smrt za osobu ne predstavlja štetu zato što će je joj učiniti bolje, ništa gore od usporedbe s preostalim životom koji je neizdrživ. U tim slučajevima, doktrina dvostrukoga učinka ne može biti relevantna za raspravu o dopuštenosti dobrovoljne eutanazije.(Sumner 2011.; McIntyre 2001.; Young 2020.)

**Prigovor 4** – Postoji široko rasprostranjeno uvjerenje o moralnoj prihvatljivosti takozvane „pasivne (dobrovoljne) eutanazije“, pri čemu se mjere za održavanje života ili produljenje života oduzimaju ili uskraćuju kao odgovor na zahtjev kompetentnoga pacijenta. Razlog zbog kojega se kaže da je pasivna (dobrovoljna) eutanazija moralno dopustiva jest da je pacijentu jednostavno dopušteno umrijeti jer se ne poduzimaju koraci za očuvanje ili produljenje života. To se događa, na primjer, kada pacijent koji umire traži povlačenje ili uskraćivanje mjera čija bi administracija bila medicinski uzaludna ili neprihvatljivo opterećujuća. Za razliku od toga, za aktivnu (dobrovoljnu) eutanaziju se kaže da je moralno nedopuštena jer se tvrdi da zahtijeva neopravdan namjerni čin ubijanja kako bi se zadovoljio pacijentov zahtjev.(Finnis 1995.)
**Odgovor na prigovor 4** – Razlika između pasivne i aktivne eutanazije nije ni posve jasna ni moralno korisna. Je li ponašanje opisano u smislu djela ili propusta (razlika koja podupire navodnu razliku između aktivne i pasivne dobrovoljne eutanazije i između ubijanja osobe i prepuštanja umiranju) često je stvar pragmatike, a ne nešto dublje moralne važnosti. Aktivno davanje smrti moralno je poželjnije u pojedinim slučajevima nego samo dopustiti da se ona dogodi jer se željena korist postiže prije. Protivnici dobrovoljne eutanazije tvrde da se razlika između aktivne i pasivne eutanazije nalazi u namjeri agenta. Ako je nečiji život namjerno ukinut, ona je ubijena, a ako se ona više ne liječi agresivno, njezina se smrt može pripisati temeljnoj bolesti. Neki liječnici bi rekli da je njihova namjera uskratiti ili napraviti medicinski tretman, koji održava život u takvim okolnostima, jednostavno poštovanje želja pacijenta. Ne može se smisliti djelovanje kao namjera da se ublaži bolesno stanje ili da pacijentu bude ugodno niti je prikladno tvrditi da je ono što ubija pacijenta temeljna bolest. Ne postoji dobar razlog za stav da dok je takozvana „pasivna dobrovoljna eutanazija“ moralno prihvatljiva, aktivna dragovoljna eutanazija nikada ne može biti. Davanje titriranih doza morfija koje dosežu razine iznad onih potrebnih za kontrolu boli ili uklanjanje respiratora od osobe koja pati od bolesti motornih neurona čini se mnogima kao namjerno dovođenje do smrti osobe za koju se brine. Unatoč dugogodišnjoj pravnoj doktrini, nitko ne može opravdano pristati na ubojstvo, ali se čin ubijanja može opravdati time da je ubijena osoba samostalno odlučila kako će joj biti bolje mrtvoj i tako traži pomoć pri umiranju.(McMahan 2002.; Finnis 1995.; Young 2020.)

**Prigovor 5** – Ako društvo dopusti da se dobrovoljna eutanazija legalizira, tada će se kročiti na klizavu stazu koja će na kraju potaknuti da se podrže drugi oblici eutanazije, osobito uključujući nedobrovoljnu eutanaziju kao što se to dogodilo u Hitlerovoj Njemačkoj. Posljednjih desetljeća

postoji sumnja da je iskustvo s legaliziranom eutanazijom u Nizozemskoj i Belgiji također potvrdilo stvarnost skliske padine.

**Odgovor na Prigovor 5** – Zajedničko obilježje različitih oblika tvrdnji skliske padine je da se, nakon što se napravi prvi korak na klizavoj padini, sljedeći koraci neumoljivo slijede, bilo zbog logičkih razloga i psiholoških razloga ili da bi se izbjegla proizvoljnost u „podvlačenju crte" između postupaka osoba.(Brock 1992.) Zagovornici dobrovoljne eutanazije također žele pružiti svoju potporu nekim oblicima nedobrovoljne eutanazije (na primjer, onima u trajnim vegetativnim stanjima koji nikada nisu mogli izraziti svoje želje da im se pomogne umrijeti) ili za određene teško oštećene bebe čija je perspektiva beznadna.(Kuhse Singer 1985.) Teško je shvatiti zašto bi prelazak iz dobrovoljne u nedobrovoljnu eutanaziju trebao biti psihološki neizbježan. Zašto bi oni koji podržavaju legalizaciju dobrovoljne eutanazije jer cijene autonomiju pojedinca, psihološki lakše, posljedično, podržali ubijanje onih koji nisu sposobni kompetentno tražiti pomoć pri umiranju? Koji je razlog da vjerujemo da će, kao rezultat njihove potpore dobrovoljnoj eutanaziji, biti psihološki potaknuti podržati praksu nedobrovoljne eutanazije? Prije nego što je Hitler došao na vlast, postojala je jasna praksa ubijanja nekih osoba s invaliditetom. Ali nikada nije bilo sugerirano kako je njihovo ubijanje opravdano upućivanjem na njihove najbolje interese; prije je rečeno da će društvo od toga imati koristi. Hitlerova kasnija obnova prakse i njezino širenje na druge skupine poput Židova i Roma bila je dio programa eugenike, a ne eutanazije. U Nizozemskoj su većina slučajeva bili pacijenti koji u vrijeme svoje medicinski potpomognute smrti više nisu bili kompetentni. Moglo bi se misliti da bi se te smrti trebale smatrati slučajevima nepoželjne eutanazije. U većini tih slučajeva odluke o prestanku života donesene su tek nakon konzultacija između liječnika i bliskih članova obitelji, pa se može legitimno smatrati kako uključuju zamijenjene presude. Istraživači tvrde da se nedobrovoljna eutanazija ne primjenjuje u Nizozemskoj. Komentatori ističu da u stvarnosti može postojati opasnost da se granica između dobrovoljne i nedobrovoljne eutanazije zamuti ako se eutanazija prakticira u odsutnosti pravnoga priznanja jer u tim okolnostima neće biti ni transparentnosti ni nadzora (što se ne može reći za Nizozemsku, Belgiju i Oregon). Potrebno je osigurati postojanje zaštitnih mjera protiv potencijalne zlouporabe zakonski zaštićene dobrovoljne eutanazije, što je osobito važno za zaštitu onih koji su postali nesposobni za donošenje odluka o tome treba li im pomoći umrijeti. Nadalje, moguće je da reforma bilo kojega zakona ima nenamjerne učinke. Ako su navedeni argumenti zdravi (a iskustvo Nizozemske, Belgije i Luksemburga, uz ograničeno iskustvo u nekoliko država u Sjedinjenim Državama, za sada je ne samo najbolji dokaz koji imamo već i jedini relevantni dokaz da su oni zdravi), to se ne čini vrlo vjerojatnim.

Posljedično proširenje prava na autonomiju na slučajeve dobrovoljne eutanazije ne zahtijeva dramatičan pomak u pravnoj politici niti je potrebno pozivati se na bilo koje nove pravne vrijednosti ili načela. Činjenica da samoubojstvo i pokušaj samoubojstva nisu više kaznena djela u mnogim pravnim institucijama ukazuje na to da je prihvaćena važnost individualnoga samoodređenja. Danas postoje teškoće u utvrđivanju istinitosti pristanka. Uspostavljanje odgovarajućih postupaka za davanje pristanka na dobrovoljnu eutanaziju i samoubojstvo uz pomoć liječnika zasigurno nije teže od uspostavljanja postupaka za kompetentno odbijanje teškoga ili na drugi način neželjenoga liječenja. Potonje je već postignuto u mnogim pravnim sustavima tako da bi i prvo trebalo biti ostvarivo. Smatra se da je moralni razlog za legalizaciju dobrovoljne eutanazije i samoubojstva uz pomoć liječnika mnogo širi nego što je slučaj protiv legalizacije i da su oni zakonski dopušteni u više pravnih institucija nego sada. Trebaju li liječnici sudjelovati u toj praksi? Trebaju li samo liječnici obavljati dobrovoljnu eutanaziju? Na ova pitanja treba odgovoriti u svjetlu najboljega razumijevanja onoga što je pružanje medicinske skrbi. Pravilno upravljanje medicinskom skrbi trebalo bi promicati dobrobit pacijenata uz poštovanje njihova individualnoga samoodređenja. Upravo bi ove dvostruke vrijednosti trebale voditi medicinsku skrb, a ne očuvanje života po svaku cijenu ili očuvanje života bez obzira na to žele li pacijenti produžiti svoje živote ako smatraju da im život više nije koristan ili im ne predstavlja vrijednost. Mnogi liječnici u državama gdje je legalizirana medicinski potpomognuta smrt i, sudeći prema dostupnim istraživačkim dokazima, u drugim liberalnim demokracijama vide praksu dobrovoljne eutanazije i liječničkoga samoubojstva ne samo kao kompatibilnu s njihovim profesionalnim obvezama nego i kao koncepciju najbolje medicinske skrbi za umiruće.(Grenac 2020.) Young zaključuje da liječnici koji u svojoj državi nemaju zakonom dozvoljenu praksu dobrovoljne eutanazije i asistiranoga samoubojstva trebali bi dozvoliti liječnicima koji to imaju u nekoj drugoj državi. To je svakako pomoć kompetentnim terminalno bolesnim osobama koje traže pomoć u smrti zbog nepopravljive patnje ili zbog njihovih života koji za njih više nema vrijednosti.

### *2.6.7. Skliska padina: od eutanazije do genocida*

Bi li legalizacija eutanazije bila korak niza sklisku padinu? Može li se ponoviti iskustvo katastrofe nacizma? Mnogi danas brinu zbog moći koju bi program aktivne eutanazije mogao staviti u ruke beskrupulozne vlade.(Singer 2003.) Singerov je stav da beskrupulozne vlade, nažalost, već raspolažu sredstvima za rješavanje svojih protivnika, djelotvornijim od eutanazije

koju provode liječnici iz medicinskih razloga. „Samoubojstva“ se mogu urediti. „Nesreće“ se mogu dogoditi. Ako je potrebno, mogu se unajmiti i ubojice. Najbolja obrana protiv takvih mogućnosti jest učiniti sve da se vlada održi demokratskom, otvorenom i u rukama ljudi koji ne bi ozbiljno željeti ubiti svoje protivnike. Čim ta želja postane dovoljno ozbiljna, vlade će pronaći neki način, bila eutanazija legalna ili ne.(Singer 2003.) Prijedlozi za legalizaciju eutanazije zasnivaju se na poštovanju autonomije i s ciljem izbjegavanja besmislene patnje.

Eutanaziju bi bilo dopušteno izvesti samo članu medicinske struke i uz pristanak drugoga liječnika, pa nije vjerojatno da bi se sklonost ubijanju nekontrolirano proširila zajednicom, zaključuje Singer.

Legaliziranje eutanazije moglo bi upravo djelovati kao kontrola moći liječnika jer bi to što neki liječnici sada čine samoinicijativno i potajno bilo razotkriveno i podvrgnuto kontroli drugoga liječnika. Ipak, Singer priznaje da napuštanje tradicionalne etike svetosti života povlači vrlo malen, ali ipak konačan rizik neželjenih posljedica. Nasuprot tomu riziku, potrebno je odvagnuti konkretnu štetu uzrokovanu tradicionalnom etikom – štetu onih čiji se jad bespotrebno produžava. Također se treba zapitati nije li rašireno prihvaćanje pobačaja i pasivne eutanazije već razotkrilo nedostatke tradicionalne etike koji je čine slabom obranom protiv onih koji ne poštuju pojedinačne živote. Čvršća etika, ako i manje oštrih obrisa, dugoročno bi mogla pružiti čvršći temelj pružanju otpora neopravdanomu ubijanju, zaključuje Singer.(Singer 2003.)

### *2.6.8. Singerova etika kvalitete života u svjetlu sestrinske etike*

Singer ne stavlja znak jednakosti između ljudskoga bića i ljudske osobe te za njega mogu postojati osobe koje nisu ljudska bića, ali i ljudska bića koja nisu osobe. Osoba je srozana s ontološke razine na funkcionalnu kategoriju. Čovjek oponaša tehniku i jača krizu stvaranjem novih promašaja, a jedan od njih je legalizacija eutanazije.(Matulić 2009.) Utilitaristička nova etika privilegira subjektivizam i hedonizam prema kojemu bol, patnja, umiranje i teškoće nemaju nikakva smisla. Ljudsko je dostojanstvo redukcionističkom metodom kvalitete života svedeno samo na jednu sastavnicu čovjekova bića, mjerljive parametre, matematiku i biološko stanje ljudskoga organizma, a duhovna je strana čovjeka zanemarena.(Pozaić 1998) Tako je etika kvalitete života povratak na fizikalizam, odnosno mehanicizam.(Marinić 2017) Potpuno materijalističko objašnjenje čovjekovih svojstava vodi njegovu degradiranju. U znanosti postoji niz nepoznanica o životu kao fenomenu, nema potpune potvrde iz empirijske sfere i postoji rasprava o životu na filozofijskome planu koju treba nastaviti.(Sesardić 1984.) Vrijednost

ljudskoga života i zadovoljstvo vlastitim životom ne ovise potpuno o njezinoj funkcionalnosti.(Marinić 2017.)

Rješenje bi trebalo biti hospicij, a ne eutanazija. Koncept „dobra smrt“ sadržavao bi kvalitetne hospicije gdje bi okolnosti prirodnoga umiranja i smrti postale razvojna prilika i rezultat izvrsne skrbi mudro dovršene dostojanstvenom smrti.(Cicak 2008.) Moderna zapadna civilizacija stavlja tabu-oznake događaju smrti, smrt nije predmet razgovora suvremenoga društva zapadne civilizacije. Činjenica je da zahtjevi za „ugodnom smrti“ i želja da se oni ostvare predstavljaju pitanja koja su velik izazov za Europsku uniju koja ih treba zakonski regulirati.(Aramini 2009.) Hospicij je i filozofija skrbi i moderna zdravstvena ustanova s nizom sustava pružanja pomoći ljudima na kraju života, čak i nakon smrti njihovim njegovateljima u žalovanju. Zbog poistovjećivanja sa starijim značenjima, danas prevladava naziv palijativna skrb, odnosno palijativna medicina.(Jušić 2002.)

Iskustvo Nizozemske pokazuje da 30 % pacijenata oboljelih od raka odbija uzimati lijekove bojeći se da ih njihovi liječnici žele ubiti.(Marinić 2017.) Liječenje i eutanazija ne idu zajedno. Liječnik ne može biti ubojica. Medicina ne može biti i naš liječnik i naš ubojica. Legalizacija dobrovoljne eutanazije u Hrvatskoj bi mnoge osobe stavila pod pritisak da traže vlastitu eutanaziju. Prema Mariniću, smisao života je ovisan o socijalnoj podršci, a zadovoljstvo i sreća rezultat su temeljnih ljudskih osobina, a ne materijalnoga blagostanja.(Marinić 2017.) Takva odluka ne bi došla kao posljedica teška stanja i slobodne volje, već bi razlozi uglavnom bili žrtvovanje radi podizanja kvalitete života vlastite obitelji, žrtvovanje radi oslobađanja daljnje potrošnje medicinskih resursa i eutanazija kao solucija napuštenih i ostavljenih od njihovih obitelji i bližnjih.(Marinić 2017.)

Iz opisane Singerove etike kvalitete života može se zaključiti da je ta etika pogrešna i neprihvatljiva jer ugrožava temeljni smisao života, a to je čovjekovo dostojanstvo. Briga i odgovornost za umirućega uključuje i poznavanje te osobe u njezinu dubinu, do srži, a to je mnogo više od „kvalitete života“. Specifično je ljudska želja spoznati neizrecivu „tajnu čovjeka“, što nadilazi svaku kvalitetu.(Golub 2004.) Život je u svome biološkom obliku i sâm tajnovit i čudesan, a čovjek je u svome ljudskom aspektu tek nedokučiva tajna i sâm sebi koliko i umirući pacijent. Taj odnos zrcali strahopoštovanje i ljudskost, što je osobina samo dostojanstva svakoga čovjeka.

Medicinske sestre/tehničari su svojim radom prepoznali da umiruća osoba ima život, potrebu za blizinom i podrškom drugih ljudi. Sama blizina smrti može značiti i mirno i spokojno prenošenje pozitivnih osobina na svoju okolinu kao što su samopoštovanje i samoodređenje.

Smisao života trebao bi „biti s drugim“, pomagati mu svojim znanjem kako bi mu olakšali zadnje dane života. Tada nitko ne bi niti pomišljao na traženje eutanazije. Ako težimo modernome i demokratskome društvu s poštovanjem ljudskih prava, onda bi se to kompletno društvo trebalo aktivno uključiti u edukaciju o umiranju i smrti od najranije dobi pa nadalje.

# 3. PROFESINALNI IDENTITET U SESTRINSTVU

*Cijeli život je škola umiranja*. (G. K. Chesterton)

## *3.1. Sestrinstvo kao profesija i poziv*

Razvoj sestrinstva imalo je dug put. Smisao toga zvanja tijekom daleke povijesti bila je pomaganje bolesnima na osnovama humanosti, ljubavi i suosjećanju. Sve do kraja 19. stoljeća taj je put bio vezan za povijest medicine i obilježen mnogim osobama koje su bile posvećene pomaganju bolesnima, siromašnima i napuštenima. Onda se polako medicina i sestrinstvo razdvajaju kao discipline koje su i dalje u komplementarnom odnosu.(Kalauz 2011.)

Moderno sestrinstvo počinje se razvijati 1844. godine kada je široko obrazovana mlada djevojka Florence Nightingale odlučila svoj život darovati unapređenju zdravlja za sve slojeve društva.(Selanders n.d.) Za upis u škole za medicinske sestre krajem 19. i početkom 20. stoljeća kriteriji su bili vrlo visoki. Uvjet su bile visoke karakterne osobine budućih sestara, koje je postavila još Florence Nightingale u bolnici St. Thomas Hospital u Londonu, i kao takve su predstavljale model za sve sestrinske škole u Europi i SAD-u.(Kalauz 2011.) Posebna se pozornost pridavala moralnosti i kreposti kao nužnim karakteristikama uz poštenje, točnost, pouzdanost, mirnoću, urednost, čistoću, strpljivost, veselje i blagost. Jedan od dvaju kriterija za upis u Školu za sestre pomoćnice u Zagrebu 1921. godine bio je i neporočnost, a tijekom školovanja i stručne prakse u bolnicama, osim usvajanja znanja pratilo se i ponašanje, radne navike, motiviranost, stupanj zrelosti te odnos prema bolesniku.(Kalauz 2011.)

Za definiranje sestrinstva kao profesije i poslanja potrebno je razumjeti ljudske potrebe i njihovu hijerarhiju jer je sestrinstvo specifično u odnosu na ostale zdravstvene struke. Kako bi liječenje bilo uspješno, liječnik mora otkriti pravu dijagnozu, a da bi to mogao, potrebno je odrediti niz pretraga i zahvata. U isto to vrijeme, uloga sestrinstva prema pacijentu je zadovoljiti ljudske potrebe fiziološke, psihološke, socijalne i duhovne, od vitalnih do onih za razonodom i učenjem.(Henderson 1996) Poslanje sestrinstva odvija se u ozračju okoline u kojoj se pomaže pojedincima, obiteljima i skupinama ostvariti njihove fizičke, mentalne i društvene potencijale. Od medicinskih sestara i tehničara očekuje se održavati i promicati zdravlje. „Sestrinstvo je *znanost i umijeće* koje primjenjuje kognitivne, psihomotorne i interpersonalne vještine za procjenu korisnika kako bi postigli optimum zdravstvenih potencijala. […] Umijeće sestrinstva

je interpersonalni odnos i interakcijski proces između korisnika i sestre unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestrinske skrbi.“(Christensen, Kenney 1990.)

U 20. stoljeću sestrinstvo je dobilo status profesije, pa su vodeće teoretičarke nastojale definirati osnovne teorije, načela i način organizacije rada specifična za tu profesiju. Prve teorije su više opisivale struku kao zbrinjavanje i tješenje bolesnika (Lavinia Dock, Isabel Stewart i Hildegard Peplau), a novije teorije sadrže znanstvenu podlogu koja koristi sistematski i holistički pristup te je usmjerena na pojedinca, obitelj i cjelokupnu zajednicu (Martha Rogers, Dorothea Orem i Calilista Roy).(Kalauz 2011.)

Sestrinska se profesija u rastućim razinama obrazovanja brzo razvija, razvijaju se i teorije zdravstvene njege i sestrinska istraživanja, što je posebno vidljivo u Sjedinjenim Američkim Državama i zemljama Europske unije. Rezultati istraživanja ukazuju na to da obrazovanije medicinske sestre ne samo da povećavaju sigurnost pacijenta i kvalitetu skrbi nego i spašavaju živote.(Čukljek 2016.) Završetkom obrazovanja ne završava potreba za kontinuiranim učenjem putem istraživanja, seminara, radionica, stručnih posjeta i rada s iskusnim profesionalcima. To zahtijeva cjeloživotno učenje. Slika profesije u javnosti posebno je važna jer o njoj ovisi priljev novih članova u zvanje, percepcija sestrinstva drugih profesionalaca u timu, kao i samopercepcija profesije. Svojim stavovima medicinske sestre značajno utječu na razvoj sestrinske profesije.(Čukljek 2016.) Temelj znanja kojim se sestrinstvo koristi uglavnom se crpi iz medicinskih znanosti, biologije, kemije, fizike, društvenih i humanističkih znanosti te analize slučajeva iz sestrinske prakse (SZO, Regionalni ured za Europu, 1993.)(Mojsović 2004.)

„Sestrinstvu je svojstveno poštivanje života, dostojanstva i prava čovjeka bez obzira na nacionalnost, rasu, vjeru, boju kože, dob, spol, političko uvjerenje ili društveni položaj.“(Šegota 1997) Osnovne funkcije u struci su četverostruke: unapređivanje zdravlja, sprečavanje bolesti, obnavljanje zdravlja i ublažavanje patnje. Te funkcije ostaju stalne bez obzira na mjesto (dom, radno mjesto, škola, sveučilište, bolnica, ambulante itd.) ili vrijeme kada se pruža sestrinska zaštita. Ono traje dvadeset i četiri sata. Zbog toga je nužno da sestrinski rad regulira i propisuje zakonodavstvo.(Salvage 1994.) Osim toga, sestrinstvo ima jedinstvene kompetencije koje ne provode ostali članovi tima, kompetencije koje se stječu praktičnim vještinama i usvajanjem široka spektra teorijskoga znanja na više razina školovanja. Kao „pomagačka profesija“, sestrinstvo je nesebičan poziv, pri čemu medicinska sestra pomaže pacijentu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.(Larson and Brady 2013) Međunarodni savjet sestara je kao univerzalni simbol sestrinstva odredio *bijelo srce* koje simbolizira brižnost, pomoć, znanje i humanost jer je bijela boja simbol prihvaćanja svih ljudi bez obzira na dob, spol, religiju, naciju

i rasu.("'Bijelo Srce' za humanost i znanje" 2011.) Sestrinstvo je profesija medicinskih sestara, znanstveno utemeljena disciplina koja ljudima pomaže ostvariti zdrav i produktivan život ili se na najbolji način nositi s nedostatcima ili oštećenjima zdravlja.

Medicinske sestre intervencijama zdravstvene njege nužno ulaze u intimni prostor svakoga bolesnika i o njegovu povjerenju i prihvaćanju ovisi i uspješnost liječenja. Poziv u zvanju, osim stručnoga znanja i vještina, zahtijeva i ljubav prema poslu koji se obavlja. S obzirom na to da se radi o bolesnome čovjeku, poželjno je voljeti toga čovjeka, ali na jedan prijateljski način. Prema Aristotelu, prijateljstvo se razlikuje od ljubavi po tome što ljubav sadrži strast, a prijateljstvo duševnu hranu, pa iz toga proizlazi da se želja za prijateljstvom brzo rađa, ali samo prijateljstvo ne, za to je potrebna prisutnost i vrijeme.(Aristotel 1988.) „Razboritost nema ovlasti nad mudrošću. Niti nad boljim dijelom duše, kao ni liječništvo nije iznad zdravlja: jer ona se ne služi mudrošću, nego se trsi oko njezina nastanka"(EN1144a5-10). Znanje o prijateljstvu potiče dublje razmišljanje medicinske sestre/tehničara i oni postavljaju zahtjevnije i više standarde u svojoj praksi. Prijateljstvo kao prirodni fenomen predstavlja model zdrave relacije među ljudima i mjerilo je za ljudski suživot te itekako oplemenjuje zdravstvenu njegu i podiže moralnu ljestvicu sestrinskoga poziva. Svaki uspjeh u liječenju pacijenta uspjeh je i zdravstvenog osoblja, a svako uspješno čuvanje zdravstvene tajne pacijenata realizira pozitivne prijateljske vibracije u odnosima zdravstvenog tima.

Kalauz pokušava odgovoriti na pitanje je li sestrinstvo znanost ili vještina/*tehne*.(Kalauz 2011.) Područje rada u sestrinstvu je zdravstvena njega. Provjereno je i priznato shvaćanje da je za najbolju sestrinsku praksu potrebno najbolje teorijsko znanje. To znanje iz različitih područja analogno je sestrinstvu kao znanosti. Prema Alice Kitson, imamo nerazumijevanje i razdor.("Professor Alison Kitson" n.d.) Što znači da je sestrinstvo znanost? Kako povezati tumačenje zdravstvene njege u teorijama sestrinstva? Ideje su sadržane u teorijama, ali medicinska sestra/tehničar u zdravstvenoj njezi donosi odluke koje često puta moraju biti etične, brze i bez odlaganja. Patricija Benner negira sestrinstvo kao znanost i smatra da je za provođenje zdravstvene njege važno poznavanje specifičnih vještina.(Kalauz 2011.) Treća grupa teoretičara misli kako sestrinska etika može riješiti taj problem i da će u donošenju odluka, uza znanstveno-redukcionističku i emocionalnu komponentu, prevagnuti etički imperativi.(Kalauz 2011.) Uza znanje i vještine, rad je nužno temeljiti na vrijednostima, pravednosti, mudrosti, umjerenosti i moralnoj hrabrosti, posebice kada se radi o situacijama umiranja i smrti. Iznimno je važna emocionalna podrška u hladnoj i kompliciranoj administrativnoj i tehničkoj proceduri. A nju uglavnom pružaju medicinske sestre/tehničari.

Smrt nije samo administrativni i tehnički postupak već i vrijeme tuge, bespomoćnosti i izgubljenosti.(Kalauz 2011.)

Jedino ljubav i suosjećanje mogu stvoriti bolje društvo i bolji svijet. Načela solidarnosti i supsidijarnosti mogla bi donijeti autonomne odluke kojima je eutanazija potpuno neprihvatljiva, neuljuđena i ruši humano društvo. Filozofija zdravstvene njege bi uz uzvišena načela ljubavi tada svijetlila kao svjetionik koji miče svaku tamu čuvajući ono što je najviša vrednota, a to je ljudski život. Sestrinstvo je najljepša profesija kojoj je poziv borba za svaki život. Posao medicinskih sestara je pristup osobama na granici života i smrti, a integrativni model sestrinstva sadrži sve etičke teorije i principe sestrinske etike te čini most između sestrinstva kao znanosti i zdravstvene njege koja uključuje specifične vještine – *tehne*.(Kalauz 2012.)

### *3.2. Etičke teorije u sestrinstvu u kontekstu bioetičkoga obrazovanja*

Prethodnim se poglavljem željelo pokazati fine niti koje priželjkuju poveznicu profesionalnosti i poziva u složenoj sestrinskoj praksi s bolesnim ljudima koji se nadaju ozdravljenju i izlječenju. Brojna etička mišljenja u sestrinstvu nisu samo heterogena već često i suprotstavljena u vrijednosnim kriterijima ispravna djelovanja i ispravna ponašanja usklađena s kulturnim ozračjem i tradicijom svoga naroda. Medicinske sestre/tehničari u praksi moraju donositi etičke odluke na osnovi znanja, životnoga iskustva, ali i procjeni osobe s kojom rade kao pojedinca koji je jedinstven u svome kulturološkom ozračju.

Za to postoje neki poznati etički modeli (*model zasnovan na profesionalnom kodeksu*, *ugovorni model*, *pogodbeni i respektivni*), od kojih nijedan ne daje jednostavni recept.(Kalauz 2011.) Svaki model sadrži samo smjernice kako se postaviti, međutim, svima nam je jasno da je u tome procesu donošenja etičkih odluka u korijenu vrijednosni sustav svakoga ponaosob. Vrijednosni model za donošenje praktičkih moralnih sudova, uz temeljna znanja iz medicinske etike i deontologije, polazi od kvaliteta moralnoga subjekta, tj. njegovih karakternih osobina.(Pellegrino 1979.) Bit će kratko prikazane glavne četiri etičke teorije u sestrinstvu: *etika vrline*, *etika dužnosti*, *utilitarističke etičke teorije* i *etika skrbi*.(Kalauz 2011.) Prve tri su tradicionalne, a četvrta se smatra autentičnom za sestrinstvo. Svaka ima niz svojih novijih izvedenica, što govori o etici koja je pluralistička, složena i stalno u nadograđivanju.

Prema Matuliću, etika se u praktičnome moralnom životu otkriva kao moralni zakon u sustavu vrijednosti. Ostvaruje se promišljanjem koje je iskustveno i u fragmentima ili

pojedinačnim iskricama koje nazivamo vrijednostima. Te dužnosti nam nisu izvanjski nametnute, već ih nosimo u sebi, a pomažu nam donijeti odluke i oblikovati kriterije moralnosti s pacijentom na njegovoj individualnoj razini.(Matulić 2012.) Teorija u filozofiji morala koja vrednuje karakterne osobine čovjeka naziva se *etika vrline*. Prema Aristotelu, definicija vrline je stanje volje ili sklonosti izboru dobra prema ravnoteži između nedovoljne i pretjerane izraženosti karakterne osobine. Neminovno se javlja pitanje: postoji li standard bivanja dobrom osobom?(Loewy 1991.) Aristotel nas je obogatio jednim od najljepših citata za stabilnost karaktera: „*Teško je, naime, pronaći sredinu u svemu, kao što sredinu kruga ne može naći svatko, nego samo znalac; tako se i srditi može svatko i lako, a isto davati i trošiti novac, ali učiniti to pravoj osobi, u pravoj mjeri, u pravo vrijeme, s pravim razlogom i načinom, niti može svatko niti je lako; zbog toga je dobro i rijetko i hvaljeno i lijepo.“* (Nik. etika, II, 9, 1109 a 25-29., Aristotel 1988.)

Candace Gauthier se referira na Aristotela koji je praktičnu mudrost opisao kao intelektualnu vrlinu koja se stječe učenjem i smatra da su vrline karaktera važne za dobru sestrinsku praksu te da se njihov razvoj postiže stalnim vježbanjem.(Kalauz 2011.) Etiku vrline teško se može primijeniti bez prihvaćanja društvene norme prava značenja bivanja dobrom osobom, smatraju Smith i Godfrey.(Smith, Godfrey 2002.) Učenjem tijekom prakse, koje je temeljeno na dokazima, nužnim fokusom na dobroj procjeni oslonjenoj na razum, a ne na emocije, lako se otvara put prema izvrsnosti moralnoga odlučivanja.(Pellegrino 1995.) Samilost ili suosjećanje s bolesnom osobom je jedna od najvažnijih sestrinskih vrlina u situacijama boli, patnje, umiranja i smrti. Da bi to mogla, medicinska sestra treba biti psihički i emocionalno zdrava. Svaka smrt je posebna i osobna, kao i čovjek sâm, te asocira na prolaznost života i vlastitu smrt.

Dobra medicinska sestra treba posjedovati i vrline savjesnosti i hrabrosti. Prema Pellegrinu, samostojna vrlina je razboritost ili praktična mudrost, koja uz druge vrline podiže kvalitetu dobre prakse, posebno u kriznim uvjetima.(Pellegrino 1995.) Uspostavu normativnoga standarda pomoću vrlina u profesiji, tradiciji i praksi koju čovjek obavlja ne sprečava nedostatak tih moralnih kriterija, ali su oni itekako poželjni u radu s teško bolesnim osobama.(Kalauz 2011.) Promatrajući osobe koje se smatraju kreposnima, odnosno dobrim osobama, osoba koja promatra ujedno i uči.(Smith, Godfrey 2002.) Vrline se stječu tijekom učenja i rada, a ne nasljeđuju.(MacIntyre 2013.) Prema navedenim se autorima može zaključiti kako postavke činiti dobro i biti dobar treba uključiti u standarde i normative sestrinske profesije. Moralni i profesionalni karakter sestrinstva povezuje *etika dužnosti* (*deontologije*) iako prema literaturi nije potpuno jasno koje su autentične sestrinske dužnosti. Iz povijesti je

razvidno da su žene oduvijek imale dužnost skrbiti za nemoćne i bolesne. To im nalaže vjera u Božju pravdu u teističkoj i viktorijanskoj eri za vrijeme djelovanja Florence Nightingale kada su se isticale uglavnom dužnosti poniznosti, lojalnosti i poslušnosti. Osjećaj dužnosti je kasnije prema deontologiji filozofa Immanuela Kanta smatran vrlinom. Danas su dužnosti u sestrinstvu sadržane u *Etičkome kodeksu* gdje je to prvenstveno dužnost povjerljivosti, istinitosti i zaštite bolesnika.(Kalauz 2011.)

*Utilitarističke etičke teorije* polaze od toga da moralno ponašanje treba vrednovati po posljedicama koje ono izaziva. Maksima utilitarizma ili konzekvencionalizma je u kolikoj količini sreća svakog pojedinca može doprinijeti ukupnoj sreći. U sestrinstvu je to nejasno jer ako je zdravlje ljudsko pravo svakoga, kako veću i bolju skrb može dobiti većina na štetu manjine? Po toj teoriji, gdje se favorizira autonomija svake osobe, nedostaje solidarnosti i empatije za druge bolesnike. Utilitaristi smatraju takvo ponašanje paternalističkim pristupom koji smanjuje autonomiju bolesnika. Međutim, svaka medicinska sestra/tehničar zna da to nije moguće. Mnogi bolesnici trebaju vrijeme, ali i način kako bolesniku priopćiti lošu vijest jer se u protivnom može dogoditi naglo pogoršanje bolesnikova zdravstvenoga stanja (npr. nagli srčani udar). Ili, još preciznije, ono što nam Singer kaže: možemo ubiti osobu koja ne povećava sreću drugih i zamijeniti ju onom koja to čini.(Higgs 1998.)

Teorija *etike skrbi* je prema mnogim autorima danas najbliža sadržajima zdravstvene njege jer u odnosu s drugom osobom nastoji izbjeći svako nanošenje boli drugomu, želi biti osjetljiva na probleme drugih i prema njima izražava sućut. To je korijen iz kojega se razvio holistički i individualni pristup kao najvažnija osobina sestrinske etike.(Kalauz 2011.) Posao medicinskih sestara javan je i častan jer ljude usmjerava jedne prema drugima. U svim razdobljima života, u bolesti i zdravlju čuva mlade, a starijima pruža uslugu i pomoć tamo gdje iz nedostatka snage nisu sami u stanju nešto učiniti. Prijateljstvo je temelj svakoga zajedništva i pridonosi općemu dobru. Kvalitetnu medicinsku sestru odlikuju nesebičnost, ljubav i žrtva, što su i osobine prijateljstva. Takvo prijateljstvo rješava probleme, daje sigurnost, mir i pacijente čini sretnijima.(Brdarević, Pranjić Kozlek 2017.) Primijenjena etika skrbi povećava sigurnost i zadovoljstvo bolesnika. Protivnica etike skrbi Helga Kuhse smatra da etika treba biti zasnovana na jasnoj procjeni dobra ili loša rada, uz univerzalne principe ili norme bez osjetljivosti za odnose među ljudima.(Kalauz 2011.) Hilde Lindemann Nelson brani pojam etike skrbi u smislu da on znači služenje bolesnom čovjeku.(Kalauz 2011.)

Postavke etičkih teorija mogu pomoći u promišljanju za donošenje odluka na osnovu argumenata, razuma i objektivnih procjena. Intuicija i emocionalne komponente bi putem navedenih odlika sestrinstva (nesebičnost, ljubav i žrtva) mogle zajamčiti bolju zaštitu od

dehumanizacije i samouništenja. Bioetička naobrazba može pomoći kako bi se razvio interaktivni međuljudski odnos medicinska sestra/tehničar – bolesnik gdje bi, osim moralnoga djelovanja, na snazi bio i visokostručni rad utemeljen na znanstvenim dokazima.

Principalizam se temelji na etičkim teorijama definiranim i dogovorenim na jednak način, univerzalistički što je više moguće i važno je da se radi prema tim osnovnim načelima: poštovanje autonomnih odluka korisnika, povjerljivost, briga o dobrobiti korisnika itd.(Úriz-Pemán, Ballestero, Idareta 2013.) Međutim, potrebno je prema navedenim klasičnim etičkim teorijama definirati skup osnovnih etičkih vrijednosti i načela za profesiju medicinskih sestara/tehničara. Svakako treba prepoznati da su to nužni, ali ne i dovoljni uvjeti za dobru etičku kvalitetu intervencija s bolesnicima. U razumijevanju te profesije, principalizam nije dovoljan za postizanje veće etičke kvalitete u socijalnim intervencijama kada su pitanju temeljne životne odluke. Moraju se uzeti u obzir vrlo važni aspekti nastali novonastalom etikom iz perspektive postmodernosti: osjećaji, razboritost, socijalna konstrukcija vrijednosti i značenja obiju strana toga fluidnog odnosa bolesnika i medicinskih sestara/tehničara.

Zaključno, ovi aspekti ukazuju na potrebu daljnjega produbljivanja stalno novih interakcija između pojedinaca i značenja (ne samo kognitivna već i emocionalna) ugrađena u taj odnos. Ljudsko biće nije samo čista racionalnost; to je također emocija, naklonost. Kada bolesnik komunicira sa stručnjakom, odnos se ne može svesti samo na nekoliko etičkih teorija iz racionalne perspektive: također se javlja i emocionalna reakcija između obiju strana. U profesionalnim sestrinskim intervencijama, koje uključuju skrb i zbrinjavanje, emocionalne reakcije mogu biti još jače. Iz toga je razloga važno da medicinske sestre/tehničari preciznom edukacijom dobivaju etičku perspektivu koja će im pomoći racionalno primijeniti etička načela i teorije, ali i da su u mogućnosti staviti se u perspektivu drugih, posebno terminalnih i umirućih bolesnika.

### *3.3. Bioetička edukacija kroz metodiku zdravstvene njege*

Na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu se petnaestak godina poučavaju bioetički kolegiji u širemu okviru bioetičke edukacije. Cilj je medicinske sestre/tehničare i drugo zdravstveno osoblje naučiti razlikovati etičke od drugih problema. Nastava se kombinira teorijskim (predavanja) i praktičnim (seminari) načinom. Ukratko, nastavni program za sestrinstvo ima tri tematske cjeline:(“Studijski Programi s Ishodima Učenja” n.d.) Etičke teorije, vrijednosti, načela i pravila, Metode etike; Etika sestrinstva u praksi i bioetičke dvojbe

studenata koje se aktivno usmeno izlažu uz raspravu i naknadno se pismeno rješavaju. Studentima se nudi slobodan odabir ponuđenih tema o kojima žele raspravljati i etički prosuđivati. Studenti očekuju zanimljivu, korisnu i opuštenu atmosferu. Očekuju da će naučiti aktivno slušati i kritički misliti.

Teme su raznolike, a odnose se na primjenu etike u sestrinskoj praksi, odnosima u zdravstvenom timu i (ne)etičnom ponašanju. Teme koje studenti žele obrađivati su etički pristupi pacijentu sa specifičnim potrebama (ovisnik, oboljeli od AIDS-a, psihijatrijski bolesnik). Neizostavne teme su etika i abortus, etika i eutanazija, etika i transplantacija, etika i kloniranje itd. Studenti u metodologiji uz pomoć voditelja biraju teme, traže literaturu, a često svjedočanstvom nekoga životnog događaja ili situacije dolaze do primjera opravdana etičkoga znanja. Služe se domaćom i stranom bioetičkom literaturom, novinskim člancima i internetom. Kako bi mogli argumentirano raspravljati, unaprijed se dogovori tema koja se obrađuje.

Pristup temi u grupnome radu je takav da prvo ide programirano podučavanje, a zatim protivnici i zagovornici te analiza slučajeva. Teme se obrađuju uz jačanje etičkih vještina koristeći etička načela, pravila, koristeći etičke akte kao razne kodekse HUMS-a, ICN-a i ANA-e.("Etički kodeks medicinskih sestara" 2005.) Definiraju se etički problemi prema teorijama utilitarizma i deontologije.(Frković 2007.) U raspravama se opredjeljuju npr. za protivnike i zagovornike eutanazije te porotu koja kritički sluša i komentira obje skupine i iznosi jače argumente. Rasprava je interdisciplinarna i uključuje religijske, medicinske, pravne, društvene i etičke poglede. Velik broj studenata školuje se uz rad i susreće se s raznim problemima u svojoj praksi tako da se na kraju nastave iznjedre konkretni prijedlozi za rješavanje nekoga etičkog problema. Ovakvim radom studenti izmjenjuju svoje misli, bruse stavove za argumentaciju, poštuju tuđe stavove, a najviše uče aktivno slušati i kritički misliti. Mjerljiva evaluacija takve primijenjene metodologije je povratna informacija kako nekom temom potaknuti raspravu i prenijeti ju u svoje obitelji i radnu sredinu. Počinju primjenjivati novije etičko ponašanje prema pacijentima i svojoj okolini. Pozitivno mijenjajući sebe, pomažu i mijenjanju drugih. Medicinske sestre/tehničari pokazuju velik interes za takav način izvođenja nastave, što pokazuju ankete koje se provode na kraju odslušane nastave, kao i ocjene ispita iz bioetičkoga znanja.

„Zdravstvena njega je umjetnost i znanost. Zahtijeva razumijevanje i praktičnu primjenu specifičnih, na istraživanjima temeljnih znanja i vještina koja su izvedena iz humanističkih, bioloških i društvenih znanosti kao i teorije menadžmenta" (WHO, 1996).(Ćukljek 2010.)
Proces zdravstvene njege je sustavan, logičan i racionalan pristup za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema. Osnovna načela zdravstvene njege traže usmjerenost na pacijenta,

uvažavanje pacijenta i holistički (cjelovit) pristup, koji označava promatranje pacijenta kao jedinstveno tjelesno, psihičko i duhovno biće u socijalnome kontekstu.(Abou Aldan 2019.)

Glavni nastavni predmet na svim razinama školovanja je *zdravstvena njega*. Ona je usmjerena prema sadržajima koje proučava znanost sestrinstva sa svim svojim odrednicama i specifičnostima. Zdravstvena njega je sofisticirano područje bioetičke edukacije koja traje cijeli život, bez obzira na formalno školovanje. U biomedicini se svake dvije godine mijenjaju tehnički aparati, a s njima je potrebna i nova prilagođena edukacija. Uz hrpu izvođenja manualnih vježbi, u podlozi ostaju i brojna teorijska znanja. Predavač sâm pedagoški transformira nova znanja i spoznaje nastavnim procesom i udžbenicima, prenosi ih učeniku ili studentu i potiče njegovo samostalno učenje koje reproducira i primjenjuje u skladu sa svojim mogućnostima i iskustvima.

Nastavni predmeti u sklopu zdravstvene njege sadrže različit opseg, dubinu i redoslijed izlaganja, a izvode se od jednostavnijih jedinica prema složenijim.(Abou Aldan 2019.) Temeljna znanja i bazične vještine obrađuju se na početku obrazovanja, a specijalna zdravstvena njega na višim godinama učenja, što ovisi o kvaliteti programa na mikro- i makrorazini. Specifičnosti i vještine profesije određene su količinom znanja koja nikada nije dovoljna, pa se sve više govori o cjeloživotnome usavršavanju i učenju. Postignuti ishodi učenja usklađeni su s budućim radnim ozračjem i očekivanjima koja se postavljaju pred medicinske sestre nakon završene naobrazbe. Tako se može zaključiti da je zdravstvena njega pedagoško-didaktička modifikacija sestrinske znanosti.(Abou Aldan 2019.)

Sestrinstvo je i u svijetu i u Hrvatskoj mlada profesija te je prvo potrebno definirati sestrinsku znanost kako bi se odredili nastavni sadržaji koji se trebaju poučavati unutar fenomena sestrinstva i područja zdravstvene njege. Pitanje profesionalnih, moralnih i vrijednosnih kriterija svih zdravstvenih profesija u odnosu prema sestrinstvu još su uvijek dvojbena i neusklađena, pa su tako i autentični identitet i vrijednosna struktura profesije sestrinstva još u formiranju.(Kalauz 2011.) Bez obzira na sveobuhvatnost sestrinske znanosti, poučavanje je u sestrinstvu usmjereno prema temeljnim zadaćama koje se isprepliću i dopunjuju. Temeljne zadaće su stjecanje znanja o sestrinskoj znanosti i teoriji, stjecanje vještina za kliničko prosuđivanje i djelovanje te stjecanje bioetičkoga znanja i socijalizacija.(Abou Aldan 2019.)

Svaka medicinska sestra prema svojim sposobnostima stečeno kognitivno znanje iz zdravstvene njege na poslu pretvara u primjenljivo znanje u odnosu s pacijentom. To je vrlo složena zadaća, čija uspješnost ovisi o spoznajnim procesima, kritičkome mišljenju i sposobnosti dobre prosudbe te kliničke prilagodbe, zbog čega je nužan obrazovni standard za

provedbu zdravstvene njege temeljene na dokazima, kao i holistički i individualni pristup. Prema Burruss i Popkess, kritičko mišljenje sadrži sastavnice: traženje istine, (podrazumijeva znatiželju i postavljanje pitanja, otvorenost uma što omogućuje prihvaćanje drukčijeg mišljenja), sposobnost analize (osvješćuje probleme i posljedice), sistematičnost (usmjerava prema problemu), samopouzdanje, razboritost i zrelost.(Buchberger, Bolčević, Kovač, n.d.; Abou Aldan 2019.)

Kliničko promišljanje je proces donošenja odluka uzimajući u obzir sve alternative i usporedbe s dokazima kako bi se odabrao najbolji postupak u skrbi za pacijenta. Kritičko mišljenje i kliničko promišljanje su učenje na slučajevima u stvarnim situacijama. Uz integraciju predavanja i kliničke nastave, zdravstvena njega kao nastavni predmet ostvaruje svoj obrazovni cilj, a onaj odgojni se formira na temelju vrijednosnoga sustava. U naobrazbi medicinskih sestara odgojna komponenta nije ništa manje važna od obrazovne. U kontaktu s pacijentom, uz uspješno izvedenu manualnu vještinu, npr. venepunkcije, koja se tehnički ponavlja koliko je god potrebno, itekako su značajni komunikacija, povjerenje, personalizirana prilagodba i poštovanje etičkih načela.(Abou Aldan 2019.)

Prema navedenim se komponentama u bioetičkoj edukaciji medicinskih sestara otkriva sva složenost profesije jer, osim postupaka u provođenju zdravstvene skrbi, nužno je poštovati i osobu o kojoj se skrbi. Sva područja znanja su nedjeljiva, a odgoj je fenomen koji ostvaruje neki ideal čovjeka, koji se ostvaruje ponašanjem i učenjem vrijednosti te se metodički uvijek polazi od moralnoga odgoja. Temeljna odgojna područja su egzistencijalni odgoj (sadrži zdravstveni odgoj), socijalni odgoj (život u zajednici) i humanistički odgoj (pozitivna slika o sebi, ljudska prava).(Bognar 1999.)

„Poznato je da je cilj odgoja, kao i odgoj uopće, društveno uvjetovan. Ovisan je o postojećim društvenim, ekonomskim, socijalnim, filozofskim i opće kulturnim prilikama u društvu. To znači da se usporedno s društvenim promjenama mijenja i shvaćanje odgojnog cilja, svrhe i zadaće odgoja.“(Vukasović 1993.) Temelj dobra sestrinstva je skrb s pacijentom u središtu. Na osobu koja se formira u profesionalca odgojni učinak može imati samo uzorni učitelj jer najbolja odgojna mjera je osobni primjer. Odgojne zadaće u sestrinskoj skrbi, uza specifične vještine utemeljene na jedinstvenim znanjima i individualno prilagođene, usmjerene su prema stjecanju potrebnih vrijednosnih sustava i njima pridruženih stavova i navika o čovjeku, životu i smrti. Taj uzorni učitelj jedino bi mogao opstati ako će biti otvoren prema novome znanju koje se stalno mijenja, ali i stabilan u moralnim kriterijima. Bioetika nudi novo područje ljudskoga promišljanja i istraživanja o tome kako sačuvati čovjeka, njegov opstanak,

ali i njegovo dostojanstvo. U tome je kontekstu zdravstvena njega velika platforma za dijalog s onima koji su najranjiviji u društvu, bolesni i nemoćni.

### *3.4. Školovanje i status medicinskih sestara u hrvatskome zdravstvenom sustavu*

U sestrinskoj se naobrazbi zadnjih desetak godina događaju dramatične i intenzivne promjene. Uveden je jedinstven srednjoškolski kurikulum, otvorilo se sveučilišno školovanje i pojavljuju se prve medicinske sestre i tehničari s doktoratom znanosti.(Abou Aldan 2019.) Velik broj teorijskih i praktičnih nastavnih programa traži sve više ljudi koji se trebaju uključiti u sustav poučavanja. Za to je potrebno više udžbenika koje trebaju napisati upravo medicinske sestre i tehničari kako bi bili profesionalno i metodički oblikovani za usvajanje brojnih kompetencija specifičnih za hrvatski zdravstveni sustav. Kao krunu zvanja, medicinske sestre mentori trebaju znanje i vještine kojima će educirati nove predavače i mentore.

Školovanje medicinskih sestara u Hrvatskoj organizirano je na trima razinama: srednja medicinska škola, preddiplomski i diplomski studij sestrinstva. Srednjoškolsko obrazovanje traje pet godina i njime se stječe zvanje „medicinska sestra/tehničar opće zdravstvene njege“. Preddiplomski je studij sestrinstva na trogodišnjoj razini i njime se stječe naziv prvostupnica/prvostupnik sestrinstva, a nakon studija potrebno je stručno osposobljavanje i polaganje stručnoga ispita. Diplomski specijalistički studij omogućava medicinskoj sestri/tehničaru obavljanje specifičnih i složenih zadataka te postupaka na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Medicinske sestre i tehničari nakon završena diplomskoga studija moći će samostalno donositi odluke o zdravstvenoj njezi i samostalno organizirati te upravljati resursima koji su u djelokrugu rada medicinskih sestara.(Čukljek, Karačić, Ilić, n.d.) Medicinske sestre imaju potrebu za cjeloživotnom kontinuiranom edukacijom kojom stječu nove vještine, znanja i spoznaje o novim sofisticiranim tehnologijama, zahvatima i novim generacijama lijekova.

Postoje različiti pogledi na medicinske sestre u društvu, posebice kada se govori o profesionalnoj autonomiji. Između profesionalnih ideala i profesionalne percepcije postoji razlika u kojoj se nalazi problem. Profesionalni ideal je profesionalna autonomija, ali aktualno stanje stavlja medicinske sestre u podređeni položaj. One su izložene nizu različitih normi, ograničenom proračunu, radnom opterećenju koje ugrožava njihovo zdravstveno stanje i konfuziji organizacije rada, aroganciji suradnika i nasilju agresivnih pacijenata. Pod takvim uvjetima medicinske sestre nisu u mogućnosti ispuniti svoja profesionalna očekivanja jer je

stvarnost tih uvjeta u suprotnosti sa željom za samoostvarenjem profesije.(Čukljek, Karačić, Ilić, n.d.) Stupanj samostalnosti medicinske sestre određen je vrstom aktivnosti koju izvodi, odnosno problema koji rješava. Dakle, medicinska je sestra samostalni zdravstveni djelatnik, čija je primarna djelatnost zdravstvena njega, a specifični je sadržaj njezina rada određen brojnim pokazateljima. Jedna od djelotvornijih zadaća je naobrazba i odgoj mladih i budućih medicinskih sestara/tehničara. To je moguće samo ako će i nastavnici/odgojitelji rasti u istini, znanju i traženju. „Odgojitelj mora imati stav duboke poniznosti. Ne treba li i on svaki dan učiti? Samo ta poniznost dopustit će mu da bude raspoložen i otvoren.“(Golub 2004.) Ivan Golub nastavlja kako bi odgajatelj trebao biti unutarnje bogat. On daje i ne misli na primanje, a čast, priznanja i ugled ne znače mu mnogo. Nema osjećaj superiornosti i ne želi ništa nametati.(Golub 2004.)

U svakoj državi, pa i u Hrvatskoj, od svih javnih službi, zdravstveni sustav zahvaća velik broj zaposlenika, a samim time je složen i financijski opsežan. Medicinskih sestara u Hrvatskoj ima oko pedeset tisuća i najbrojnije su od svih profesija u zdravstvu.(“Licence” n.d.) Nazivaju ih „nosivim stupom“ toga sustava. Službeno i šturo značenje te profesije smatra medicinske sestre i tehničare zdravstvenim radnicima čija djelatnost obuhvaća postupke, znanja i vještine zdravstvene njege. Razvoj i utemeljenje sestrinstva kao profesije ima izvore na posebnoj profesionalnoj etici koja je važna karika u izgradnji profesionalnog identiteta i osobnoga rasta. Atributi vezani za profesionalni identitet medicinskih sestara/tehničara su suosjećanje, kompetentnost, pouzdanost, konzistentnost, predanost, hrabrost i asertivnost.(Čukljek 2016.)

Svakodnevnim bioetičkim izazovima s kojima se medicinske sestre i tehničari suočavaju, ključno je imati pregled nad razvojem objektivnih okolnosti u kojima medicinske sestre i tehničari rade, kao i njihov utjecaj na materijalne uvjete i ugled struke. Nije dovoljno gledati te izazove na individualnoj i anegdotalnoj razini, već je potrebno raditi na sustavnoj i institucionalnoj analizi kako bi se omogućila što šira podrška i snalaženje u novim okolnostima na način koji će pridonijeti profesionalnomu razvoju same struke.(Butts 2011.)

Činjenica je da struka nije pozitivno i dovoljno prepoznata u javnosti i da same sestre ne rade dovoljno na tome. Normativni pojmovi pravednosti, supsidijarnosti, solidarnosti i svrsishodnosti u koliziji su s načelima tržišnoga natjecanja i konkurencije.(Edgar 1994.) Kada je riječ o funkcioniranju zdravstvenoga sustava u odnosu na medicinske sestre, tržište nije najbolje rješenje. Hrvatski zdravstveni sustav danas pokazuje rezultate tržišnoga i političkoga eksperimentiranja s reformama koje nisu dovoljno učinkovite. Sestrinstvo kao poziv zahtijeva potpunu predanost radu i brizi za pacijente, ali je medicinske sestre i tehničare potrebno više

uključiti u rad na poboljšanju funkcioniranja cijeloga sustava i ostalih čimbenika koji utječu na zdravlje stanovništva, posebice u promociji zdravlja.

### *3.5. Bioetički aspekti eutanazije u svjetlu profesije medicinskih sestara i tehničara*

Profesionalna etika sestrinstva počinje se razvijati 1970. godine i nastavlja do danas sve većim intenzitetom. Suvremena praksa se zasniva na najnovijim znanstvenim spoznajama i temeljnim moralnim vrijednostima. Prisutan je velik broj etičkih dvojbi u sestrinstvu, a novije istraživanje studenata sestrinstva na Medicinskome fakultetu u Zagrebu istaknulo je četiri glavne etičke teme.(Kolić 2017.) U istraživanju je sudjelovalo 107 ispitanika polaznika diplomskoga studija sestrinstva na Medicinskome fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, generacije upisane na 1. godinu studija u akademskoj godini 2014./2015. i 2015./2016. Eseji su hermeneutski analizirani kvalitativnom metodologijom koristeći se prikladnom metodom analize slobodnoga teksta. Na temelju ovoga istraživanja primijećeno je da su kod medicinskih sestara najrasprostranjenije četiri glavne etičke teme: komunikacija, strah od suprotstavljanja, prava bolesnika i *pravo na život ili smrt.* Eseji su ukazali da je potrebna bolja edukacija medicinskih sestara u području etike i komunikacijskih vještina. U zaključku istraživanja predlaže se uvođenje radnoga mjesta za bioetičara-konzultanta na određenim kliničkim odjelima kako bi medicinskim sestrama/tehničarima, bolesniku, obitelji bolesnika i ostalim zdravstvenim djelatnicima pomogao savjetovanjem pri suočavanju s etičkim temama i dilemama.(Kolić 2017.)

Sestrinstvo se kao profesija u svojoj biti stalno razvija kao praktična struka vođena znanjem satkanima od niza elemenata ukupne interdisciplinarne znanosti i zdravstvene skrbi. Percepcija medicinskih sestara koje sudjeluju u organizacijskoj kulturi, koje su *leaderi,* stvara ozračje promicanja života, a ne uništavanja. Sestrinstvo želi ostati poziv i želi biti umjetnost koja traži istinu o čovjeku i svijetu. U životu čovjeka ima nešto što ga nadilazi, jače je i veće od nas. Svaki život bi se trebao istinski poštovati. Ontološki cilj i tajna njezine supstancije je poštovanje ljudskoga dostojanstva.(Cooper i sur. 2004.)

„Neizbježno, svaki ljudski život dolazi do svoga kraja. Osigurati da se to dogodi na dostojanstven, pažljiv i što je moguće manje bolan način, zaslužuje toliki prioritet koliko i svaki drugi. To je prioritet ne samo za liječničku profesiju, za zdravstvo ili za socijalne službe, nego za cjelokupno društvo".(S. Vuletić i sur. 2014.)

Poveznica sestrinstva i primijenjene etike traje od začetaka uloge njegovateljice kao prethodnice sestrinske profesije sa zajedničkom točkom koja i jedno od načela bioetike, a to je *dobročinstvo*. Ostala načela su neškodljivost, autonomnost i pravednost.(Šegota 1997.) Dobročinstvo i neškodljivost zahtijevaju od osobe koja skrbi za pacijenta obvezu maksimalne dobrobiti i minimalne štete. Autonomnost se temelji na samosvijesti pacijenta i na njegovu pravu na donošenje odluke, a pravednost sadrži istinitost i povjerenje, što su uporišta za izgradnju kvalitetna odnosa između pacijenta i svih članova interdisciplinarnoga tima.(Pellegrino, Siegler, Singer 1990.)
Dobrovoljna eutanazija nije samo bioetički problem već sve više postaje i socijalno-politički jer uključuje javnost i profesije povezane s umirućim osobama. U novoj epohi profesionalnoga razvoja, posao medicinskih sestara sadrži pristup osobama na granici života i smrti, jedine sigurne izvjesnosti koja sestrinskoj profesiji daje ozbiljnu težinu i odgovornost.

Autorica ovoga rada potaknuta je na obradu ove teme analizom pismenih radova studenata. Kako je navedeno u poglavlju *3.3. Bioetička edukacija kroz metodiku zdravstvene njege*, studenti u sklopu seminarske nastave pišu esejske radove na zadatak moralna dvojba. Metodom analize slobodnoga teksta došlo se do presjeka rezultata kritičkoga mišljenja velika broja medicinskih sestara, koje rade s umirućima za vrijeme njihova studija.

Tijekom razdoblja od deset godina (2007. – 2017.) obrađeno je preko 3500 pismenih radova. Zajednički zaključak pismenih radova studenata bio bi da je očekivano rješenje za umiruće pacijente hospicij, a ne dobrovoljna eutanazija. Prema opisima iz pismenih radova na temu eutanazije, gdje se prikazuju razni slučajevi iz prakse, vidi se da studenti podržavaju tezu kako „vrijednost ljudskog života i zadovoljstvo istim ne ovise u potpunosti o životnoj funkcionalnosti.“(Marinić 2017.) Većina (95 %) opisanih iskustava i događaja upućuje na pozitivnu brigu i želju za životom, što bi bio žešći protueutanazijski argument. Međutim, danas moderna zapadna civilizacija promotivno-publicističkim i društveno-medijskim pristupom stavlja tabu-oznake događaju smrti i najradije bi ju eliminirala iz života koji je pun prosperiteta te samo galopira prema profitu. Kako onda tu prihvatiti smrt koja sve zaustavlja? Iz toga je jasno da smrt nije poželjan predmet razgovora suvremenoga društva zapadne civilizacije.

Nasuprot tomu liberalnom konzumerističkom stavu, medicinske sestre i tehničari za umiruće predlažu hospicij i palijativnu skrb. Ipak se iz radova zaključno vidi da se kod osoba koje trebaju trajnu skrb druge osobe nešto češće javlja misao o eutanaziji. Ta misao je okarakterizirana kao vapaj za pažnjom i blizinom. Argument kao želja za što bržom smrti je iskaz osobe da ne želi biti na teret bližnjima i društvu. U prilog tomu navodi se strah od patnje koji zapravo nije odraz istinske unutarnje želje za eutanazijom jer je i patnju moguće prihvatiti

ako osoba živi u ugodnome i sigurnome ozračju te civilizaciji ljubavi gdje je svaki život prihvaćen kao dar.(Marijana Braš i sur. 2016.)

Princip i logika darovanosti je egzistencijalno pitanje u kojemu je svako ljudsko biće najviša vrijednost od začeća do naravne smrti. Ostali argumenti koji idu u prilog eutanaziji su usamljenost, socijalna izolacija, financijske poteškoće i nedostatak duhovne potpore, koji su rješivi boljim sustavom i multidisciplinarnim timskim radom.

Cilj je kod umiruće osobe jačati osjećaj pripadnosti, ostvarenosti i smisla, a ne osjećaj viška i odbačenosti – smatraju medicinske sestre/tehničari. Godišnje u Hrvatskoj umre oko 52 000 ljudi.("Prirodno Kretanje Stanovništva Republike Hrvatske u 2018." 2019.) Problem se javlja već u obitelji, koja se otuđuje od svoga umirućeg člana zbog raznih objektivnih i subjektivnih poteškoća i samo ih 30 % umire u svome domu uza članove obitelji, a ostali umiru u bolnici.(Markešić 2014.) Eutanazija se nameće kao rješenje problema dostojanstvena završetka čovjekova života u terminalnoj fazi bolesti, kao rješenje svih njegovih problema, bolova i strahova. Zapravo, eutanazija je lažni humanizam u kojemu nema ničega dostojanstvenoga ni humanoga za ljudsko biće.(Pessini 2004.)

Zaključno, edukacija medicinskih sestara i tehničara o prihvaćanju umiranja kao prirodnoga procesa nasušno je potrebna i trebala bi biti zastupljenija u formalnoj naobrazbi kao strukturirana obveza. Razvojem palijativne skrbi, otvaranjem hospicija, stvaranjem interdisciplinarnih timova za palijativnu skrb i uključivanjem šireg građanstva u pomaganje umirućima, poticala bi se empatija, zajedništvo, a potrebe za eutanazijom ne bi niti bilo.

Snažna svjedočanstva iz sestrinske prakse mogla bi ići u prilog tomu opravdanju. Posebice nakon Domovinskoga rata kada je jedan veći broj branitelja imao teške kronične bolesti koje su išle u smjeru terminalnoga stadija i skoroga umiranja.(Mihaljević, Tadić 2017.) Te osobe su često umiranju i smrti gledale u oči, a onda kada su te trenutke prepoznali u vlastitu životu, nisu bili u mogućnosti podnijeti osamljenost, gubitak pažnje i ljubavi mnogo više od boli i gubitka funkcionalnosti tijela. Snažno su željeli produžiti svoj život, ostati, biti uz nekoga svaku minutu, svaki sat. Medicinske sestre/tehničari su bili sudionici te snažne volje za životom umirućih branitelja, a istovremeno su znali da je umiranje u tijeku i nisu se lako nosili s tom situacijom. Upravo to iskustvo sučeljavanja sa smrću branitelja u bolnici bilo je jedan od poticaja za istraživanje i obradu ove teme. Samim tim nastala je i potreba da se u takvim graničnim situacijama života i smrti osnaži smisao vlastita postojanja onima kojima je to i profesija. Iz toga opravdanja svjedočanstava nema ni traga znanju o poželjnoj eutanaziji, već samo divljenje i poštovanje prema tajni života i prihvaćanju prirodne smrti.

Ono što određuje i razlikuje život čovjeka od života drugih živih bića je njegova „nutrina“ koja sadrži subjektivnost, razumnost, slobodu, djelovanje i osjećajnost. Ta „nutrina“ je duhovnoga karaktera i ima vrijednost, a to je čovjekovo dostojanstvo. Tehnika, znanost i sva civilizacija trebale bi biti u službi čovjeka, ali su zapravo „neutralne“ prema njegovu dobru. Na primjer, nož kao proizvod može odrezati kruh i nahraniti gladnoga čovjeka, ali može i ubiti čovjeka. Materijalna dobra mogu služiti čovjekovu životu, ali i smrti, drugim riječima, materijalna dobra ne sadrže dobro i zlo, već ih proizvodi i koristi čovjek. To je razina direktnoga odnosa osobe prema osobi ili osobe prema samoj sebi. Osoba jest slobodno biće, ali njezina sloboda ne znači nezavisnost od društva.(Wojtyla 1998.)

U suprotnome vreba etički utilitarizam, a njegova najveća opasnost su *granice*. S ove etičke razine proučavat ćemo pogled na eutanaziju. Prema teorijskoj pozadini, u dosadašnjemu je tekstu vidljivo da rad medicinskoga osoblja ne sadrži provođenje dobrovoljne eutanazije u Hrvatskoj, što je jasno regulirano i zakonom, ali se ne može reći da se ona ipak ponegdje ne provodi – tiho i suptilno, bez prisutnosti javnosti, daleko od očiju svjedoka ili uz ponekoga „nijemog svjedoka“ koji je član isto tako ponekoga „nijemog tima“. Kao što poznati pjevač kaže „Istina je voda duboka“, u istraživanju koje slijedi bit ćemo tražitelji istine o stavovima medicinskih sestara i tehničara prema dobrovoljnoj eutanaziji.

# 4. ISTRAŽIVANJE: STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O DOBROVOLJNOJ EUTANAZIJI U ODNOSU NA FILOZOFIJU PETERA SINGERA

## *4.1. Ciljevi istraživanja*

Prethodna razmatranja pokazuju koliko je profesija medicinskih sestara i tehničara povezana i ovisna o širini znanja iz mnogih biomedicinskih područja, a isto tako i iz humanističkih i društvenih. Čovjek je biće susreta i biće komunikacije, a ta potreba je još jača kada je bolestan ili u terminalnoj fazi bolesti. Cilj istraživanja je osvijestiti potrebe za interdisciplinarnim pristupom u edukaciji medicinskih sestara/tehničara gdje je nužno izbjeći pretjerano paternalistički, ali i apsolutno autonomni pristup sestrinske skrbi prema umirućim bolesnicima. Naobrazba medicinskih sestara/tehničara ne može se zadovoljiti samo vlastitim osobnim rezultatima, već i prilagoditi potrebama u praksi, a te potrebe su promjenjive. U tome kontekstu, znanja je moguće iznjedriti iz mnogih područja od kojih su najčešća znanja iz područja bioetike, duhovnosti, zdravstvene psihologije, legislative i komunikacijskih vještina, kao i svih ostalih prirodnih znanosti relevantnih za sestrinsku struku. U okviru praktičnoga i sveobuhvatnoga djelovanja, spajanjem iskustvene i profesionalne perspektive, očekivani rezultati ovoga istraživanja žele afirmirati novu percepciju prema znanju medicinskih sestara, koja je teorijski artikulirana o poznavanju dobrovoljne eutanazije, a ipak utemeljena na dokazima u praksi. Prema toj agendi, nastojali smo formirati neke osnovne i specifične ciljeve:

1. Istražiti razinu znanja medicinskih sestara/tehničara prema dobrovoljnoj eutanaziji.
2. Utvrditi njihove stavove prema bolesnicima u odnosu između situacija umiranja i potreba za eutanazijom.
3. Utvrditi podržavaju li medicinske sestre/tehničari argumente za dobrovoljnu eutanaziju filozofa Petera Singera.
4. Ispitati predikcijsku vrijednost Singerovih postavki na stavove o eutanaziji, uz kontrolu sociodemografskih varijabli.
5. Istražiti na koji način više medicinske sestre/tehničari stvaraju sliku o umiranju i eutanaziji: na osnovu vlastita iskustva iz prakse, osobnim kontaktima i komunikacijom s bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti ili razgovorom s drugim kolegicama, kolegama i članovima tima te čitanjem stručne literature.

6. Ispitati postoji li potreba za dodatnom edukacijom o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti i dostojanstvu umiranja. Nakon toga je poželjno naznačiti eventualne modele provođenja te bioetičke edukacije, npr. razgovor s kompetentnom i visokostručnom osobom, organizirano predavanje, edukacijski materijali, radionice, tribine ili adekvatna literatura.
7. Utvrditi stavove medicinskih sestara/tehničara o tome postoji li razlika u pojavi straha i prihvaćanju smrti kod bolesnika koji su vjernici ili nevjernici i ispitati utjecaj njihove bliske socijalne sredine.
8. Utvrditi postoji li statistički značajna povezanost između sociodemografskih podataka (dob, spol, stupanj obrazovanja, način studiranja i radno mjesto) u formiranju određenih stavova prema situaciji umiranja i dobrovoljnoj eutanaziji.

### *4.2. Hipoteze*

Prema dosad prikazanoj interpretaciji teme, formirane su sljedeće radne hipoteze:

1. Na temelju dosadašnjih spoznaja i posebice na temelju uvida u pisane studijske radove medicinskih sestara/tehničara na studiju sestrinstva, naša bi prva hipoteza glasila: *Medicinske sestre i tehničari ne podržavaju dobrovoljnu eutanaziju.*
2. Život kao takav je, prema etici svetosti života, neupitna vrijednost za sebe i u sebi te neovisan o bilo kojim izvanjskim uvjetima poput dobi, radnoga staža i slično, pa bi naša druga hipoteza glasila: *Kod medicinskih sestara i tehničara ne postoji značajna povezanost između dužine radnoga staža i stavova o dobrovoljnoj eutanaziji.*
3. Iz istih razloga kao i kod prethodne hipoteze, naša je treća hipoteza: *Ne postoji značajna povezanost između dobi medicinskih sestara/tehničara i stavova o dobrovoljnoj eutanaziji.*
4. Na redovnome studiju sestrinstva uglavnom studiraju mlađe osobe koje nisu u radnome odnosu, za razliku od izvanrednoga studija gdje je nastavni program nešto kraći, no ne i manjega opsega, a izvanredni studenti su češće zaposleni u struci. Znamo da na formiranje stavova vrlo često utječu i razne spoznaje, posebice one iskustvene, no kako se ovdje radi o ljudskome životu kao neupitnoj vrednoti, naša četvrta hipoteza ipak glasi: *Između redovnih i izvanrednih studenata ne postoji statistički značajna razlika u stavovima prema dobrovoljnoj eutanaziji.*

5. U sljedećoj hipotezi odlučili smo napustiti ideju života kao neupitne vrijednosti i prihvatiti mogućnost da na formiranje stavova o eutanaziji može utjecati osobni vrijednosni sustav, društveni vrijednosni sustav, ali i sustav vrijednosti ustanove u kojoj je osoba zaposlena. Znajući da neki od naših ispitanika rade u bolničkome sustavu, neki u izvanbolničkome, a neki su nezaposleni, naša sljedeća hipoteza glasi: *Postoji statistički značajna razlika u stavovima prema dobrovoljnoj eutanaziji s obzirom na radno mjesto, odnosno radni status medicinskih sestara i tehničara*.
6. Tiha prisutnost uz umiruće pacijente nosi posebno iskustvo. Iako oni obično izgovaraju malo riječi, one su često duboka značenja i „prava životna mudrost". Izgovorene u agoniji umiranja, pamte se zaista godinama. U komunikaciji s umirućim pacijentima gdje vrijeme ima više dimenzija i više je cijenjeno, medicinske sestre/tehničari svakako dotiču i temu religioznosti. Kakva je njihova percepcija, tvrdi šesta hipoteza: *Medicinske sestre/tehničari uočavaju razliku nošenja sa stresom između religioznih i nereligioznih pacijenata.*
7. Nastavno na argumentaciju prethodne hipoteze, sedma hipoteza glasi: *Medicinske sestre/tehničari uočavaju razliku u prihvaćanju smrti između religioznih i nereligioznih umirućih pacijenata.*
8. Umiranje i smrt kao krizna stanja stavljaju u drugi plan razlike u poimanju smrti i načinu rada između medicinskih sestara i tehničara. Zbog toga, osma hipoteza glasi: *Nema razlike u načinu nošenja sa stresom zbog smrti pacijenata između medicinskih sestara i tehničara.*
9. Edukacije u svim oblicima nikada dosta: razgovor s kompetentnom osobom, organizirano predavanje, edukacijski materijali, radionice, tribine itd. Danas se najviše govori o aktivnome učenju i kritičkome mišljenju koje traje cijeli život. Posebno kada se radi o temama koje nisu omiljene, a opet su neizbježne, kao smrt, umiranje i eutanazija. U tome kontekstu deveta hipoteza kaže: *Medicinske sestre i tehničari u veliku broju smatraju da im je potrebna edukacija o bolesnicima u terminalnoj fazi umiranja.*
10. Argumenti Petera Singera su jaki, logički ispravni i vrlo ih je teško teorijski pobiti. Nasuprot tomu, medicinske sestre/tehničari u praksi snažno prepoznaju povjerenje svojih pacijenata i njihovu nadu u ozdravljenje. Tako njihovo iskustvo o toj temi nije maleno kada se radi o pojedinačnim slučajevima u praksi. Druga je priča kada se ti argumenti s osobne podignu na društvenu, širu razinu. Deseta hipoteza bavi se (ne)prihvaćanjem tih argumenata: *Medicinske sestre i tehničari ne prihvaćaju Singerove postavke o dobrovoljnoj eutanaziji.*

11. Stavovi medicinskih sestara/tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji sve manje imaju izvor u temeljnim moralnim pretpostavkama Hipokratove prisege. Medijski pritisci i moderne rasprave u javnosti poštuju osobne želje pojedinca, pa danas čovječanstvo ulazi u novu eru načina života u kojoj se uspostavlja progresivna kontrola nad tijelom čovjeka. Iz teksta koji je prethodno naveden, jasno je vidljivo da društvo i pojedinac postaju sve više gluhi i slijepi na trpljenje, gubi se strpljivost i prihvaćanje, a još više zajedništvo i uzajamna briga te poniznost prema vrlinama i korektnost. Bez obzira na Singerove argumente i na analize sociodemografskih varijabli, ljudi će slično razmišljati potaknuti trendom i posljedicama individualizma i liberalizma. Jedanaesta i posljednja hipoteza tvrdi: *Sociodemografske varijable i Singerove postavke ne predviđaju značajno stav o dobrovoljnoj eutanaziji.*

## *4.3. Metode istraživanja*

### *4.3.1. Instrumenti, ispitanici i postupak*

Empirijsko je istraživanje provedeno direktnim anketiranjem studenata sestrinstva putem dvaju uzoraka. Prvi je uzorak formiran slučajnim odabirom ispitanika, a sastojao se od 60 studenata redovnoga studija prve godine sestrinstva i 193 studenta izvanrednoga studija prve godine i pet studenata druge godine studija sestrinstva. Svi oni studiraju na Zdravstvenome veleučilištu Zagreb, a potječu iz različitih mjesta u Hrvatskoj. U ovome se uzorku radi o 253 studenata prve godine studija i pet studenata druge godine, ukupno 258.

Drugi je uzorak također formiran slučajnim odabirom ispitanika, a sastoji se od 79 studenata redovnoga studija sestrinstva treće godine studija i 146 studenata izvanrednoga studija sestrinstva treće godine studija. Svi studiraju na Zdravstvenom veleučilištu Zagreb i potječu iz različitih mjesta Hrvatske. Ukupno je u ovome uzorku 225 studenata treće godine studija sestrinstva. Ukupno je anketirano 483 studenata sestrinstva na Zdravstvenome veleučilištu Zagreb. Prikupljanje empirijskih podataka provedeno je tijekom ljetnoga semestra mjeseca travnja, svibnja i lipnja 2019. godine.

Način istraživanja je anketni upitnik s nekoliko tematskih cjelina:

1. Prvi dio upitnika (pitanja 1 – 9) odnosi se na utvrđivanje osnovnih sociodeomgrafskih obilježja koja je konstruirala autorica ovoga rada. Tvrdnje koje slijede odnose se na probleme dobrovoljne eutanazije i pitanja etičnosti medicinskih tretmana na kraju

života (10 – 34). Od ispitanika je traženo da na skali Likertova tipa raspona 1 do 5 (pri čemu odgovor 1 znači da se uopće ne slažu s tvrdnjom, a odgovor 5 da se u potpunosti slažu) izraze svoju razinu slaganja sa svakom od iznesenih tvrdnji. Anketni upitnik sadrži dio pitanja korištenih u istraživanju Instituta *Ivo Pilar*, koji su prilagođeni medicinskim sestrama. (Marinić 2017.)

2. Upitnik za anketiranje medicinskih sestara na temu „Eutanazija i situacija umiranja“ (35 – 62). Pitanja su postavljena 1988. godine na uzorku od 665 medicinskih sestara. Istraživanje je proveo Dragutin Novaković s Medicinskoga fakulteta u Zagrebu.(Novaković 1990.) U upitniku su ponuđeni različiti odgovori za koje su se ispitanici mogli opredijeliti.
3. Upitnik o utemeljenosti postavki filozofa Petera Singera. Upitnik je konstruirala autorica upravo za potrebe ovoga istraživanja. Anketa sadrži njegove sudove i argumente za dobrovoljnu eutanaziju koji su izneseni u 4. i 7. poglavlju njegove knjige *Praktična etika* (63 – 76). Ponuđeni su Singerovi stavovi, a od ispitanika je traženo da na skali Likertova tipa raspona 1 do 5 (pri čemu odgovor 1 znači da se uopće ne slažu s tvrdnjom, a odgovor 5 da se u potpunosti slažu) izraze svoju razinu slaganja sa svakom od iznesenih tvrdnji.

U statističkoj se obradi koristila deskriptivna i inferencijalna statistika za utvrđivanje značajnosti razlika između pojedinih rezultata. Za provedbu istraživanja priložena je potvrda *Etičkoga povjerenstva* Zdravstvenoga veleučilišta Zagreb.

### *4.3.2. Obrada podataka*

Prikupljeni podatci dobiveni putem upitnika uneseni su u unaprijed pripremljeni kodni plan u *Microsoft Office Excell* tablicu. Kontrola točnosti unesenih podataka provedena je na način da je istraživač ponovno provjerio unesene podatke za svaki dvadeseti upitnik. Statistička obrada podataka provedena je programom za SPSS.22, kojim su provedene obrade deskriptivne statistike za potrebe sociodemografskih podataka o ispitanicima te inferencijalna statistika u kojoj su provedeni *T-test*, *Hi-kvadrat* test, analiza varijance (*ANOVA*) i hijerarhijska regresijska analiza.

*4.4. Rezultati*

U prvome dijelu rezultata proveden je uvid u demografska obilježja ispitanika poput spola, ustanove u kojoj rade, godine studija i načina studiranja.

**Tablica 1.** Sociodemografska obilježja ispitanika

| | **frekvencija** | **postotak** | **ukupno ispitanika** |
|---|---|---|---|
| **SPOL** | | | |
| **muškarci** | 77 | 15,9 | |
| **žene** | 406 | 84,1 | |
| **USTANOVA** | | | |
| **bolnica** | 268 | 55,5 | |
| **izvanbolnička ustanova** | 58 | 12,0 | |
| **ne radi** | 157 | 32,5 | |
| **GODINA STUDIJA** | | | |
| **prva** | 253 | 52,4 | |
| **druga** | 5 | 1 | |
| **treća** | 225 | 46,6 | |
| **NAČIN STUDIRANJA** | | | |
| **redovni** | 142 | 29,4 | |
| **izvanredni** | 341 | 70,6 | |
| **Ukupno** | 483 | | |

Iz priloženih podataka u Tablici 1. vidljivo je kako preko 50 % ispitanika radi u bolnici, većina ispitanih je ženskoga spola (84,1 %), a muškoga spola je 15,9 % ispitanika. Što se tiče studiranja, najveći dio ispitanih su na prvoj i trećoj godini studija i 70 % njih studira izvanredno. Prosječna dob ispitanika je 26 godina (Sd = 7,09) i u prosjeku imaju oko četiri godine radnoga staža, no postoji velika varijabilnost u rezultatima te varijable (M = 4,25; Sd = 6,58).

**Tablica 2.** Prosječne vrijednosti dobi i radnoga staža ispitanika

| | **prosječna vrijednost** | **standardna devijacija** | **minimalni rezultat** | **maksimalni rezultat** |
|---|---|---|---|---|
| **dob** | 26,12 | 7,09 | 19 | 33 |
| **radni staž** | 4,25 | 6,58 | 0 | 32 |

*4.4.1. Stavovi ispitanika o dobrovoljnoj eutanaziji*

Deskriptivni podaci iz Upitnika stavova medicinskih sestara i tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji po pitanjima:

**Tablica 3.** Dobrovoljna eutanazija trebala bi biti legalizirana

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 63 | 13,0 | 13,0 | 13,0 |
| | uglavnom se ne slažem | 34 | 7,1 | 7,0 | 20,1 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 131 | 27,1 | 27,1 | 47,2 |
| | uglavnom se slažem | 108 | 22,4 | 22,4 | 69,6 |
| | u potpunosti se slažem | 147 | 30,4 | 30,4 | 100,0 |
| | Ukupno | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,50; Sd = 1,336

Ako spojimo dva odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, onda odgovor na tvrdnju: „Dobrovoljna eutanazija bi trebala biti legalizirana“ iznosi 52,8 %, što nije očekivano prema prvoj hipotezi. Neutralno je ostalo 27,1 % ispitanika, a 20,1 % je dalo negativan odgovor. Međutim, moramo uzeti u obzir još 24 odgovora iz upitnika koji slijede.

**Tablica 4.** Dobrovoljna eutanazija je ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 95 | 19,7 | 19,7 | 19,7 |
| | uglavnom se ne slažem | 72 | 14,9 | 14,9 | 34,6 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 118 | 24,4 | 24,4 | 59,0 |
| | uglavnom se slažem | 77 | 15,9 | 15,9 | 74,9 |
| | u potpunosti se slažem | 121 | 25,1 | 25,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,12; Sd = 1,445

Već ovi odgovori dovode u pitanje prethodni odgovor jer samo 50 % ispitanika zna što je dobrovoljna eutanazija, 34,6 % ispitanika ne poznaje definiciju, a 24,4 % je neutralno.

**Tablica 5.** Osoba koja je izvršila dobrovoljnu eutanaziju trebala bi kazneno odgovarati

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 271 | 56,1 | 56,1 | 56,1 |
| | uglavnom se ne slažem | 72 | 14,9 | 14,9 | 71,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 94 | 19,5 | 19,5 | 90,5 |
| | uglavnom se slažem | 21 | 4,3 | 4,3 | 94,8 |
| | u potpunosti se slažem | 25 | 5,2 | 5,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 1,88; Sd = 1,176

Povjerenje u liječnika kao svoga člana tima iskazalo je 71 % ispitanika ako se spoje dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“, 19,5 % ispitanika je neutralno, a samo 9,5 % misli da bi osoba koja je izvršila dobrovoljnu eutanaziju trebala kazneno odgovarati. Ovaj rezultat je pitanje solidarnosti i medicinskoga znanja, kao i kolegijalni pristup koji ne otvara pitanje podržavanja provođenja eutanazije, ali ga niti ne poriče.

**Tablica 6.** Pri liječenju bilo koje svoje teže bolesti, ne bih želio (željela) da me liječi liječnik za koga se zna da je već eutanazirao neke pacijente

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 206 | 42,7 | 42,7 | 42,7 |
| | uglavnom se ne slažem | 84 | 17,4 | 17,4 | 60,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 115 | 23,8 | 23,8 | 83,9 |
| | uglavnom se slažem | 34 | 7,0 | 7,0 | 90,9 |
| | u potpunosti se slažem | 44 | 9,1 | 9,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,23; Sd = 1,311

Povjerenje u liječnika kao svoga člana tima iskazalo je 60 % ispitanika ako se spoje dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“, 23,8 % ih je neutralno, a 16,1 % ispitanika ne želi da liječenje bilo koje njihove teže bolesti provodi liječnik za koga se zna da je već eutanazirao neke pacijente.

**Tablica 7.** Pacijent ima pravo tražiti da ga se eutanazira

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 46 | 9,5 | 9,5 | 9,5 |
| | uglavnom se ne slažem | 27 | 5,6 | 5,6 | 15,1 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 90 | 18,6 | 18,6 | 33,7 |
| | uglavnom se slažem | 111 | 23,0 | 23,0 | 56,7 |
| | u potpunosti se slažem | 209 | 43,3 | 43,3 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,85; Sd = 1,296

Spajanjem dvaju odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, odgovor na tvrdnju „Pacijent ima pravo tražiti da ga se eutanazira“ iznosi 66,3 % u korist pacijentova prava na traženje eutanazije, što je rezultat priznavanja sve veće autonomije pacijenta. Neutralno je odgovorilo 18,6 % ispitanika, a 15,1 % smatra kako pacijent nema pravo tražiti da ga se eutanazira. Danas je prisutan trend pada paternalizma liječnika i medicinskoga osoblja u korist autonomije pacijenta kojemu su dostupne mnoge željene informacije putem društvenih mreža, a i pravo na mišljenje drugoga liječnika daje im vjetar u leđa.(Selak 2017.)

**Tablica 8.** Liječnik ima pravo teško bolesnomu pacijentu uskratiti terapiju koja bi mu spasila život i na taj ga način pustiti da umre

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 286 | 59,2 | 59,2 | 59,2 |
| | uglavnom se ne slažem | 66 | 13,7 | 13,7 | 72,9 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 78 | 16,1 | 16,1 | 89,0 |
| | uglavnom se slažem | 23 | 4,8 | 4,8 | 93,8 |
| | u potpunosti se slažem | 30 | 6,2 | 6,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 1,85; Sd = 1,218

Ova tvrdnja ide za život i negativan je stav iskazalo 72,9 % ispitanika ako se spoje dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“, 13,7 % njih bilo je neutralno, a 20,9 % misli

da liječnik ima pravo teško bolesnomu pacijentu uskratiti terapiju koja bi mu spasila život i na taj ga način pustiti da umre. Ovakav stav ide u korist naše prve hipoteze i pokazuje da su medicinske sestre/tehničari borci za humanizaciju umiranja i smrti.

**Tablica 9.** Liječnik ima pravo utjecati na pacijentovu odluku o eutanaziji

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 240 | 49,7 | 49,7 | 49,7 |
| | uglavnom se ne slažem | 74 | 15,3 | 15,3 | 65,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 99 | 20,5 | 20,5 | 85,5 |
| | uglavnom se slažem | 33 | 6,8 | 6,8 | 92,3 |
| | u potpunosti se slažem | 37 | 7,7 | 7,7 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,07; Sd = 1,289

U korist sve veće autonomije pacijenta ide i rezultat tvrdnje da liječnik ima pravo utjecati na pacijentovu odluku o eutanaziji. Rezultatom spajanja dvaju odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem,“ može se reći kako 65 % ispitanika smatra da liječnik nema pravo utjecati na pacijentovu odluku o eutanaziji, 20,5 % bilo je neutralno, a 14,5 % misli da liječnik ima to pravo.

**Tablica 10.** Liječnik ima pravo eutanazirati pacijenta iako se on tomu protivi

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 429 | 88,8 | 88,8 | 88,8 |
| | uglavnom se ne slažem | 20 | 4,1 | 4,1 | 93,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 23 | 4,8 | 4,8 | 97,7 |
| | uglavnom se slažem | 7 | 1,4 | 1,4 | 99,2 |
| | u potpunosti se slažem | 4 | ,8 | ,8 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 1,21; Sd = 0,671

Sljedeća tvrdnja jasno ide u korist života i potpora je prvoj hipotezi jer kada se spoje dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem,“ 93 % ispitanika smatra da liječnik nema pravo eutanazirati pacijenta iako se on tomu protivi, 4,8 % bilo je neutralno, a 2,2 % misli

da liječnik ima to pravo. Tvrd paternalizam liječnika i zdravstvenoga osoblja više ne prolazi.

**Tablica 11.** Čovjeka se može eutanazirati i onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 263 | 54,5 | 54,5 | 54,5 |
| | uglavnom se ne slažem | 74 | 15,3 | 15,3 | 69,8 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 96 | 19,9 | 19,9 | 89,6 |
| | uglavnom se slažem | 35 | 7,2 | 7,2 | 96,9 |
| | u potpunosti se slažem | 15 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 1,89; Sd = 1,142

Sljedeća tvrdnja također jasno ide u korist života i potpora je prvoj hipotezi jer spajanjem dvaju odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“ 69,8 % ispitanika smatra da se čovjeka ne može eutanazirati onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak, 19,9 % bilo je neutralno, a 10,3 % ispitanika misli da se čovjeka može eutanazirati i onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak. Ovdje također možemo prepoznati empatiju medicinskih sestara/tehničara prema slabijim i ranjivijim pacijentima.

**Tablica 12.** Ako pacijent nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak na eutanaziju, obitelj ima pravo to učiniti umjesto njega

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 147 | 30,4 | 30,4 | 30,4 |
| | uglavnom se ne slažem | 75 | 15,5 | 15,5 | 46,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 116 | 24,0 | 24,0 | 70,0 |
| | uglavnom se slažem | 84 | 17,4 | 17,4 | 87,4 |
| | u potpunosti se slažem | 61 | 12,6 | 12,6 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,66; Sd = 1,394

Navedeni podatci govore u prilog često kompliciranih i konfuznih odnosa u obitelji, pa ispitanici u 46 % slučajeva, ako se spoje dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“, smatraju da ako pacijent nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak na eutanaziju, obitelj nema pravo to učiniti umjesto njega. Čak je 24 % ispitanika prema ovoj izjavi bilo neutralno, a 30 % njih misli da obitelj to može učiniti. Odgovori su prilično raspršeni jer su i situacije s obiteljima vrlo šarolike, pa medicinske sestre/tehničari navode svoje stavove iz iskustva.

**Tablica 13.** Eutanazija je opravdana ako je netko još dok je bio potpuno zdrav napravio oporuku da ga se eutanazira ako ikada dođe u stanje teške i neizlječive bolesti i ne bude sposoban odlučivati

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 55 | 11,4 | 11,4 | 11,4 |
| | uglavnom se ne slažem | 36 | 7,5 | 7,5 | 18,8 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 109 | 22,6 | 22,6 | 41,4 |
| | uglavnom se slažem | 102 | 21,1 | 21,1 | 62,5 |
| | u potpunosti se slažem | 181 | 37,5 | 37,5 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,66; Sd = 1,346

Kada se spoje dva odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, onda odgovor na gornju tvrdnju iznosi 58,6 % u korist priznavanja sve veće autonomije pacijenta. Neutralno je 22,6 % ispitanika, a 18,9 % smatra da eutanazija nije opravdana ako je netko, dok je još bio potpuno zdrav, napravio oporuku da ga se eutanazira ako ikada dođe u stanje teške i neizlječive bolesti i ne bude sposoban odlučivati.

**Tablica 14.** Teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, a troše resurse i to je osnovni razlog zašto neka društva zagovaraju legalizaciju eutanazije

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 225 | 46,6 | 46,6 | 46,6 |
| | uglavnom se ne slažem | 65 | 13,5 | 13,5 | 60,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 130 | 26,9 | 26,9 | 87,0 |
| | uglavnom se slažem | 46 | 9,5 | 9,5 | 96,5 |
| | u potpunosti se slažem | 17 | 3,5 | 3,5 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,10; Sd = 1,194

Stavovi ispitanika u ovoj tvrdnji idu za život i neizravno se približavaju prvoj hipotezi. Kada se spoje dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“, 60 % ispitanika ne smatra da teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, da troše resurse i da je to osnovni razlog zašto neka društva zagovaraju legalizaciju eutanazije. Njih čak 26,9 % je neutralno, a 13 % ispitanika se slaže s tvrdnjom da teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, da troše resurse i da je eutanazija opravdana.

**Tablica 15.** Opravdano je terapijama produživati život „pod svaku cijenu“, odnosno produživati smrtnu patnju i bol pacijentu koji nema nikakvih izgleda za ozdravljenje

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 147 | 30,4 | 30,4 | 30,4 |
| | uglavnom se ne slažem | 106 | 21,9 | 21,9 | 52,4 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 170 | 35,2 | 35,2 | 87,6 |
| | uglavnom se slažem | 40 | 8,3 | 8,3 | 95,9 |
| | u potpunosti se slažem | 20 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,34; Sd = 1,118

Iz ovih je rezultata jasno vidljivo kako medicinske sestre/tehničari smatraju da pacijenta treba pustiti prirodno umrijeti, što ne podrazumijeva da je potrebno terapijama produživati život „pod

svaku cijenu“, pa je tako spajanjem dva odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“ vidljivo da 52,3 % njih smatra kako nije opravdano terapijama produživati život „pod svaku cijenu“. Njih čak 35,2 % je prema toj tvrdnji neutralnoga stava, a 12,4 % ispitanika se slaže s tvrdnjom da je opravdano terapijama produživati život „pod svaku cijenu“, odnosno produživati smrtnu patnju i bol pacijentu koji nema nikakvih izgleda za ozdravljenje.

**Tablica 16.** Bolesnikova želja za eutanazijom je posljedica loše skrbi

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 280 | 58,0 | 58,0 | 58,0 |
| | uglavnom se ne slažem | 96 | 19,9 | 19,9 | 77,8 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 74 | 15,3 | 15,3 | 93,2 |
| | uglavnom se slažem | 18 | 3,7 | 3,7 | 96,9 |
| | u potpunosti se slažem | 15 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 1,74; Sd = 1,047

Definitivno je u ovoj tvrdnji značajno kako se 77,9 % ispitanika ne slaže s tvrdnjom da je bolesnikova želja za eutanazijom posljedica loše skrbi, njih 15,3 % je pritom neutralno, a samo 6,8 % njih ipak smatra da je bolesnikova želja za eutanazijom posljedica loše skrbi o njemu.

**Tablica 17.** Bolesnikova želja za eutanazijom je posljedica njegove usamljenosti

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 207 | 42,9 | 42,9 | 42,9 |
| | uglavnom se ne slažem | 95 | 19,7 | 19,7 | 62,5 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 114 | 23,6 | 23,6 | 86,1 |
| | uglavnom se slažem | 47 | 9,7 | 9,7 | 95,9 |
| | u potpunosti se slažem | 20 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,13; Sd = 1,189

U ovoj tablici, slično kao i u prethodnoj, ispitanici se u 62,6 % slučajeva ne slažu s tvrdnjom da je bolesnikova želja za eutanazijom posljedica njegove usamljenosti. Njih 23,6 % je po tome pitanju neutralno, a 13,8 % njih smatra da bolesnikova želja za eutanazijom jest posljedica njegove usamljenosti.

**Tablica 18.** U Hrvatskoj je potrebno legalizirati dobrovoljnu eutanaziju

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 76 | 15,7 | 15,7 | 15,7 |
| | uglavnom se ne slažem | 36 | 7,5 | 7,5 | 23,2 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 132 | 27,3 | 27,3 | 50,5 |
| | uglavnom se slažem | 107 | 22,2 | 22,2 | 72,7 |
| | u potpunosti se slažem | 132 | 27,3 | 27,3 | 100,0 |
| | Ukupno | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,38; Sd = 1,371

Kao i u prvoj tvrdnji, ako se spoje dva odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, onda odgovor na tvrdnju: „U Hrvatskoj je potrebno legalizirati dobrovoljnu eutanaziju,“ iznosi 49,5% u korist legalizacije eutanazije, što nije očekivano prema prvoj hipotezi. Njih 27,3 % je neutralno, a 23,2 % je protiv gore navedenoga.

**Tablica 19.** Legaliziranje bilo kojega oblika eutanazije moglo bi biti zlorabljeno, odnosno moglo bi se dogoditi da do njezine primjene dođe i tamo gdje to zakon nije predvidio

| Odgovori | | Frekvencija | Postotak | Važeći postotak | Kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 27 | 5,6 | 5,6 | 5,6 |
| | uglavnom se ne slažem | 39 | 8,1 | 8,1 | 13,7 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 149 | 30,8 | 30,8 | 44,5 |
| | uglavnom se slažem | 138 | 28,6 | 28,6 | 73,1 |
| | u potpunosti se slažem | 130 | 26,9 | 26,9 | 100,0 |
| | Ukupno | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,63; Sd = 1,127

Ova se tvrdnja priklanja životu i slaže s prvom hipotezom koja tvrdi da medicinske sestre i tehničari ne podržavaju dobrovoljnu eutanaziju. Zanimljivo je koliko postoji bojazni i sumnje u mogućnost zlouporabe eutanazije ako bi ona bila legalizirana u Hrvatskoj. Ako se dva odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ spoje, onda se u prilog postojanja mogućnosti zlouporabe legalizirane eutanazije izjašnjava 55,5 % ispitanih, što je očekivano prema prvoj hipotezi. Njih čak 30,8 % je neutralno, a samo 13,7 % njih misli da neće biti zlouporabe legalizacije eutanazije u Hrvatskoj.

**Tablica 20.** Osnovno pravo čovjeka je pravo na život i nijedan zakon ne smije ići protiv toga prava

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 45 | 9,3 | 9,3 | 9,3 |
| | uglavnom se ne slažem | 37 | 7,7 | 7,7 | 17,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 156 | 32,3 | 32,3 | 49,3 |
| | uglavnom se slažem | 82 | 17,0 | 17,0 | 66,3 |
| | u potpunosti se slažem | 163 | 33,7 | 33,7 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,58; Sd = 1,278

Na temelju dvaju odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, odgovor ispitanika na tvrdnju da je osnovno pravo čovjeka upravo pravo na život i nijedan zakon ne smije ići protiv toga prava iznosi 50,7 % u korist navedene tvrdnje, što je očekivano prema prvoj hipotezi. Njih čak 32,3 % je o toj tvrdnji neutralnoga stava, a 17 % njih ne misli da je osnovno pravo čovjeka pravo na život. Iako je život vrednota nad vrednotama i nijedna vrednota ga ne može nadići, polovica odgovora to ne podržava, vjerojatno zbog patnje koja neminovno prati bolesti i koja se ne smatra sastavnim dijelom današnjega modernog života.

**Tablica 21.** Čovjekov život je Božji dar i nitko ga nema pravo oduzeti

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 52 | 10,8 | 10,8 | 10,8 |
| | uglavnom se ne slažem | 60 | 12,4 | 12,4 | 23,2 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 128 | 26,5 | 26,5 | 49,7 |
| | uglavnom se slažem | 68 | 14,1 | 14,1 | 63,8 |
| | u potpunosti se slažem | 175 | 36,2 | 36,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,53; Sd = 1,368

Tvrdnja o „svetosti života“ prihvaćena je kod 50,3 % ispitanika, neutralnih je 26,5 % , a 23,2 % ispitanika ne misli da je čovjekov život Božji dar i samim time ako nije kvalitetan, može biti oduzet. Pretpostavlja se da je tih 50,3 % ispitanika religiozno, 26,5 % se smatra agnosticima, dok je 23,2 % ateista. Drugim riječima, polovica ispitanika prihvaća život kao „svet“ i zbog toga smatra da ga treba čuvati i poštovati bez obzira koliko bio težak, a druga polovica gleda na „kvalitetu“ života i smatra kako postoji život nevrijedan življenja, kao što je obrađeno u prvome dijelu rada, a što je ujedno i utilitaristički stav filozofa Petera Singera.(Singer 2003.)

**Tablica 22.** Pacijent bi trebao imati pravo tražiti od liječnika da mu pripravi sredstva (injekciju, medikamente) kako bi si sâm okončao život, odnosno tražiti od liječnika da mu asistira u samoubojstvu

| Odgovori | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 202 | 41,8 | 41,8 | 41,8 |
| | uglavnom se ne slažem | 70 | 14,5 | 14,5 | 56,3 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 130 | 26,9 | 26,9 | 83,2 |
| | uglavnom se slažem | 49 | 10,1 | 10,1 | 93,4 |
| | u potpunosti se slažem | 32 | 6,6 | 6,6 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,25; Sd = 1,276

Ova tvrdnja se priklanja životu i slaže s prvom hipotezom jer spajanjem dvaju odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“ njih 56,3 % smatra kako nije opravdano da pacijent traži od liječnika da mu asistira u samoubojstvu. Neutralno je pritom čak 26,9 % ispitanika, a

samo 16,7 % mišljenja je kako je asistirano samoubojstvo moralno opravdano.

**Tablica 23.** Legaliziranje eutanazije dovelo bi do toga da bi dosta bolesnika tražilo da ih se eutanazira samo iz razloga da više ne budu „na teret obitelji“

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 49 | 10,1 | 10,1 | 10,1 |
| | uglavnom se ne slažem | 58 | 12,0 | 12,0 | 22,2 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 156 | 32,3 | 32,3 | 54,5 |
| | uglavnom se slažem | 129 | 26,7 | 26,7 | 81,2 |
| | u potpunosti se slažem | 91 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,32; Sd = 1,203

Iz ove tablice proizlazi kako se 45,5 % ispitanika slaže s tvrdnjom da bi legaliziranje eutanazije dovelo do toga da bi dosta bolesnika tražilo eutanaziju samo iz razloga da više ne budu „na teret obitelji“. Veliki broj ispitanika je neutralan, njih čak 32,3 %, a 22,2 % njih misli da se to ne bi dogodilo.

**Tablica 24.** Umjesto eutanazije bi prikladnije bilo organizirati stručne ustanove u kojima bi se umirućim pacijentima koji to žele olakšalo umiranje, odnosno pružala kompletna (medicinska, psihološka i duhovna) pomoć i njega, tzv. „palijativna skrb“

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 16 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | uglavnom se ne slažem | 24 | 5,0 | 5,0 | 8,3 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 117 | 24,2 | 24,2 | 32,5 |
| | uglavnom se slažem | 111 | 23,0 | 23,0 | 55,5 |
| | u potpunosti se slažem | 215 | 44,5 | 44,5 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 4,00; Sd = 1,089

I konačno, polako sve više ima ispitanika koji su za život, a ne za smrt, pa spajanjem dvaju

odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ proizlazi kako 67,5 % ispitanih smatra palijativnu skrb alternativom za eutanaziju, što je prema prvoj hipotezi i očekivano. Njih 24,2 % je prema toj tvrdnji neutralno, a samo 8,3 % ispitanih ne misli kako bi umjesto eutanazije bilo prikladnije organizirati stručne ustanove u kojima bi se umirućim pacijentima koji to žele olakšalo umiranje, odnosno pružala kompletna (medicinska, psihološka i duhovna) pomoć i njega, tzv. „palijativna skrb“.

**Tablica 25.** Čovjek treba umrijeti u pravo vrijeme, bez kraćenja, ali i bespotrebna produživanja života

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 30 | 6,2 | 6,2 | 6,2 |
| | uglavnom se ne slažem | 33 | 6,8 | 6,8 | 13,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 143 | 29,6 | 29,6 | 42,7 |
| | uglavnom se slažem | 115 | 23,8 | 23,8 | 66,5 |
| | u potpunosti se slažem | 162 | 33,5 | 33,5 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,72; Sd = 1,177

Odgovori iz ove tablice također se priklanjaju životu, što podržava našu prvu hipotezu. Kada se dva odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ spoje, onda u prilog tvrdnje „Čovjek treba umrijeti u pravo vrijeme, bez kraćenja, ali i bespotrebnog produživanja života“ odgovara 57,3 % ispitanih, što je očekivano prema prvoj hipotezi. Njih 29,6 % je prema tvrdnji neutralnoga stava, a samo 13 % misle da ta tvrdnja nije prihvatljiva.

**Tablica 26.** Etički je opravdano pacijentu na samrti, koji trpi jake bolove, davati sredstva protiv bolova makar ona i skraćivala život, odnosno ubrzavala proces umiranja, ali bi mu omogućila bezbolnu i laku smrt

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 15 | 3,1 | 3,1 | 3,1 |
| | uglavnom se ne slažem | 14 | 2,9 | 2,9 | 6,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 83 | 17,2 | 17,2 | 23,2 |
| | uglavnom se slažem | 120 | 24,8 | 24,8 | 48,0 |
| | u potpunosti se slažem | 251 | 52,0 | 52,0 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 4,20; Sd = 1,025

Ova tvrdnja pokazuje suosjećanje i brigu medicinskih sestara i tehničara o potrebi umirućega pacijenta za maksimalnim smanjenjem bolova, pa makar i po cijenu ubrzavanja smrti. Uzimajući zajedno dva odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ u obzir, ovu izjavu prihvaća 76,8 % ispitanika, 17,2 % ih je po tome pitanju neutralno, a samo 6 % ispitanih smatra da nije etički opravdano pacijentu na samrti, koji trpi jake bolove, davati sredstva protiv bolova makar ona i skraćivala život, odnosno ubrzavala proces umiranja, ali bi mu omogućila bezbolnu i laku smrt.

**Tablica 27.** Etički je opravdano prekinuti terapiju ako se utvrdi da davanje takve terapije nema koristi za pacijenta na samrti, odnosno ako se utvrdi da se terapijom ništa bitno ne može promijeniti

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 53 | 11,0 | 11,0 | 11,0 |
| | uglavnom se ne slažem | 44 | 9,1 | 9,1 | 20,1 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 134 | 27,7 | 27,7 | 47,8 |
| | uglavnom se slažem | 122 | 25,3 | 25,3 | 73,1 |
| | u potpunosti se slažem | 130 | 26,9 | 26,9 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,48; Sd = 1,277

Iz zadnje tvrdnje u prvome setu upitnika, spajanjem odgovora „uglavnom se slažem“ i „u

potpunosti se slažem“ proizlazi kako se 52,2 % ispitanika slaže s navedenom tvrdnjom o etičkoj opravdanosti prekidanja terapije ako se utvrdi da davanje takve terapije nema koristi za pacijenta na samrti, odnosno ako se utvrdi da se terapijom ništa bitno ne može promijeniti. Njih 27,7 % je neutralnoga mišljenja, a samo 20,1 % je protiv njegove etičke opravdanosti.

### *4.4.2. Stavovi ispitanika o Singerovu nauku*

Sljedeći set pitanja odnosi se na Singerove postavke za dobrovoljnu eutanaziju i bit će prikazani deskriptivni podatci ispitanika kako bi se dobio uvid u prosječne odgovore.
Važno je napomenuti da ispitanici uglavnom ne poznaju filozofiju Petera Singera, kao ni njegove argumente za dobrovoljnu eutanaziju tako da su njihovi odgovori rezultat prvoga susreta s tom problematikom.

**Tablica 28.** Prijedlozi za legalizaciju eutanazije zasnivaju se na poštovanju autonomije i na cilju izbjegavanja patnje

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 25 | 5,2 | 5,2 | 5,2 |
| | uglavnom se ne slažem | 28 | 5,8 | 5,8 | 11,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 161 | 33,3 | 33,3 | 44,3 |
| | uglavnom se slažem | 131 | 27,1 | 27,1 | 71,4 |
| | u potpunosti se slažem | 138 | 28,6 | 28,6 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,68; Sd = 1,103

Iz navedenoga pitanja može se vidjeti da spajanjem odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, tvrdnju „Prijedlozi za legalizaciju eutanazije zasnivaju se na poštivanju autonomije i na cilju izbjegavanja patnje“ prihvaća 55,7 % ispitanika, čak 33,3 % njih je neutralno, a samo 11 % smatra da se prijedlozi za legalizaciju eutanazije ne zasnivaju na poštovanju autonomije i cilju izbjegavanja patnje.

**Tablica 29.** Dobrovoljna se eutanazija događa samo kada osoba pati od neizlječiva, bolna ili izuzetno mučna stanja. Dobrovoljna eutanazija je ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 26 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| | uglavnom se ne slažem | 34 | 7,0 | 7,0 | 12,4 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 130 | 26,9 | 26,9 | 39,3 |
| | uglavnom se slažem | 139 | 28,8 | 28,8 | 68,1 |
| | u potpunosti se slažem | 154 | 31,9 | 31,9 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,75; Sd = 1,137

U ovoj se tvrdnji 60,7 % ispitanika slaže kako se dobrovoljna eutanazija događa samo kada osoba pati od neizlječiva, bolna ili izuzetno mučna stanja. Dobrovoljna eutanazija je ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev. Neutralno se izjašnjava 26,9 % ispitanika, a njih 12,4 % se ne slaže s tom tvrdnjom.

**Tablica 30.** Pustiti pacijente da odluče je li njihova situacija podnošljiva bilo bi u skladu s poštovanjem slobode pojedinca

| Odgovori | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 19 | 3,9 | 3,9 | 3,9 |
| | uglavnom se ne slažem | 26 | 5,4 | 5,4 | 9,3 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 136 | 28,2 | 28,2 | 37,5 |
| | uglavnom se slažem | 137 | 28,4 | 28,4 | 65,8 |
| | u potpunosti se slažem | 165 | 34,2 | 34,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,83; Sd = 1,081

Navedeno pitanje govori o poštovanju slobode pojedinca, a spajanjem odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ 62,6 % ispitanika prihvaća kako bi puštanje pacijenata da odluče o podnošljivosti svoje situacije bilo u skladu s poštovanjem slobode pojedinca, 28,2 %

ih je neutralno, a samo 9,3 % smatra kako ne treba pustiti pacijente da odluče je li njihova situacija podnošljiva i da bi to bilo u skladu s poštovanjem slobode pojedinca.

**Tablica 31.** Samosvjesna bića žele živjeti, ali ako im život postane zastrašujući, javlja se želja za smrću

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 24 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| | uglavnom se ne slažem | 30 | 6,2 | 6,2 | 11,2 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 152 | 31,5 | 31,5 | 42,7 |
| | uglavnom se slažem | 167 | 34,6 | 34,6 | 77,2 |
| | u potpunosti se slažem | 110 | 22,8 | 22,8 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,64; Sd = 1,054

S ovom se tvrdnjom slaže 57,4 % ispitanika ako se spoje odgovori „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“. O toj se tvrdnji čak 31,5 % ispitanih neutralno izjašnjava, a samo 11,2 % izjavljuje kako samosvjesna bića žele živjeti, ali da se ipak ne javlja se želja za smrću kada im život postane zastrašujući.

**Tablica 32.** Samosvjesno biće je svjesno sebe kao zasebnoga entiteta s prošlošću i budućnošću

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 6 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| | uglavnom se ne slažem | 15 | 3,1 | 3,1 | 4,3 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 131 | 27,1 | 27,1 | 31,5 |
| | uglavnom se slažem | 142 | 29,4 | 29,4 | 60,9 |
| | u potpunosti se slažem | 189 | 39,1 | 39,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 4,02; Sd = 0,949

Navedenu tvrdnju o definiciji samosvjesnoga bića kao svjesnoga sebe u smislu zasebnoga entiteta s prošlošću i budućnošću prihvaća 68,5 % ispitanika. Čak 27,1 % ih je ovdje

neutralnoga stava, a samo 4,3 % se ne slaže s tom tvrdnjom. Naravno, tvrdnja je potpuno točna i logična.

**Tablica 33.**
**1. Prigovor:** Dobrovoljna eutanazija ima loše učinke na druge ljude

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 67 | 13,9 | 13,9 | 13,9 |
| | uglavnom se ne slažem | 77 | 15,9 | 15,9 | 29,8 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 198 | 41,0 | 41,0 | 70,8 |
| | uglavnom se slažem | 81 | 16,8 | 16,8 | 87,6 |
| | u potpunosti se slažem | 60 | 12,4 | 12,4 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,98; Sd = 1,175

U navedenome pitanju Singer polazi od protuargumenata, koji naglašavaju autonomiju ljudi i pripremaju čitatelja za konačni argument. U ovoj je tablici 41 % ispitanika neodlučno po pitanju lošega učinka dobrovoljne eutanazije na druge ljude, 29,8 % njih se ne slaže s navedenom tvrdnjom. Spajanjem odgovora „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, ovu tvrdnju prihvaća 29,2 % ispitanika.

**Tablica 34.**
**1. Odgovor:** Ako ne želimo biti ubijeni, jednostavno nećemo pristati

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 26 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| | uglavnom se ne slažem | 19 | 3,9 | 3,9 | 9,3 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 111 | 23,0 | 23,0 | 32,3 |
| | uglavnom se slažem | 110 | 22,8 | 22,8 | 55,1 |
| | u potpunosti se slažem | 217 | 44,9 | 44,9 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,98; Sd = 1,150

U navedenome pitanju Singer polazi od logičnoga argumenta, što je ispitanicima jasno. Ova tablica pokazuje kako je 23 % ispitanika neodlučno, a 9,3 % ih se ne slaže s tvrdnjom da ako ne želimo biti ubijeni, jednostavno nećemo pristati. Spajanjem dvaju odgovora („uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“) navedeni odgovor prihvaća 67,7 % ispitanika.

**Tablica 35.** Argument iz straha ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji jer ako ona nije dopuštena, mogli bismo se bojati da će naše umiranje biti nepotrebno produženo i mučno

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 34 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | uglavnom se ne slažem | 28 | 5,8 | 5,8 | 12,8 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 223 | 46,2 | 46,2 | 59,0 |
| | uglavnom se slažem | 121 | 25,1 | 25,1 | 84,1 |
| | u potpunosti se slažem | 77 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,37; Sd = 1,045

U ovome pitanju Singer polazi od argumenta iz straha od bolna i teška umiranja te smatra da je dobrovoljna eutanazija način kako to izbjeći. U ovoj je tablici čak 46,2 % ispitanika neodlučno, a 12,8% njih se ne slaže s argumentom iz straha, koji po Singeru ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji. Jer ako ona nije dopuštena, mogli bismo se bojati da će naše umiranje biti nepotrebno produženo i mučno. Ukupno 41 % ispitanika prihvaća navedeni argument.

**Tablica 36.**

**2. Prigovor:** Ubijanje osobe koja preferira nastaviti živjeti je pogrešno

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 18 | 3,7 | 3,7 | 3,7 |
| | uglavnom se ne slažem | 19 | 3,9 | 3,9 | 7,7 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 86 | 17,8 | 17,8 | 25,5 |
| | uglavnom se slažem | 69 | 14,3 | 14,3 | 39,8 |
| | u potpunosti se | 291 | 60,2 | 60,2 | 100,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | slažem | | | | |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 4,23; Sd = 1,105

U navedenome pitanju Singer polazi od logična i točna protuargumenta iz autonomije ljudi. Kada se odgovori „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ spoje, onda ovu tvrdnju prihvaća 74,5 % ispitanika. Prema ovoj je tablici 17,8 % ispitanika neodlučno, a samo 7,6 % njih se ne slaže s prigovorom da je ubijanje osobe koja preferira nastaviti živjeti pogrešno.

**Tablica 37.**

**2. Odgovor:** Želju za nastavkom života mora se računati kao razlog protiv ubijanja, jednako tako želju za smrću mora se računati kao razlog za ubijanje

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 91 | 18,8 | 18,8 | 18,8 |
| | uglavnom se ne slažem | 50 | 10,4 | 10,4 | 29,2 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 212 | 43,9 | 43,9 | 73,1 |
| | uglavnom se slažem | 69 | 14,3 | 14,3 | 87,4 |
| | u potpunosti se slažem | 61 | 12,6 | 12,6 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,92; Sd = 1,225

U ovome pitanju Singer polazi od argumenta koji je logički ispravan. Pitanje je samo koliko on žonglira životom? Prema ovoj je tablici čak 43,9 % ispitanika neodlučno, a 29,2 % ih se ne slaže s argumentom da se želju za nastavkom života mora računati kao razlog protiv ubijanja, a jednako tako želju za smrću računati kao razlog za ubijanje. Ako se odgovori „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ smatraju jednoliko afirmacijskima, onda ovaj argument prihvaća 26,9 % ispitanika. Velik postotak neodlučnih samo potvrđuje da je tvrdnja ispitanicima zaista teška i zbunjujuća.

**Tablica 38.**

**3. Prigovor:** Pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 238 | 49,3 | 49,3 | 49,3 |
| | uglavnom se ne slažem | 80 | 16,6 | 16,6 | 65,8 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 115 | 23,8 | 23,8 | 89,6 |
| | uglavnom se slažem | 26 | 5,4 | 5,4 | 95,0 |
| | u potpunosti se slažem | 24 | 5,0 | 5,0 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,00; Sd = 1,182

U navedenome pitanju Singer polazi od argumenta koji je ispitanicima potpuno jasan, ali ne iz poznavanja njegovih postavki, već iz prakse. Odgovori ispitanika ovdje idu u prilog životu, a jasno pokazuju kako se medicinske sestre i tehničari ne slažu sa Singerovim argumentom, što odgovara desetoj i jedanaestoj hipotezi. Ako se odgovori „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ dožive jednoliko afirmativno, onda ovaj argument prihvaća samo 10,4 % ispitanika. Prema ovoj je tablici 23,8 % ispitanika neodlučno, a čak 65,8 % njih se ne slaže s prigovorom da pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe. Praksa i profesionalna edukacija jasno dokazuju da mnoge osobe nisu svjesne sebe, a itekako imaju pravo na život kao na primjer: nedonoščad, novorođenčad, osobe u anesteziji, osobe u reverzibilnoj komi, induciranoj komi itd.

**Tablica 39.**

**3. Odgovor:** Samosvjesna osoba može se odreći prava na život

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 100 | 20,7 | 20,7 | 20,7 |
| | uglavnom se ne slažem | 52 | 10,8 | 10,8 | 31,5 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 162 | 33,5 | 33,5 | 65,0 |
| | uglavnom se slažem | 99 | 20,5 | 20,5 | 85,5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | u potpunosti se slažem | 70 | 14,5 | 14,5 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,97; Sd = 1,313

U ovome pitanju Singer polazi od argumenta koji je logički ispravan. Prema ovoj je tablici čak 33,5 % ispitanika neodlučno, a 31,5 % njih se ne slaže s odgovorom da se samosvjesna osoba može odreći prava na život**.** Kada spojimo odgovore „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“, onda odgovor na ovo pitanje prihvaća 35 % ispitanika. Velik postotak neodlučnih samo potvrđuje da je tvrdnja ispitanicima zaista zbunjujuća.

**Tablica 40.**

**4. Prigovor:** Prema načelu autonomije, potrebno je poštovati racionalnu osobu ako želi živjeti, ali onda isto i ako želi umrijeti

| Odgovori | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | uopće se ne slažem | 73 | 15,1 | 15,1 | 15,3 |
| | uglavnom se ne slažem | 38 | 7,9 | 7,9 | 23,0 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 143 | 29,6 | 29,6 | 52,6 |
| | uglavnom se slažem | 108 | 22,4 | 22,4 | 74,9 |
| | u potpunosti se slažem | 121 | 25,1 | 25,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 3,34; Sd = 1,344

U pitanju kako je po načelu autonomije potrebno poštovati racionalnu osobu iz Upitnika o postavkama filozofa, kada se odgovori „uglavnom se slažem“ i „u potpunosti se slažem“ spoje, 47,5 % ispitanika prihvaća tvrdnju da je prema načelu autonomije potrebno poštovati racionalnu osobu ako želi živjeti, ali onda isto i ako želi umrijeti. Čak 29,6 % ih je neutralnoga stava, a 23 % se s time ne slaže.

**Tablica 41.**

**4. Odgovor:** Život u patnji nije vrijedan življenja. Ako možemo postaviti kriterije za odlučivanje koga će se pustiti umrijeti, a koga će se liječiti, zašto bi onda bilo pogrešno postaviti kriterije za odlučivanje koga bi trebalo ubiti?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | uopće se ne slažem | 122 | 25,3 | 25,3 | 25,3 |
| | uglavnom se ne slažem | 58 | 12,0 | 12,0 | 37,3 |
| | niti se slažem niti se ne slažem | 199 | 41,2 | 41,2 | 78,5 |
| | uglavnom se slažem | 67 | 13,9 | 13,9 | 92,3 |
| | u potpunosti se slažem | 37 | 7,7 | 7,7 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

M = 2,67; Sd = 1,211

U zadnjemu pitanju iz ovoga seta, Singer opet polazi od argumenta koji je logički ispravan, no se postavlja pitanje sagledavanja posljedica takvoga čina, a kamoli nekoga pravila za širu populaciju. Singer zaista žonglira životom. Ova tablica pokazuje da je čak 41,2 % ispitanika neodlučno, a 21,6 % njih se slaže s odgovorom da život u patnji nije vrijedan življenja. Spajanjem odgovora „uopće se ne slažem“ i „uglavnom se ne slažem“, odgovor na ovo pitanje ne prihvaća 37,3 % ispitanika. Velik postotak neodlučnih samo potvrđuje da je tvrdnja zaista ispitanicima zbunjujuća i nejasna.

### *4.4.3. Iskustva medicinskih sestara/tehničara s umirućim pacijentima*

Zadnji set pitanja u upitniku odnosi se na stavove medicinskih sestara i tehničara o situacijama umiranja. Budući da je za odgovore na ova pitanja bilo potrebno radno iskustvo medicinskih sestara/tehničara s umirućim pacijentima, ispitanike koji nemaju to iskustvo isključili smo iz analize. Razlozi za to su uglavnom bili dob (19 – 21 godina), zato se još nisu zaposlili, već samo studiraju ili se nisu jasno deklarirali u upitniku.

Kao što je prije planirano, usporedit će se rezultati ovoga istraživanja s rezultatima dobivenim 1988. godine na uzorku od 665 medicinskih sestara od kojih je 50 % radilo u jedinicama intenzivne njege jer se pretpostavljalo da češće prisustvuju smrti i umiranju.

Istraživanje je proveo Dragutin Novaković s Medicinskoga fakulteta u Zagrebu.(Novaković 1990.) Većina pitanja koja se odnose na stavove medicinskih sestara i tehničara u ovome su istraživanju ponovljena kako bi se vidjela razlika, ali i ukazalo na smjernice za daljnje istraživanje i olakšanje rada s umirućima. S obzirom na vremenski odmak i mnoge novonastale situacije uzrokovane društvenim i tehnološkim napretkom, očekuju se i promjene u stavovima prema umiranju i eutanaziji.

**Tablica 42.**

1. Postoji li razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 119 | 53,1 | 53,1 | 53,1 |
| | ne | 57 | 25,4 | 25,4 | 78,6 |
| | ne znam | 48 | 21,4 | 21,4 | |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Na prvo je pitanje 53,1 % ispitanika potvrdilo da postoji razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika, a 25,4 % njih dalo je negativan odgovor. Značajan brojka od 21,4 % na to pitanje ne zna odgovor.

Prema Novakoviću (1988.), rezultat je suprotan. Kod njega 52 % sestara smatra da ta razlika ne postoji. „Podaci drugih istraživača su drukčiji, posebno E. K. Ross koja smatra da te razlike nema ili da je vrlo mala i kao takva zanemariva. Razlika između naših i američkih podataka vjerojatno proizlazi iz stupnja sekularizacije našeg i američkog društva.“(Novaković 1990.)

**Tablica 43.**

2. Postoji li razlika u prihvaćanju smrti između vjernika i nevjernika (bez obzira na konfesije)?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 126 | 56,3 | 56,3 | 56,3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ne | 56 | 25,0 | 25,0 | 81,3 |
| | ne znam | 42 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na pitanje o tome postoji li razlika u prihvaćanju smrti između vjernika i nevjernika (bez obzira na konfesije) potvrdno je odgovorilo 56,3 % ispitanika, a njih 25 % dalo je negativan odgovor. Također značajna brojka od 18,8 % ispitanika na to je pitanje odgovorilo „ne znam“. Iz njihovih odgovora proizlazi da vjernici umiru lakše i lakše prihvaćaju činjenicu bliske smrti. Ne raspituju se tko je vjernik, a tko nevjernik, međutim, zaključuju da je kod nevjernika strah veći. Novaković smatra da pojava straha ovisi o osobnosti i naravi te da dio ispitanika u svojim pismenim odgovorima izjavljuje da se na to pitanje ne može sa sigurnošću precizno odgovoriti.“(Novaković 1990.)

**Tablica 44.**

3. Što prakticirate u situacijama umiranja pacijenta?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | verbalizira, daje nadu, nastoji smanjiti bol | 90 | 40,2 | 40,2 | 40,2 |
| | izražava suosjećanje, ispunjava sitne želje | 103 | 46,0 | 46,0 | 86,2 |
| | pažljivo služe pacijenta | 25 | 11,2 | 11,2 | 97,3 |
| | ništa posebno | 1 | 0,4 | 0,4 | 97,8 |
| | ostalo | 5 | 2,2 | 2,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na treće je pitanje 40,2 % odgovorilo da u situacijama umiranja pacijenta prakticira smanjiti bol, dati nadu i nastoji verbalizirati, 46 % ispitanika suosjeća i ispunjava sitne želje, 11,2 % pažljivo služi pacijenta. Iz ovoga visoka zajedničkoga postotka, a to je 97,8 %, vidljivo je kolika je razina empatije, što se može shvatiti kao poštovanje dostojanstva pacijenta. U usporedbi s Novakovićevim istraživanjem, situacija je vrlo slična, osim što kod njega „začuđuje podatak da je samo u 17,4 % slučajeva sestra stalno prisutna uz umirućeg. Javlja se problem pratnje umirućeg, tj. stalne prisutnosti do kraja umiranja“, o čemu bi trebalo još više istraživati.(Novaković 1990.) Prema tome, sasvim je jasno i danas da su medicinske sestre/tehničari silno zatrpani hrpom poslova i fizički ne mogu stići odvojiti više vremena kako

bi bili prisutni uz umirućeg. Ipak daju sve od sebe. S obzirom na taj problem, nužno je tu situaciju mijenjati nabolje počevši od onih koji za to imaju ovlasti.

**Tablica 45.**

4. Osjećate li se bespomoćni u trenutku umiranja pacijenta ili imate nade i u skladu s time nešto poduzimate?

| Odgovori: | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|
| imam nade | 62 | 27,7 | 27,7 | 27,7 |
| bespomoćan sam | 56 | 25,0 | 25,0 | 52,7 |
| nešto poduzimam | 77 | 34,4 | 34,4 | 87,1 |
| bez odgovora | 27 | 12,1 | 12,1 | 99,1 |
| ostalo | 2 | 0,9 | 0,9 | 100,0 |
| Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na četvrto je pitanje 62,1 % odgovorilo da ima nade i u skladu s time nešto poduzima. Bespomoćno se osjeća 25 % ispitanika. Razina empatije je ovdje prilično visoka iako za trećinu manja nego kod Novakovića, što ide u prilog poštovanju života. Kod Novakovića 93 % anketiranih smatra kako uvijek ima nade, ali da šanse za preživljavanje idu samo do određene granice koju određuje liječnik.(Novaković 1990.) Što se promijenilo? Je li moguće da smo postali hladniji i manje dobrohotni unazad tridesetak godina? Možda zbog ubrzanijega tempa života i modernije tehnologije. Svakako bi to bila zanimljiva tema nekoga novog istraživanja.

U fazi umiranja važna je prisutnost medicinske sestre/tehničara i njihova posvećenost koja se očituje tješenjem i razumijevanjem. Nada uvijek postoji, a medicinske sestre/tehničari pomažu umirućima i onda kada je ta pomoć besmislena. Međutim, uvijek bio bi potreban oprez kako umirućemu ne bi davali lažnu nadu. Umirući bolesnici uglavnom znaju svoju dijagnozu koju im priopćava liječnik, a kod medicinskih sestara/tehničara ju samo provjeravaju. Nada je prisutna kao metafizička kategorija u ljudima preko njihove duhovnosti i često se očekuje neko čudo. Borba medicinskih sestara protiv smrti je zadivljujuća i ima u sebi nešto što nadilazi njih same. „Nada, kao i postupanje u skladu s nadom je kod nas i ozakonjeno, a to znači da valja učiniti sve za pacijenta ispred sebe, ne obazirući se ni na kakve okolnosti, dakle poštivati staro načelo medicinske etike.“(Novaković 1990.)

**Tablica 46.**

5. Razgovarate li o dijagnozi s pacijentom ili ga samo nastojite tješiti?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | nastojim tješiti | 81 | 36,2 | 36,2 | 36,2 |
| | ne razgovaram o dijagnozi | 29 | 12,9 | 12,9 | 49,1 |
| | ovisi o dijagnozi | 80 | 35,7 | 35,7 | 84,8 |
| | bez odgovora | 24 | 10,7 | 10,7 | 95,5 |
| | i jedno i drugo | 7 | 3,1 | 3,1 | 98,7 |
| | ostalo | 3 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na peto je pitanje 84,8 % ispitanika odgovorilo kako o dijagnozi s pacijentom oprezno razgovaraju i nastoje ga tješiti. Razina empatije je ovdje znatno visoka, što također ide u prilog poštovanju života. U komunikaciji s pacijentom potrebno je što je moguće više da se medicinska sestra/tehničar individualno prilagode svakomu bolesniku. Neki će biti tihi i samozatajni, a neki će brzo i lako verbalizirati svoje osjećaje i svoje stanje. Tanka je linija između realistične nade i lažnih očekivanja.(M. Braš i sur. 2016.) O dijagnozi ne bi trebalo razgovarati što je moguće više, a ako pacijent inzistira, treba ga uputiti na liječnika, čija je to i zadaća. Sestrinska je domena utjeha u nadi da će biti bolje. Često je samo slušanje emocionalno olakšanje za umirućega. Mnogi pacijenti nisu razumjeli liječnikovo priopćavanje dijagnoze i traže dopune od medicinskih sestara/tehničara. U takvim slučajevima važna je procjena što i kako reći ili uputiti na liječnika.

**Tablica 47.**

6. Gdje je granica, prema Vašemu mišljenju, u izvršavanju intervencija?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | do sigurne smrti | 93 | 41,5 | 41,5 | 41,5 |
| | ne znam | 31 | 13,8 | 13,8 | 55,4 |
| | dok ima nade | 87 | 38,8 | 38,8 | 94,2 |
| | bez odgovora | 12 | 5,4 | 5,4 | 99,6 |
| | ostalo | 1 | 0,4 | 0,4 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na šesto pitanje je 80,3 % ispitanika odgovorilo da je granica u izvršavanju intervencija, prema njihovu mišljenju, sve dok ima nade i do sigurne smrti. Razina empatije je i ovdje znatno visoka, što također ide u prilog poštovanju života. Glavno se pitanje poklapa i s Novakovićevim pitanjem „Gdje je granica?"(Novaković 1990.) Jasno je da granice u izvršavanju intervencija, koje produžuju život, određuje liječnik.(Hunyadi-Antičević i sur. 2016.) Medicinske sestre/tehničari smatraju da ih treba činiti do zadnjih granica humanosti. Temeljni medicinski postupci su intervencije koje ishod liječenja čine uspješnim. Nazivaju se „lanac preživljavanja".(Denton, Giddins 2009.) Lanac je onoliko jak koliko je jak njegov najslabiji dio, to jest sve četiri karike lanca preživljavanja, a to su rano prepoznavanje i pozivanje pomoći, rana kardiopulmonalna reanimacija, rana defibrilacija i postreanimacijska skrb. Granice u kontekstu kada prestati s održavanjem života nisu potpuno jasne i ne mogu se definirati jer je čovjekov organizam nepredvidiv. Ovise o nizu čimbenika kao što su rad vitalnih organa, godine starosti i stanje pacijenta. Ako je stanje pacijenta nepopravljivo, trebalo bi ga pustiti neka umre u miru.

**Tablica 48.**

7. Je li nužno primarno liječiti fizičke ili psihičke patnje umirućega?

| Odgovori | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | fizičke | 14 | 6,3 | 6,3 | 6,3 |
| | psihičke | 13 | 5,8 | 5,8 | 12,1 |
| | i jedne i druge | 197 | 87,9 | 87,9 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na sedmo pitanje o nužnosti primarnoga liječenja fizičkih ili psihičkih patnji umirućega 87,9 % ispitanika smatra da i jedne i druge treba zajedno liječiti. Kod Novakovića podatci pokazuju da medicinske sestre obično smatraju kako najprije treba sanirati fizičke boli i patnje, pa tek iza toga psihičke; odnosno tamo gdje je moguće, saniraju se jedne i druge. S obzirom na to da jakim analgeticima možemo donekle uspješno tretirati fizičku bol, na području psihološke razine zapažamo stanje patnje koja često nastaje sučeljavanjem s neizbježnošću smrti. Može postojati bol bez patnje i patnja bez boli kod osoba u terminalnome stadiju. Možemo smatrati

da je bol fiziološka, a patnja psihološka. Patnja je mnogo šira, sveobuhvatnija. Ona obuhvaća psihičke, psihološke, društvene i duhovne dimenzije. Stoga možemo utvrditi da je bol i psihosomatski doživljaj.(Vuletić i sur. 2014.) Prema Novakoviću, kod manifestacije bolova i patnji valja za pacijenta moliti jer molitva unosi smirenje te, navodno, čak može imati i terapijski efekt.“(Novaković 1990.)

**Tablica 49.**

8. Suosjećate li s umirućima?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 184 | 82,1 | 82,1 | 82,1 |
| | ne | 8 | 3,6 | 3,6 | 85,7 |
| | ne znam | 32 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na osmo pitanje je 82,1 % ispitanika odgovorilo potvrdno, tj. da suosjeća s umirućima. Ipak, 14,3 % ne zna suosjeća li s pacijentom, a 3,6 % ne suosjeća. Razina empatije je znatno visoka, što također ide u prilog poštovanju života. Bez obzira koliko opterećeni mnoštvom obveza, medicinske sestre i tehničari ne napuštaju svoje pacijente. Oni znaju da ga može umiriti stisak ruke, blag pogled, prisutnost nekoga pored njega, briga za njegovo dobro i mala pažnja. Pacijent neverbalno komunicira s okolinom, osjeća strah, ali i blizinu onih koji skrbe za njega. U fazi neučinkovite medicine, po onoj da je „najbolja medicina čovjeku jest čovjek“, možemo reći da je „najbolja medicina umirućem pacijentu medicinska sestra/tehničar.“(Golub 2004.) U suosjećanju se krije moć ljudske nazočnosti, supsidijarnosti i solidarnosti, pažnje i ljubavi, riječju – skrbi.

**Tablica 50.**

9. Bez obzira što činite, biste li u trenu umiranja pacijenta najradije voljeli pobjeći?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 67 | 29,9 | 29,9 | 29,9 |
| | ne | 112 | 50,0 | 50,0 | 79,9 |
| | ne znam | 45 | 20,1 | 20,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na deveto pitanje je 29,9 % ispitanika odgovorilo potvrdno, tj. da bi u trenu umiranja pacijenta najradije voljeli pobjeći. Ipak, 50 % njih ne bi pobjeglo, a čak 20,1 % ne zna što napraviti u toj situaciji. Ovaj odgovor jasno pokazuje koliko još treba raditi na edukaciji za takve situacije. I Novaković kaže da nazočiti nečijemu bolu, patnji i umiranju nije lako. „Rijetke su sestre kod kojih je to rutinski posao. Podatak da bi 38 % sestara najradije napustilo pacijenta u času umiranja odražava ambivalentnost osjećaja koji se pri tom javljaju, njihovu nemoć, nemoć suvremene medicine.“(Novaković 1990.) Podatci su identični, bez obzira na vremenski odmak.

**Tablica 51.**

10. Nastojite li do zadnjega trena komunicirati s pacijentom?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | da | 194 | 86,6 | 86,6 | 87,1 |
| | ne | 14 | 6,3 | 6,3 | 93,3 |
| | ne znam | 16 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na deseto pitanje potvrdno je odgovorilo 86,6 % ispitanika, to jest da nastoje do zadnjega trena komunicirati s pacijentom. Vidljivo je da je razina empatije znatno visoka, što također ide u prilog poštovanju života, a protiv postupaka eutanazije. Prema Novakoviću, komunikaciji s umirućim se danas poklanja velika pažnja. „Ta komunikacija ima karakter pripreme za umiranje i smrt. Elizabeth Kübler-Ross smatra da se svi pacijentovi problemi mogu riješiti komunikacijom prije umiranja i u toku samog umiranja. Ta komunikacija ima karakter ispovijedi, rješavanja zadnjih problema pacijenta, mirenje s činjenicom smrti, pomirenje i opraštanje. Ovakva komunikacija s umirućim, kao i sadržaj komunikacije, podsjećaju na religijsko-sakralnu situaciju iako svećenik nije prisutan.“(Novaković 1990.) Svaka osoba ako predosjeća da umire, ima potrebu napraviti bilancu svoga života, a često ju i podijeliti s nekom osobom. Nerijetko je to medicinska sestra/tehničar. Prema svjedočanstvima sestara, to su

zanimljivi događaji, ali često i posebni zadatci.

Prema ovim rezultatima, jasno je kako je ljudski život vrednota, bez obzira na funkcije tijela i kvalitetu života. Mogli bi zaključit da sestre smatraju da je ljudski život vrednota neovisno o funkciji tijela i kvaliteti života te su ga spremne poštovati do kraja. Samim time je prihvatljivo da život uvijek vrijedi živjeti kolikogod on bio težak i da je teorija o životu nevrijednom življenja samo tvorevina pojedinaca, koja stoji na krhkim nogama. Ljudska komunikacija je u mogućnosti i iz najtežih situacija izvući radost prema životu.

**Tablica 52.**

11. Izaziva li umiranje kod vas stanje konflikta, s obzirom na ono što ste eventualno još mogli napraviti za pacijenta?

| Odgovori | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | da | 59 | 26,3 | 26,3 | 26,8 |
| | ne | 104 | 46,4 | 46,4 | 73,2 |
| | ne znam | 61 | 27,2 | 27,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na jedanaesto je pitanje 46,4 % ispitanika odgovorilo kako umiranje kod njih ne izaziva stanje konflikta, s obzirom na ono što su eventualno još mogli napraviti za pacijenta. Ipak, 27,2 % ispitanih ne zna odgovor na to pitanje, a 26,3 % njih smatra da umiranje kod njih izaziva stanje konflikta s obzirom na ono što su eventualno još mogli učiniti za pacijenta. Kod Novakovića 30 % sestara doživljava stanje konflikta s obzirom na ono što se još moglo učiniti, ali samo kada je u pitanju mlađa osoba. Rezultati su slični, samo s tom razlikom da sada veći postotak ispitanih ne razvija stanje konflikta, što možemo objasniti kulturološkim napretkom i većom individualizacijom u postupcima. Sestre uvijek misle da se moglo učiniti više i bolje, posebno ako pacijent umre naglo. Stanje konflikta bilo bi neka vrsta preispitivanja savjesti, preispitivanja svojih postupaka prema pacijentima. Uvijek postoji osjećaj nelagode, bez obzira što se napravilo sve što se moglo. Sestre nakon smrti još više puta analiziraju svoje postupke. Ako su pacijent ili njegova obitelj imali više očekivanja, a dio je njih ostao neispunjen, konflikt je povećan. Ako je umrla osoba ostavila maloljetnu djecu, stres je veći. Stanje konflikta vezano je i za pretjerane reanimacije, za zahvate koji nisu dali uspjeha, za kašnjenje hitne pomoći i

slično. Uvijek postoji mogućnost da se napravi neki propust koji onda rezultira tjeskobom.(Novaković 1990.)

**Tablica 53.**

12. Podržavate li uvijek nadu pacijenta u dobar ishod njegove bolesti?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 154 | 68,8 | 68,8 | 68,8 |
| | ne | 36 | 16,1 | 16,1 | 84,8 |
| | ne znam | 34 | 15,2 | 15,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na dvanaesto pitanje pozitivno je odgovorilo 68,8 % ispitanika, oni uvijek podržavaju nadu pacijenta u dobar ishod njegove bolesti. Ipak, 15,2 % njih ne zna podržava li, a samo 16,1 % njih ne podržava nadu pacijenta u dobar ishod njegove bolesti. Novaković tvrdi da sve ovisi o situaciji, pacijentu i dijagnozi, a posebice o njegovim godinama. Ako je u pitanju mladi pacijent, sve se komplicira i dramatizira.(Novaković 1990.) Iako je svaki pacijent drugačiji, u jednome se svi slažu: nitko ne želi umrijeti i uvijek traži način kako se izvući od toga iskustva. Nada je nešto što nadilazi i nikada ju ne treba oduzimati. Nekomu pacijentu se nikada ne smije reći prava istina, dok drugi želi znati kako bi napravio bilancu svoga života i završio neko svoje djelo. Katolička Crkva u SAD-u pružila je smjernice o životu – *Kršćansko potvrđivanje života / Christian Affirmation of life*. To je vid oporuke o životu radi otklanjanja bilo kakve mogućnosti primjene eutanazije i istovremeno izbjegavanja distanazije.(Vuletić i sur. 2014.)

„Nitko nema pravo odlučivati i nagovještavati nečiju smrt. Život je metafizička kategorija i takvom je treba ostaviti. Svetost života, pa i u času umiranja, treba poštivati.“(Novaković 1990.)

**Tablica 54.**

13. Jesu li za utjehu potrebne riječi (verbalizacija) ili je dovoljna samo prisutnost druge osobe?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | verbalizacija | 9 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | oboje | 180 | 80,4 | 80,4 | 84,4 |
| | prisutnost | 31 | 13,8 | 13,8 | 98,2 |
| | bez odgovora | 3 | 1,3 | 1,3 | 99,6 |
| | ostalo | 1 | 0,4 | 0,4 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na trinaesto je pitanje 80,4 % ispitanika odgovorilo da su za utjehu potrebne riječi (verbalizacija) i prisutnost druge osobe. Ovdje je vidljivo koliko je potrebno da medicinske sestre i tehničari budu prisutni uz umiruću osobu. Često su umirući pacijenti usamljeni jer uz njih nije neka draga i bliska osoba koju oni žele. Ponekad imaju potrebu olakšati dušu i ispričati nešto što su dugo godina stiskali u srcu i nije bilo izgovoreno. Svjedočanstva medicinskih sestara/tehničara puna su njihovih „mudrih" poruka, koje su čuli neposredno pred kraj života i koje će zauvijek pamtiti. Zaista bi bilo zanimljivo te situacije skupiti i analizirati. Život i njegove situacije su zaista čudesne. Ponekad se umirući udalji od svoje obitelji jer ne želi da oni pate, a obitelj to krivo shvaća kao da im se brani biti uz njega. Nerijetko medicinska sestra samoinicijativno zove nekoga člana obitelji kojega umiruća osoba želi vidjeti kako bi se oprostila iako ju izravno ne traži, a sestra to prepozna. Ako je umirući u intenzivnoj jedinici, riječi ne pomažu, no djela i znanja svakako. Ono što je fascinantno, nijedan tijek umiranja nije isti, svaki je drugačiji. Tada je važna samo prisutnost.

**Tablica 55.**

14. Možete li procijeniti kada nastupa smrt i kada medicinski zahvati postaju besmisleni?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | da | 145 | 64,7 | 64,7 | 65,2 |
| | ne | 33 | 14,7 | 14,7 | 79,9 |
| | ne znam | 46 | 20,6 | 20,6 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na četrnaesto pitanje 64,7 % ispitanika je odgovorilo da mogu procijeniti kada nastupa smrt i kada medicinski zahvati postaju besmisleni, a njih 14,7 % dalo je negativan odgovor. Također, značajna brojka od njih 20,6 % na to je pitanje odgovorilo „ne znam". Samo iskusna sestra koja je dobro informirana o stanju i dijagnozi pacijenta može procijeniti kada nastupa smrt i kada zahvati postaju besmisleni. Međutim, to nije u njezinoj domeni, ali svakako joj ta informacija pomaže u obimu posla. Prema Novakoviću, dio sestara smatra kako intervencije ovise i o psihičkoj snazi samoga pacijenta, naime, ako se sâm pacijent prestane boriti i vjerovati

u život, produženje muka je besmisleno i treba ga pustiti neka mirno umre.(Novaković 1990.)

**Tablica 56.**

15. Je li moguća komunikacija s umirućima?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 150 | 67,0 | 67,0 | 67,0 |
| | ne | 27 | 12,1 | 12,1 | 79,0 |
| | ne znam | 47 | 21,0 | 21,0 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na petnaesto pitanje potvrdno je odgovorilo 67 % ispitanika, odnosno oni smatraju da mogu komunicirati s umirućima, a samo 12,1 % njih dalo je negativan odgovor. Komunikacija s umirućim bolesnikom je veliko emocionalno opterećenje, pa ju zdravstveni radnici radije izbjegavaju. Komunikacija je nešto što se uči na primjerima iz prakse. Sâmo iskustvo i talent nisu dovoljni za primjenu optimalnih komunikacijskih vještina, već je potrebna kvalitetna i kontinuirana edukacija za sve medicinske sestre/tehničare. To je umijeće i kreacija jer ne postoje dva ista čovjeka niti dva identična problema.(Braš i sur. 2016.) Kod Novakovića, velik broj sestara smatra da s umirućima komunikacija nije moguća, ali gotovo isto toliko njih smatra ako je komunikacija moguća. „Mogući su različiti oblici komunikacije; bez obzira jesmo li dobili povratnu informaciju i uspostavili komunikaciju, s komunikacijom valja pokušati pa makar to bilo samo držanje pacijenta za ruku. Komunikacija ne mora ovisiti samo o stanju svijesti pacijenta.“(Novaković 1990.)

**Tablica 57.**

16. Doživljavate li pokraj umirućega stvarne emocije straha?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 97 | 43,3 | 43,3 | 43,3 |
| | ne | 85 | 37,9 | 37,9 | 81,3 |
| | ne znam | 42 | 18,8 | 18,8 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na šesnaesto je pitanje 43,3 % ispitanika odgovorilo kako doživljavaju stvarne emocije straha pokraj umirućega, a njih 37,9 % dalo je negativan odgovor, što znači da ne doživljavaju

strah uz umirućega. Također značajna brojka od njih 18,8 % na to pitanje nije znalo odgovor. Emocija je straha povezana s prethodnim znanjem i iskustvom o prihvaćanju umiranja. Samo nova znanja to mogu promijeniti. S obzirom na to da je svaka smrt individualna, nemoguće je predvidjeti sve doživljaje i reakcije. Ako je uloga straha od smrti da nas motivira u ispunjenju nama vrijednih želja i ciljeva, onda je strah od smrti racionalan, a ako je uloga straha od smrti da nas „paralizira", onda je strah od smrti iracionalan.(Biondić 2013.) Novaković smatra kako se radi o osjećaju bespomoćnosti sestara koje imaju duži radni staž, a ne o strahu, dok mlađe sestre više vjeruju u bolju prognozu bolesti. Nemoguće je postaviti neke standarde za ponašanje medicinskih sestara/tehničara uz umirućega pacijenta.(Novaković 1990.)

„Kada duboko u sebi shvatimo da život neće trajati zauvijek, nešto se mijenja u značenju života. Dublje se obvezujemo svojoj sreći kada potpuno shvatimo da je naše preostalo vrijeme ograničeno i da stvarno moramo učiniti da nam ono nešto znači."(Kübler-Ross, Kessler 2001.)

**Tablica 58.**

17. Biste li, u stanovitoj mjeri, mijenjali stav ovisno o tome je li umirući poznata ili sasvim nepoznata osoba?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 49 | 21,9 | 21,9 | 21,9 |
| | ne | 134 | 59,8 | 59,8 | 81,7 |
| | ne znam | 41 | 18,3 | 18,3 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na sedamnaesto je pitanje 59,8 % ispitanika odgovorilo da ne bi mijenjali stav ovisno o tome je li umirući poznata ili sasvim nepoznata osoba, a 21,9 % njih izjasnilo se da bi.

Kod Novakovića je situacija slična, 26 % sestara mijenja stav prema umirućemu ovisno o tome je li riječ o (ne) poznatoj osobi. „To je normalno i ljudski. Jedino časne sestre smatraju da uopće ne mijenjaju stav prema umirućem ovisno o tome je li umirući poznata osoba."(Novaković 1990.)

**Tablica 59.**

18. Smatrate li da nakon određenoga vremena rada u intenzivnoj njezi postoji adaptacija na situacije umiranja?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 163 | 72,8 | 72,8 | 72,8 |
| | ne | 30 | 13,4 | 13,4 | 86,2 |
| | ne znam | 31 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na ovo pitanje 72,8 % ispitanika odgovara kako nakon određenoga vremena rada u intenzivnoj njezi postoji adaptacija na situacije umiranja, a njih 13,4 % daje negativan odgovor, što znači da misle kako nema takve adaptacije. Također, značajna brojka od njih 13,8 % na to pitanje odgovara „ne znam“. Novaković smatra da izvjesna adaptacija postoji, ali nikada potpuna. Prirodno je da se na smrt ne može naviknuti. Uvijek je stresna i iznova šokira. Lakše se prihvaćaju očekivane smrti starijih ljudi, za razliku od iznenadnih smrti mlađih osoba. Međutim, ako medicinska sestra/tehničar radi negdje gdje često netko umire, s vremenom „ogugla“ na činjenicu umiranja. To postaje profesionalni zadatak za nekoga, ali netko se s tim i ne može nositi, pa traži drugo radno mjesto. Novaković smatra da izvjesna adaptacija postoji, ali nikada potpuna. On iznosi zanimljiv podatak da su neke sestre šokirane smrću siromašnih osoba. „One umiru lakše nego bogate osobe, koje pokazuju i veći strah pred smrću.“(Novaković 1990.) Moguća adaptacija na umiranje trebala bi biti predmet buduće edukacije kako bi se svima olakšao taj dio rada.

**Tablica 60.**

19. Na koji se način oslobađate od proživljena šoka smrti?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | zaborav | 42 | 18,8 | 18,8 | 18,8 |
| | racionalizacija | 101 | 45,1 | 45,1 | 63,8 |
| | pojačani rad | 32 | 14,3 | 14,3 | 78,1 |
| | nikako | 11 | 4,9 | 4,9 | 83,0 |
| | podrškom vlastite obitelji | 15 | 6,7 | 6,7 | 89,7 |
| | ostalo | 23 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na devetnaesto pitanje o načinu oslobađanja od proživljena šoka smrti, 45,1 % ispitanih je odgovorilo kako im racionalizacija pomaže u oslobađanju od proživljena šoka smrti, zatim 18,8 % ispitanika pokušava zaboravom olakšati stres, a njih 14,3 % pojačano radi. Najčešći oblik suočavanja sa smrću pacijenta kod ispitanika je bio obrambeni mehanizam racionalizacije. Ispitanici najčešće racionalno objasne smrt osobe i na taj se način oslobađaju stresa izazvana smrću nekoga pacijenta u njihovoj skrbi. Ovdje je značajna psihološka potpora i edukativna pomoć za medicinske sestre i tehničare kako bi lakše podnijeli taj stres umiranja. Činjenica je da nijedna smrt nije ista, pa tako i način i količina šoka nakon nje. Mnogo je čimbenika koji uzrokuju taj šok. Ničija se reakcija ne može predvidjeti, ali sigurno može pomoći pripremljenost i dobar rad na sebi putem učenja i ranije proživljenoga iskustva.

Svejedno, nitko ne može izvježbati kako će se ponašati. Medicinske sestre/tehničari izloženi su toj traumi koja ih potiče na razmišljanje o vlastitoj smrtnosti. Prva pomisao racionalizacije je da život ide dalje i treba nastaviti raditi i živjeti. Nakon toga bi trebalo razgovarati s nekim i ne skrivati osjećaje. „Nitko nije otok“ je izvrsna rečenica u daljnjoj fazi racionalizacije za koju se odlučila polovica ispitanika, što je i nekako normalno.(Marinić 2017.) Nakon toga, pomisao da se umrla osoba oslobodila patnje koja bi ju snašla u daljnjemu životu svakako može smiriti šok. Jedan dio sestara/tehničara ne proživljava šok od smrti, smatra kako je to dio posla i da su učinili koliko su mogli. Smrt je opomena i prilika za ispit vlastite savjesti. Mnogo je drugih pacijenata kojima je potrebna pomoć i daljnja skrb.(Novaković 1990.) Mali dio sestara/tehničara teško doživljava smrt svojih pacijenata. Neke vjeruju da smrt nije kraj, već prijelaz u drugi život.(Moody 1988) „Smrt je prelazak u vječni život, iz materijalnog u duhovni svijet te rješenje za patnju i bol jer svi moramo umrijeti.“(Novaković 1990.)

**Tablica 61.**

20. Je li, po Vašemu mišljenju, pokazivanje sućuti dovoljno za suzbijanje straha (panike) pacijenta?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 47 | 21,0 | 21,0 | 21,4 |
| | ne | 125 | 55,8 | 55,8 | 77,2 |
| | ne znam | 52 | 23,2 | 23,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na dvadeseto pitanje negativno je odgovorilo 55,8 % ispitanika, to jest kako pokazivanje sućuti nije dovoljno za suzbijanje straha (panike) kod pacijenta, a njih 21 % dalo je pozitivan odgovor, što znači da misle kako je pokazivanje sućuti dovoljno protiv straha od umiranja. Također značajna brojka od njih 23,2 % na to je pitanje odgovorilo „ne znam“.

Kod Novakovića također postoji mišljenje da je pacijent ipak prepušten sâm sebi. On smatra da izražavanje suosjećanja ne može odagnati strah i da je svatko prisiljen sâm se suočiti sa svojom egzistencijalnom situacijom. Iako su medicinske sestre/tehničari prisutni, svatko umire sâm i mora sâm riješiti problem svoga straha pred odlazak u nepoznato.“(Novaković 1990.)

**Tablica 62.**

21. Postoji li razlika u doživljavanju umiranja mlađih (do 40 god.) i starijih osoba?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 191 | 85,3 | 85,3 | 85,3 |
| | ne | 17 | 7,6 | 7,6 | 92,9 |
| | nisam sigurna/siguran | 16 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Ukupno: | 224 | 100,0 | 100,0 | |

Na dvadeset prvo pitanje pozitivno je odgovorilo 85,3 % ispitanika, što znači kako smatraju da postoji razlika u doživljavanju umiranja mlađih (do 40 god.) i starijih osoba, a njih samo 7,6 % dalo je negativan odgovor. Također mali broj od 7,1 % ispitanih na to je pitanje odgovorilo „nisam sigurna/siguran“. Kod Novakovića se ispostavlja da medicinske sestre i tehničari iako smrt prihvaćaju profesionalno, ako je u pitanju mlađa osoba, svejedno ne mogu izbjeći šok umiranja i smrti.

**Tablica 63.**

22. Koliko medicinskih sestara/tehničara ima iskustvo umiranja pacijenta?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 224 | 46,4 | 46,4 | 46,4 |
| | ne ili bez odgovora | 259 | 53,6 | 53,6 | |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

Većina ispitanih, njih 53,6 % je na ovo je pitanje odgovorilo kako nemaju iskustvo nazočnosti umiranja pacijenta, a njih 46,4 % to iskustvo imaju.

Svakako je potrebno razmisliti kako im olakšati tako stresan posao, a one koji nemaju to iskustvo nužno je kvalitetno poučiti i pripremiti za takve situacije. Ispitanici koji nisu bili direktni sudionici u umiranju, tijekom svoga radnog iskustva su bili suputnici onima koji to jesu ili su sudjelujući u nastavi, slušali one koji su o tome govorili. Osim toga, umiranje su doživjeli i u svojoj sredini te su putem tih iskustava mogli formirati svoje stavove. Ipak, za prethodno navedena pitanja bilo je nužno imati neposredno iskustvo umiranja pacijenta, pa su njih 259 izuzeti iz toga dijela istraživanja, za razliku od 224 sudionika koji su bili direktni sudionici takvih situacija.

**Tablica 64.**

23. Koliko dugo radite u bolnici ili u jedinici intenzivne njege?

| Godina: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | ,0 | 208 | 43,1 | 43,1 | 43,1 |
| | 1,0 | 18 | 3,7 | 3,7 | 46,8 |
| | 1,5 | 5 | 1,0 | 1,0 | 47,8 |
| | 2,0 | 40 | 8,3 | 8,3 | 56,1 |
| | 2,5 | 10 | 2,1 | 2,1 | 58,2 |
| | 3,0 | 40 | 8,3 | 8,3 | 66,5 |
| | 3,5 | 2 | ,4 | ,4 | 66,9 |
| | 4,0 | 18 | 3,7 | 3,7 | 70,6 |
| | 4,5 | 2 | ,4 | ,4 | 71,0 |
| | 5,0 | 29 | 6,0 | 6,0 | 77,0 |
| | 6,0 | 17 | 3,5 | 3,5 | 80,5 |
| | 7,0 | 9 | 1,9 | 1,9 | 82,4 |
| | 8,0 | 5 | 1,0 | 1,0 | 83,4 |
| | 9,0 | 5 | 1,0 | 1,0 | 84,5 |
| | 10,0 | 13 | 2,7 | 2,7 | 87,2 |
| | 11,0 | 2 | ,4 | ,4 | 87,6 |
| | 12,0 | 7 | 1,4 | 1,4 | 89,0 |
| | 13,0 | 5 | 1,0 | 1,0 | 90,1 |
| | 14,0 | 1 | ,2 | ,2 | 90,3 |
| | 15,0 | 6 | 1,2 | 1,2 | 91,5 |
| | 16,0 | 3 | ,6 | ,6 | 92,1 |
| | 17,0 | 1 | ,2 | ,2 | 92,3 |
| | 18,0 | 2 | ,4 | ,4 | 92,8 |
| | 19,0 | 1 | ,2 | ,2 | 93,0 |
| | 20,0 | 14 | 2,9 | 2,9 | 95,9 |
| | 21,0 | 1 | ,2 | ,2 | 96,1 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 22,0 | 1 | ,2 | ,2 | 96,3 |
| | 23,0 | 3 | ,6 | ,6 | 96,9 |
| | 24,0 | 2 | ,4 | ,4 | 97,3 |
| | 25,0 | 5 | 1,0 | 1,0 | 98,3 |
| | 27,0 | 3 | ,6 | ,6 | 99,0 |
| | 28,0 | 1 | ,2 | ,2 | 99,2 |
| | 29,0 | 1 | ,2 | ,2 | 99,4 |
| | 31,0 | 2 | ,4 | ,4 | 99,8 |
| | 32,0 | 1 | ,2 | ,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

Analizirajući ovu tablicu, može se zaključiti da 43,1 % ispitanika nema radnoga staža u bolnici ili u jedinicama intenzivne njege, što znači da su vrlo malo bili uz umiruće pacijente. Nadalje, 40,1 % ispitanika radilo je u bolnici ili JIL-u (jedinici intenzivnoga liječenja) do 10 godina, a samo 16,8 % ima od 10 do 30 godina radnoga staža u bolnici ili JIL-u. Iz tih se podataka može vidjeti koliko je znanstvena i stručna edukacija o umiranju, smrti i eutanaziji u sklopu studija važna, i to u obliku predavanja i seminara, ali i vježbi, što potvrđuje velika zainteresiranost studenata za te teme, što će u sljedećemu poglavlju biti prikazano u Tablici 73 i grafu.

**Tablica 65.**

24. Iz biološkoga aspekta, može li čovjek biti sveden na živućega ne-čovjeka?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | da | 152 | 31,5 | 31,5 | 31,5 |
| | ne | 127 | 26,3 | 26,3 | 57,8 |
| | ne znam | 204 | 42,2 | 42,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

Na ovo pitanje 42,2 % ispitanika ne zna odgovor, 26,3 % njih misli kako nije moguće da biološki čovjek bude sveden na živućega ne-čovjeka, ali 31,5 % smatra da je to moguće. Jasno je da je na formiranje stavova utjecaj društva i okoline uz utjecaj radne sredine dominantan, a snaga vrijednosnoga sustava nije u ovim odgovorima toliko presudna jer je još u formiranju. Iz toga razloga su mnogi odgovori šaroliki i raspršeni.

**Tablica 66.**

25. Smatrate li da razlozi zbog kojih neki ljudi čine samoubojstva leže više u njihovoj osobnosti i odnosima u obitelji ili su više uzrokovani ekonomskom i socijalnom situacijom u društvu i radom društvenih institucija (škola, sudovi, policija)?

| Odgovori: | | frekvencija | postotak | važeći postotak | kumulativni postotak |
|---|---|---|---|---|---|
| | njihovoj osobnosti i odnosima u obitelji | 95 | 19,7 | 19,7 | 19,9 |
| | ekonomskom i socijalnom situacijom u društvu i radom društvenih institucija | 25 | 5,2 | 5,2 | 24,8 |
| | podjednako i u jednome i u drugome | 363 | 75,2 | 75,2 | 100,0 |
| | Ukupno: | 483 | 100,0 | 100,0 | |

Navedeno pitanje traži uzroke za slučajeve samoubojstva i 75,2 % ispitanika smatra da ti uzroci leže zajedno u njihovoj osobnosti i odnosima u obitelji te da su uzrokovani i ekonomskom te socijalnom situacijom u društvu i radom društvenih institucija (škola, sudova i policije). Na osobnoj je razini jasno da nekom padne mrak na oči i ne vidi izlaz iz svojih problema, pa digne ruku na sebe. Bespomoćan čovjek se ne može sâm nositi sa životom, ali što je na razini zajednice i institucija? Koliko je društvo odgovorno?

Prema utilitarističkome stavu, samoubojstvo može biti moralno opravdano i nije uvijek nužno loše. Ako osoba osjeća bol i patnju, onda je bolje da se oslobodi toga, makar i samoubojstvom jer će tako pomoći svojima i okolini. Prema utilitaristima, posljedice su jedina moralna vertikala onoga što čini neko djelo dobrim ili lošim.(Sandel 2013.) Problem u utilitarističkome poimanju morala nastaje kada treba odrediti granicu za neko ponašanje, tj. koliko je ono dobro ili loše. Moral kakav definira utilitarist je manjkav jer i samoubojica ima pravo na život.

Prema deontološkome stavu, samoubojstvo je pogrešno jer krši moralnu obvezu poštovanja vrijednosti ljudskoga života, bez obzira na vrijednost toga života za druge ili za osobu čiji je život. Zastupnik deontološke etike Kant u svome kategoričkom imperativu tvrdi da svoj moralni zakon ne možemo zasnivati na pojedinačnim željama jer postoji apsolutna vrijednost, a to je ljudskost koju bi tako mogli relativizirati.(Sandel 2013.) Društvene institucije nedovoljno štite vrijednost ljudskoga života, te polako i suptilno, metodom skliske padine, samoubojstvo postaje prešutno prihvatljivo. Na tome tragu i tim uzrocima moglo bi ići i pitanje legalizacije eutanazije.

*4.4.4. Objedinjavanje rezultata i njihova uzročno-posljedična povezanost*

**Tablica 67.** Povezanost spola medicinskih sestara i tehničara sa stavovima o eutanaziji

| | **prosječna vrijednost** | **standardna devijacija** | **minimalni odgovor** | **maksimalni odgovor** |
|---|---|---|---|---|
| **muškarci** | 2,87 | 0,34 | 1 | 5 |
| **žene** | 2,85 | 0,32 | 1 | 5 |

Nastojeći doznati postoji li statistički značajna razlika u stavovima o eutanaziji između muškaraca i žena, odnosno medicinskih tehničara i sestara, komparirali smo srednje vrijednosti odgovora i napravili *T-test* analizu. Rezultati pokazuju da je prosječna vrijednost odgovora u objema skupinama praktički identična, pa je jasno da provjera *T-testom* utvrđuje da nema značajnih razlika u njihovim stavovima o eutanaziji ($t = 0,552$; $p > 0,05$).

**Tablica 68.** Povezanost dobi, radnoga staža i stavova o eutanaziji

| | **radni staž** | **stav o eutanaziji** |
|---|---|---|
| **dob** | **0,815**** | 0,021 |
| **stav o eutanaziji** | 0,049 | |

**p < 0,01****

Nema statistički značajne korelacije između dobi, stava o eutanaziji, radnoga staža i stava o eutanaziji. Postoji značajna povezanost dobi i radnoga staža, što je i očekivano.

**Tablica 69**. Razlika u stavovima prema eutanaziji s obzirom na način studiranja

| | **aritmetička sredina** | **standardna devijacija** | **ukupno** | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| **redovni** | 2,83 | 0,31 | 142 | 1,13 | ,261 |
| **izvanredni** | 2,86 | 0,32 | 341 | | |

***p < 0,05; **p < 0,01**

Nakon testiranja normalnosti distribucije utvrđeno je kako ona ne odstupa od normalne, pa je napravljen T-test kako bi se utvrdilo postoji li statistički značajna razlika u stavovima prema eutanaziji između ispitanika koji studiraju na redovnome i ispitanika koji studiraju na izvanrednome studiju.

Vidljivo je kako su prosječni odgovori ispitanika koji studiraju na redovnom studiju ($M = 2,83$; $Sd = 0,31$) gotovo jednaki kao i kod ispitanika s izvanrednoga studija ($M = 2,86$; $Sd =$

0,32) te, očekivano, ta razlika nije bila dovoljna za proizvesti statističku značajnost (t = 1,13; p = 0,261).

**Tablica 70.** Razlike u stavovima prema eutanaziji s obzirom na ustanovu i status zaposlenja

| | **prosječni odgovor** | **standardna devijacija** | **ukupno** | **F** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|
| **bolnica** | 2,87 | 0,32 | 268 | 1,069 | 0,344 |
| **izvanbolnička ustanova** | 2,86 | 0,36 | 58 | | |
| **ne radi** | 2,82 | 0,31 | 157 | | |

Nakon testiranja normalnosti distribucije utvrđeno je kako on ne odstupa od normalne, pa je napravljena jednosmjerna analiza varijance kako bi se utvrdilo postoji li statistički značajna razlika u stavovima prema eutanaziji s obzirom na ustanovu u kojoj je ispitanik zaposlen, odnosno s obzirom na status zaposlenja. Utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u stavovima prema eutanaziji između ispitanika zaposlenih u bolnici i izvan bolnice te onih koji ne rade.

**Tablica 71.** Percepcija razine straha s obzirom na religioznost kod pacijenata

| | **opažene frekvencije** | **očekivane frekvencije** |
|---|---|---|
| **da** | 253 | 161 |
| **ne** | 110 | 161 |
| **ne znam** | 120 | 161 |
| **ukupno:** | 483 | 483 |

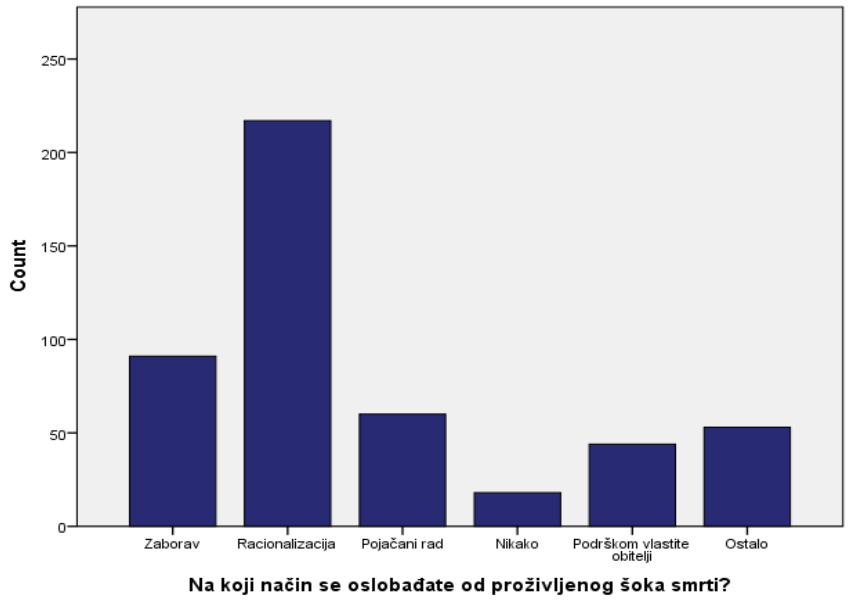
Na postavljeno pitanje: „Postoji li razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika?“ *Hi-kvadrat* test je pokazao kako postoji značajna razlika u odgovorima ispitanika ($\chi^2$ = 79,86; p = ,00), konkretno – značajno je više ispitanika smatralo kako postoji razlika s obzirom na religioznost ispitanika. S obzirom na postavljeno pitanje, ne može se znati u kojemu smjeru ta razlika ide, odnosno smatraju li ispitanici da se kod religioznih osoba javlja manji strah nego kod nereligioznih ili obrnuto.

**Tablica 72.** Percepcija u prihvaćanju smrti s obzirom na religioznost kod pacijenata

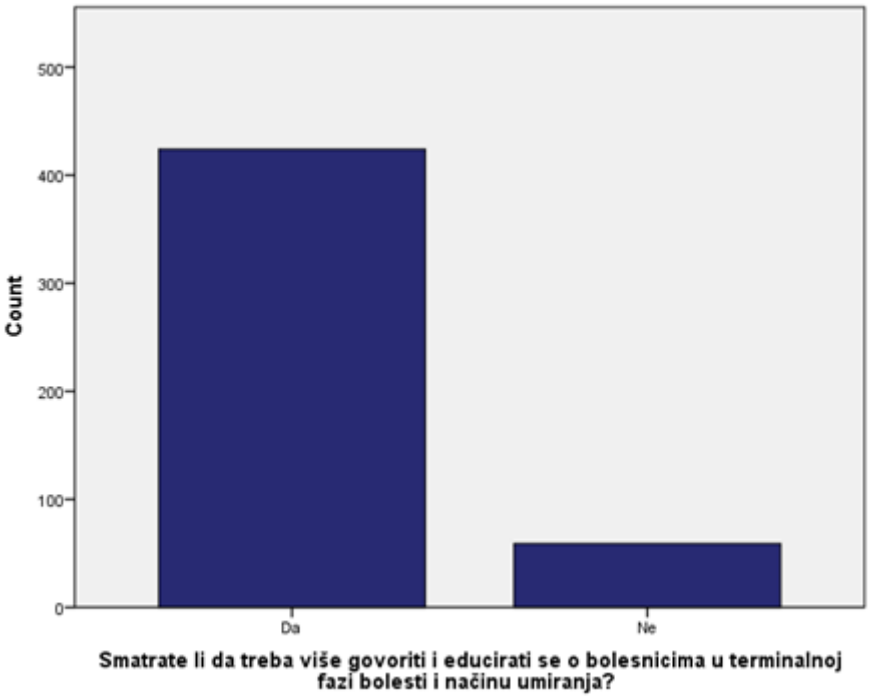
| | **opažene frekvencije** | **očekivane frekvencije** |
|---|---|---|
| **da** | 285 | 161 |
| **ne** | 96 | 161 |
| **ne znam** | 102 | 161 |
| **ukupno** | 483 | 483 |

Nadalje, ispitanicima je postavljeno pitanje: „Postoji li razlika u prihvaćanju smrti između vjernika i nevjernika (bez obzira na konfesiju)?“ *Hi-kvadrat* testom je potom utvrđeno kako je značajno veći broj ispitanika potvrdno odgovorio na ovo pitanje (hi = 143,37; p = ,00). Važno je naglasiti da se iz toga rezultata ne vidi smjer razlike i ne može se utvrditi prihvaćaju li smrt više religiozne ili nereligiozne osobe.

**Graf 1.** Način suočavanja sa smrću kod ispitanika



**Graf 2.** Raspodjela odgovora na pitanje: „Smatrate li da treba više govoriti i educirati se o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti i načinu umiranja?“




**Tablica 73.** Raspodjela odgovora na pitanje „Na koji biste se način educirali o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti i načinu umiranja?“

| | **frekvencija** | **postotak odgovora** |
|---|---|---|
| **razgovor s kompetentnom osobom** | 143 | 29,6 |
| **organizirano predavanje** | 144 | 29,8 |
| **edukacijski materijali** | 68 | 17,07 |
| **radionice** | 77 | 15,94 |
| **tribine** | 19 | 3,9 |
| **sve navedeno** | 78 | 16,4 |
| **ostalo** | 13 | 2,7 |

**Tablica 74.** Stupanj slaganja ispitanika sa Singerovim argumentima o eutanaziji

| | **prosječna vrijednost** | **standardna devijacija** | **minimalni odgovor** | **maksimalni odgovor** | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **prvi set pitanja** | 3,72 | 0,61 | 1 | 5 | 22,07 | **0,00**** |
| **drugi set pitanja** | 2,78 | 0,92 | 1 | 5 | | |

**P < 0,01****

Prvi set tvrdnji (pitanja) sadrži izvore za Singerove argumente:

- Prijedlozi za legalizaciju eutanazije zasnivaju se na poštovanju autonomije i na cilju izbjegavanja patnje.
- Dobrovoljna se eutanazija događa samo kada osoba pati od neizlječiva i bolna ili izuzetno mučna stanja.
- Dobrovoljna eutanazija je ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev. Pustiti pacijente da odluče je li njihova situacija podnošljiva bilo bi u skladu s poštovanjem slobode pojedinca.
- Samosvjesna bića žele živjeti, ali ako im život postane zastrašujući javlja se želja za smrću.
- Samosvjesno biće je svjesno sebe kao zasebnoga entiteta s prošlošću i budućnošću. Pacijent ima pravo tražiti da ga se eutanazira.

Drugi set tvrdnji (pitanja) sadrži Singerove argumente:

U prvome setu pitanja ispitanici su pokazali viši stupanj slaganja nego u drugome. Usporedbom dviju aritmetičkih sredina ustanovljena je i statistički značajna razlika među njima (t = 22,07; p = 0,00). Kako bi se ispitala mogućnost predikcije stavova o eutanaziji s obzirom na neke demografske osobine i postavke filozofa, provedena je regresijska analiza. Zanimalo nas je u kojoj mjeri postavke filozofa samostalno doprinose varijanci stavova prema eutanaziji tako da se pristupilo računanju hijerarhijske regresijske analize. U prediktorski skup podataka uključene su varijable spol, dob, godina studija, način studiranja, prosjek studiranja i Singerove postavke. Kao kriterijska varijabla, uzet je stav prema eutanaziji. U hijerarhijskoj regresijskoj analizi nezavisne se varijable uvode kao setovi u koracima kako bi se vidio samostalni doprinos svakoga seta varijabli. U svakome je koraku vidljiv postotak objašnjene varijance, te se u svakome sljedećem koraku testira značajnost dodatnoga postotka objašnjene varijance kriterija (Delta $R^2$). Hijerarhijska analiza provedena je u dvama koracima; u prvome su koraku uvedene

varijable spol, dob, godina studija, način studiranja i prosjek studiranja, dok su u drugome uvedene dvije subskale Singerovih postavki. U prvi su korak dodane varijable za koje se smatralo da će uspješno predviđati stavove o eutanaziji s obzirom na bezbrojne najdiskutabilnije rasprave u kontekstu dobrovoljne eutanazije.(Fontalis, Prousali, Kulkarni 2018.) Stavovi su šaroliki i s oprečnim pogledima, a rezultati istraživanja etičkih i pravnih aspekata asistiranoga samoubojstva i dobrovoljne eutanazije objavljeni u *Journal of the Royal Society of Medicine* 2018. godine govore da je za razumijevanje stavova pojedinaca o dobrovoljnoj eutanaziji posebno potrebno obratiti pažnju na njihova religijska uvjerenja.(Sharp 2018.) Potvrđeno je nekoliko hipoteza o tome kako vjerovanja u i o Bogu predviđaju stav prema dobrovoljnoj eutanaziji. Istraživanje pokazuje da izvjesnost u vjerovanju u Boga značajno predviđa negativan stav prema dobrovoljnoj eutanaziji, što je upravo suprotno kod Singera.(Marinić 2017.) Značajno empirijsko istraživanje u Hrvatskoj provedeno 2014. kao projekt Instituta društvenih znanosti *Ivo Pilar* pod nazivom *Pilarov barometar hrvatskog društva* na reprezentativnom uzorku od 1000 punoljetnih osoba pokazuje da povećanjem razine religioznosti podrška pitanjima o eutanaziji pada.(Marinić 2017.) Posebno je zanimljiv i rezultat istraživanja Marka Marinića da osobe s invaliditetom manje podržavaju ideju eutanazije od opće populacije, kao i podatak da bi velik broj pacijenata izgubio povjerenje u liječnika koji bi redovito prakticirao eutanaziju.(Marinić 2017.) Ovim se rezultatima osporavaju i Singerove postavke, kao što i potvrda da je pravo na život iznad prava na smrt, bez obzira na teško stanje organizma, ne ide u prilog Singeru. U rezultatima Marinićeva istraživanja čak i njegov zadnji argument iz poštovanja autonomije potvrđuje da bi prilikom ozakonjenja dobrovoljne eutanazije postojao opravdani strah za zlouporabu, pa se onda postavlja opravdano pitanje koliko bi ta odluka uopće bila autonomna i utemeljena.(Marinić 2017.) Prema tome su istraživanju te varijable prikazale značajnu predikcijsku vrijednost, koja mogućim prihvaćanjem Singerovih postavki prihvaća i ozakonjenje dobrovoljne eutanazije.

Kako bi se zadovoljile pretpostavke za računanje hijerarhijske regresijske analize, provjereni su rezultati kolinearnosti (tolerancija i faktor povećanja varijance) i zaključeno je kako se oni nalaze unutar prihvatljivih vrijednosti. Vrijednosti tolerancije kreću se od ,662 do ,977, dok se vrijednosti faktora povećanja varijance kreću od 1,023 do 1,510. Testirana je i pretpostavka o korelaciji reziduala Durbin-Watsonovim kriterijem, koji je pokazao prihvatljiv rezultat i iznosi 1.963. U tablici niže prikazani su rezultati hijerarhijske analize.

**Tablica 75.** Rezultati hijerarhijske regresijske analize stava o eutanaziji s demografskim podatcima, podatcima o studiranju i Singerovim postavkama kao prediktorskim varijablama

| Prediktor: | **β** | **R** | **$R^2$** | **$\Delta R^2$** | **F** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. korak | | | | | |
| spol | ,020 | | | | |
| dob | -,022 | | | | |
| godina studija | -,058 | ,081 | ,007 | ,007 | ,624 |
| način studiranja | ,029 | | | | |
| prosjek ocjena | -,012 | | | | |
| 2. korak | | | | | |
| spol | ,030 | | | | |
| dob | -,013 | | | | |
| godina studija | -,025 | | | | |
| način studiranja | ,038 | ,343 | ,117 | ,111 | 29,870** |
| prosjek ocjena | -,029 | | | | |
| Singer 1 | ,197** | | | | |
| Singer 2 | ,220** | | | | |

$p < 0.01$**

Rezultati prvoga koraka hijerarhijske regresijske analize pokazuju kako sociodemografske varijable poput spola i dobi ispitanika, godine i načina studiranja te prosjeka ocjena doprinose objašnjenju stavova o eutanaziji tek s postotkom od 0,7 %. U skladu s tim rezultatom, uvidom u pojedinačne doprinose vidljivo je kako nijedna prediktorska varijabla ne doprinosi značajno objašnjenju ukupne varijance kriterijske varijable.

U drugome koraku hijerarhijske regresijske analize, nakon kontrole sociodemografskih podataka uvedene su Singerove postavke i objašnjena se varijanca povećala za 10 %, što je statistički značajno povećanje. Uvidom u pojedinačne doprinose vidljivo je kako obje varijable značajno doprinose objašnjenju stavova o eutanaziji. Načelno su se ispitanici koji imaju pozitivniji stav prema eutanaziji značajno više slagali i s prvim i s drugim setom Singerovih postavki. Takav nalaz upućuje kako stupanj slaganja, odnosno neslaganja sa Singerovim postavkama uspješno predviđa kakav će stav osoba imati prema eutanaziji.

*4.5. Ograničenja u istraživanju*

Provedeno istraživanje sadrži i neka ograničenja. Postoji velika varijabilnost u rezultatima varijable dobi ispitanika i varijable radnoga staža. Prosječna dob ispitanika je 26 godina i može se pretpostaviti da im tema koja se obrađuje nije predmet zanimanja i da su ju studenti ispitanici doživjeli kao nužno zlo. Drugim riječima, za vrijeme anketiranja njihovi su komentari bili: „Zar moramo razmišljati o umiranju i smrti? Mi bismo radije nešto veselije. To su preteška pitanja za nas“ i slično. Glavne preokupacije i osobine njihove dobi su, osim studija, zasnivanje obitelji, pitanja egzistencije i zabava. Samo njih pola od ukupnoga broja anketiranih (483) doživjeli su susret s načinima umiranja i smrću u svojoj obitelji ili na radnome mjestu. Drugo ograničenje je varijabla duljine radnoga staža gdje je prosjek svega četiri godine tako da velik broj ispitanika nema iskustvo rada s umirućima. Kod mnogih su uz tu temu prisutni strah i nelagoda, a osim toga, nedostaje im šireg znanja o eutanaziji. Svoje stavove još nisu formirali i drže ih otvorenima, za razliku od onih koji su stariji i čiji su stavovi drugačiji. Problem je što se njihova moralna formacija gradi u vremenu kada su autoriteti općenito poljuljani. Ono što su prihvatili je djelomično rezultat medijskoga pritiska koji toj temi prilaze na senzacionalistički i spektakularan način šireći tako sliku „dostojanstvene smrti“, koja postaje poželjna i prikazana kao dio kulturnoga elitizma.

*4.6. Rasprava*

Rezultati su pokazali da je u istraživanju sudjelovalo ukupno 483 ispitanika. Preko 50 % njih radi u bolnici, većina ispitanih je ženskoga spola, njih 84,1 %, a muškoga je spola 15,9 %. Što se tiče studiranja, najveći dio ispitanih su na prvoj i trećoj godini studija, a 70 % njih studira izvanredno. Prosječna dob ispitanika je 26 godina (Sd = 7,09) i imaju u prosjeku oko četiri godine radnog staža, no postoji velika varijabilnost u rezultatima te varijable (M = 4,25; Sd = 6,58).

Odgovori na prvu tvrdnju: „Dobrovoljna eutanazija bi trebala biti legalizirana“ su u 52,8 % slučajeva afirmacijski, što prema prvoj hipotezi nije očekivano. Neutralno je prema toj tvrdnji ostalo 27,1 % ispitanika, a 20,1 % njih je dalo negativan odgovor. Medijska promocija je vrlo moćna i prikazuje dobrovoljnu eutanaziju kao pozitivni čin kulturnoga elitizma.(“Djevojka (17) legalno eutanazirana nakon što se više nije mogla boriti s depresijom” 2019.) U današnje je vrijeme nemoguće ostati pri Hipokratovoj tezi kako je potrebno čuvati

život pod svaku cijenu i iz aspekta prava zagovarati samo pravo na život, a kao u trendu zbivanja ignorirati pravo na „dostojanstvenu smrt.“ U kontekstu prve hipoteze, upitnik je imao još 24 pitanja koja su u pozadini ovog prvoga pitanja dala jednu širu sliku i poljuljala moderna strujanja. Odgovori na tvrdnju „Liječnik ima pravo teško bolesnomu pacijentu uskratiti terapiju koja bi mu spasila život i na taj ga način pustiti da umre“ idu za život i negativan je stav prema tomu iskazalo 72,9 % ispitanika. Njih 13,7 % bilo je neutralnoga stava, a 20,9 % misli kako liječnik ima pravo teško bolesnomu pacijentu uskratiti terapiju koja bi mu spasila život i na taj ga način pustiti da umre. Ovakav stav ide u korist naše prve hipoteze i pokazuje da su medicinske sestre/tehničari borci za humanizaciju umiranja i smrti.

Odgovori na tvrdnju: „Liječnik ima pravo eutanazirati pacijenta iako se on tomu protivi“ jasno idu u korist života i potpora su prvoj hipotezi jer 93 % ispitanika smatra da liječnik nema to pravo. Tvrd paternalizam liječnika i zdravstvenoga osoblja uvjerljivo više ne prolazi. Tvrdnja: „Čovjeka se može eutanazirati i onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak“ također jasno ide u korist života i potpora je prvoj hipotezi jer 69,8 % ispitanika smatra da se čovjeka ne može eutanazirati onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak, dok je 19,9 % njih bilo neutralno. Ovdje se također uvjerljivo prepoznaje empatija medicinskih sestara/tehničara prema slabijim i ranjivijim pacijentima. Stavovi ispitanika u tvrdnji „Teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, a troše resurse i to je osnovni razlog zašto neka društva zagovaraju legalizaciju eutanazije“ idu za život i neizravno se približavaju prvoj hipotezi, njih 60 % ne smatra da teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, da troše resurse i da je to osnovni razlog zašto neka društva zagovaraju legalizaciju eutanazije. Iz ovih odgovora vidimo da je obrana života rezultat poštovanja starijih i teško bolesnih osoba, bez obzira na njihovu ekonomsku neučinkovitost prema društvu. Čak njih 26,9 % je neutralno, a 13 % ispitanika misli da teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, da troše resurse i da je eutanazija opravdana. Medicinske sestre/tehničari smatraju da pacijenta treba pustiti prirodno umrijeti, pa tako 52,3 % smatra kako nije opravdano terapijama produživati život „pod svaku cijenu“. Njih čak 35,2 % je neutralno, a 12,4 % ispitanika misli da je opravdano produživati smrtnu patnju i bol pacijentu koji nema nikakvih izgleda za ozdravljenje. U odgovorima na tvrdnju „Bolesnikova želja za eutanazijom posljedica je loše skrbi“ značajno je da se ispitanici u 77,8 % slučajeva ne slažu s tom tvrdnjom, a njih 15,3 % je neutralno jer itekako mogu dobro procijeniti kakva je kvaliteta skrbi i razgovarati o tome s pacijentom, a osim toga, znaju i pojedine dijagnoze i kako se pacijent nosi s poteškoćama koje ima. Isto tako, smatraju da bolesnikova želja za eutanazijom nije posljedica njegove usamljenosti, što su pokazali odgovori

72,6 % ispitanika.

Odgovor na tvrdnju „U Hrvatskoj je potrebno legalizirati dobrovoljnu eutanaziju“ iznosi 49,5 % za, što nije očekivano prema prvoj hipotezi. Njih 27,3 % je neutralno, a 23,2 % je protiv legalizacije eutanazije u Hrvatskoj.

Znakovito, u odgovorima na iduću tvrdnju slijedi ambivalentan stav. Tvrdnju o mogućnosti zlouporabe legalizirane eutanazije potvrđuje čak 55,5 % ispitanih, što je očekivano prema prvoj hipotezi. Njih 30,8 % je neutralnoga stava, a samo 13,7 % misli da u Hrvatskoj neće biti zlouporabe legalizacije eutanazije. Odgovor se priklanja životu i slaže s prvom hipotezom koja tvrdi da medicinske sestre i tehničari ne podržavaju dobrovoljnu eutanaziju. Zanimljivo je i znakovito koliko bojazni i sumnje postoji zbog mogućnosti zlouporabe eutanazije ako bi ona bila legalizirana u Hrvatskoj. Potvrdan je odgovor na tvrdnju da je osnovno pravo čovjeka upravo pravo na život i da nijedan zakon ne smije ići protiv toga prava u 50,7 % slučajeva, što je prema prvoj hipotezi očekivano. Njih čak 32,3 % je neutralno, a 17 % ispitanih misli da osnovno pravo čovjeka nije pravo na život. Zabrinjavajući je postotak neutralnih, njih 32,3 %, što otvara nova pitanja za dodatna istraživanja. Tvrdnja o „svetosti života“ prihvaćena je kod 50,3 % ispitanika, neutralnih je 26,5 % , a 23,2 % ispitanika misli da čovjekov život nije Božji dar i samim time ako nije kvalitetan, može biti oduzet. Ovdje se također otvara nova tema koja traži širu analizu i nova pitanja.

Odgovori na tvrdnju kako bi pacijent trebao imati pravo tražiti od liječnika da mu pripravi sredstva (injekciju, medikamente) kako bi si sâm okončao život, odnosno tražiti od liječnika da mu asistira u samoubojstvu, priklanjaju se životu i slažu s prvom hipotezom jer 56,3 % njih smatra da nije opravdano za pacijenta tražiti od liječnika da mu asistira u samoubojstvu. Neutralno je prema tome čak 26,9 % ispitanika.

I konačno, sve više ima ispitanika koji su za život, a ne za smrt (M = 4,00; Sd = 1,089), a to pokazuju potvrdni odgovori na tvrdnju da je alternativa za eutanaziju palijativna skrb (67,5 %), što je i očekivano prema prvoj hipotezi. Njih 24,2 % je neutralno, a samo 8,3 % misle da umjesto eutanazije nije prikladnije organizirati stručne ustanove u kojima bi se umirućim pacijentima, koji to žele, olakšalo umiranje, odnosno pružala kompletna (medicinska, psihološka i duhovna) pomoć i njega, tzv. „palijativna skrb“.

Odgovori iz zadnje tablice priklanjaju se životu i podržavaju našu prvu hipotezu. Odgovor na tvrdnju „Čovjek treba umrijeti u pravo vrijeme, bez kraćenja, ali i bespotrebna produžavanja života,“ iznosi 57,3 % u korist te tvrdnje, što je očekivano prema prvoj hipotezi. Njih 29,6 % je neutralno, a samo 13 % misle da ta tvrdnja nije prihvatljiva.

Zaključno se za našu prvu hipotezu *Medicinske sestre i tehničari ne podržavaju dobrovoljnu eutanaziju* može reći da je djelomično potvrđena, ali i djelomično opovrgnuta jer slaganja s tom tvrdnjom ima dovoljno, posebno u širemu kontekstu prema pitanjima, ali ne onoliko koliko je očekivano.

Analizirajući tablicu o radnome stažu, dolazi se do zaključka da 43,1 % ispitanika nema radnoga staža u jedinicama intenzivne njege, što znači da su malo vremena bili uz umiruće pacijente, 40,1 % ispitanika je radio u JIL-u (jedinici intenzivnog liječenja) do 10 godina, a samo 16,8 % ima od 10 do 30 godina radnoga staža u JIL-u. Smatramo da 56,9 % ispitanika pruža iskustvo iz prve ruke i uvjerljivo jaču stranu argumenata za život.

Na pitanje „Smatrate li da postoji adaptacija na situacije umiranja nakon određenoga vremena rada u intenzivnoj njezi?“ potvrdno je odgovorilo 72,8 % ispitanika, a njih 13,4 % dalo je negativan odgovor, što znači da misle kako nakon određenoga vremena rada u intenzivnoj njezi nema adaptacije na situacije umiranja. Također, značajna brojka od 13,8 % njih na to je pitanje odgovorilo „ne znam“. Kao što je ranije navedeno, prema Novakoviću izvjesna adaptacija postoji, ali nikada potpuna.(Novaković 1990.) Djelomično moguća adaptacija na umiranje trebala bi biti predmet buduće edukacije kako bi se svima novim znanjima olakšao takav dio rada. Druga hipoteza *Ne postoji značajna povezanost između dužine radnog staža i stavova o dobrovoljnoj eutanaziji kod medicinskih sestara i tehničara* je potvrđena.

U rezultatima nema statistički značajne korelacije između dobi i stava o eutanaziji. Međutim, moramo uzeti u obzir da je prosjek godina ispitanika dvadeset i šest, a dvije trećine ispitanika ima dvadeset i jednu godinu. Na pitanje „Bez obzira što činite u trenutku umiranja pacijenta, biste li najradije voljeli pobjeći?“ potvrdno je odgovorilo 29,9 % ispitanika. Ipak, 50,0 % ne bi pobjeglo, a čak 20,1 % ne zna što učiniti. Ovaj odgovor jasno pokazuje koliko još treba raditi na edukaciji za takve situacije. Novaković smatra da biti prisutan nečijemu bolu, patnji i umiranju nije lako.(Novaković 1990.) „Rijetke su sestre kod kojih je to rutinski posao. Podatak da bi 38 % sestara najradije napustilo pacijenta u času umiranja odražava ambivalentnost osjećaja koji se pri tom javljaju, njihovu nemoć, nemoć suvremene medicine.“(Novaković 1990.) Podatci su identični u obama istraživanjima, bez obzira na vremenski odmak. Ono što je ključno postići edukacijom jest da je uz umirućega pacijenta izuzetno važna prisutnost medicinskih sestara i tehničara, ali isto je tako potrebno i taj problem podići na višu razinu jer je poznato koliko ih u sustavu nedostaje. Iz tih razloga smatramo nužnim povećati broj medicinskih sestara i tehničara na radnim mjestima gdje su bolesnici u terminalnim fazama bolesti i umirući. Tako je treća hipoteza *Ne postoji značajna povezanost*

*između dobi medicinskih sestara/ tehničara i stavova o dobrovoljnoj eutanaziji* potvrđena.

Nakon testiranja normalnosti distribucije, utvrđeno je kako ona ne odstupa od normalne, pa je napravljen *T-test* kako bi se utvrdilo postoji li statistički značajna razlika u stavovima prema eutanaziji između ispitanika koji studiraju na redovnome i ispitanika koji studiraju na izvanrednome studiju. Vidljivo je kako su prosječni odgovori ispitanika koji studiraju na redovnome studiju (M = 2,83; Sd = 0,31) gotovo jednaki kao i kod ispitanika s izvanrednoga studija (M = 2,86; Sd = 0,32) te očekivano, ta razlika nije bila dovoljna da proizvede statističku značajnost (t = 1,13; p = 0,261). Premda nema statistički značajne razlike, činjenica je da na individualnoj razini studenti imaju brojne dvojbe. U nastavi i na seminarima izvanredni studenti koji rade otvorenije i brže navode više slučajeva i dvojbi iz prakse, a tek onda slijede primjeri iz okoline i vlastita života. Kod redovnih je studenata obrnuto jer su uglavnom stručnu praksu imali samo u sklopu studija. Tako je i četvrta hipoteza koja glasi *Ne postoji statistički značajna razlika u stavovima prema dobrovoljnoj eutanaziji između redovnih i izvanrednih studenata* potvrđena.

Nakon testiranja normalnosti distribucije utvrđeno je kako ona ne odstupa od normalne, pa je napravljena jednosmjerna analiza varijance kako bi se utvrdilo postoji li statistički značajna razlika u stavovima prema eutanaziji s obzirom na ustanovu u kojoj je ispitanik zaposlen, odnosno s obzirom na status zaposlenja. Utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna razlika u stavovima prema eutanaziji između ispitanika zaposlenih u bolnici i izvan bolnice te onih koji ne rade. Očekivanja su bila suprotna. S obzirom na to da 55 % ispitanika radi u bolnici, a samo 12,5 % u izvanbolničkim ustanovama, očekivala se razlika u stavovima prema 32,5 % onih koji ne rade. Može se zaključiti da je za formiranje stavova o toj temi presudno znanje, a može se i pretpostaviti da ga nedostaje kod svih. Peta hipoteza *Postoji statistički značajna razlika u stavovima prema dobrovoljnoj eutanaziji s obzirom na radno mjesto odnosno radni status medicinskih sestara i tehničara* je potpuno opovrgnuta.

Na pitanje „Postoji li razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika?“ potvrdno je odgovorilo 53,1 % ispitanika, a 25,4 % dalo je negativan odgovor. Značajan postotak, njih 21,4 %, na to je pitanje odgovorilo „ne znam“. Prema Novakoviću, 52 % sestara smatra da ta razlika ne postoji. Odgovori nisu identični u obama istraživanjima, što potvrđuje tezu da je religioznost važna u odabiru stava o eutanaziji, ali ona proizlazi iz svjetonazora svake osobe.(Novaković 1990.) Šesta hipoteza *Medicinske sestre/tehničari uočavaju razliku nošenja sa stresom između religioznih i nereligioznih pacijenata* je potvrđena.

Na pitanje postoji li razlika u prihvaćanju smrti između vjernika i nevjernika (bez obzira na konfesije), potvrdno je odgovorilo 56,3 % ispitanika, a njih 25 % dalo je negativan

odgovor. Također, značajna brojka ispitanika od 18,8 %, na to je pitanje odgovorilo „ne znam“. Prema Novakoviću, iz primjedbi sestara proizlazi da vjernici umiru lakše i lakše prihvaćaju činjenicu bliske smrti.(Novaković 1990.) Sestre se ne raspituju tko je vjernik, a tko nevjernik, ali zaključuju da je kod nevjernika strah veći. Naša sedma hipoteza *Postoji razlika u percepciji medicinskih sestara i tehničara o razlici u lakšem prihvaćanju smrti između religioznih i nereligioznih pacijenata* je potvrđena.

U istraživanju je sudjelovalo 406 žena, što je 84,1 %, i 77 muškaraca, što je 15,9 %. Provjera *T-testom* utvrđuje da nema značajnih razlika u njihovim stavovima o eutanaziji ($t = 0,552$; $p > 0,05$). Većina tehničara radi u izvanbolničkoj službi i prema njihovim komentarima u vrijeme anketiranja, za razliku od medicinskih sestara, može se zaključiti da o toj temi žele znati više. Ti su stavovi subjektivni, a i broj tehničara je znatno manji da bi se došlo do preciznijeg stava. Time se osmu hipotezu *Nema razlike u načinu nošenja sa stresom zbog smrti pacijenata između medicinskih sestara i tehničara* ne može ni potvrditi ni opovrgnuti jer je za više dokaza potrebno imati jednake skupine ispitanika.

Na pitanje u upitniku „Na koji biste se način educirali o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti i načinu umiranja?“ najviše bi ispitanika, njih 144 (29,8 %), izabralo organizirana predavanja. Njih 143 (29,6 %) bi izabralo razgovor s kompetentnom osobom, njih 68 (15,94 %) bi izabralo edukacijske materijale, njih 77 (17,07 %) bi izabralo radionice, tribine bi izabralo njih 19 (3,9 %), a sve navedeno bi izabralo 78 (16,4 %), itd. Ovi podatci dovoljno govore o tome koliko se ispitanici žele educirati o navedenoj temi. Smatramo da je to važan argument koji može pomoći da se situacija umiranja popravi u svjetlu humanizacije čitavoga društva na svim razinama.

Istraživanje provedeno 2020. godine među studentima sestrinstva na Hrvatskome katoličkom sveučilištu dobilo je, između ostaloga, podatak da redovni i izvanredni studenti razlikuju problem distanazije i posljedice znanstveno-tehničkoga pokreta transhumanizma, ali da etički problem predstavlja jednako i eutanazija i distanazija.(Gložinić, Singbo, Čartolovni 2020.) Kod studenata je prisutna nedovoljna upućenost, što je zajedničko s rezultatima u ovome istraživanju i zaključak je da postoji potreba za daljnjim educiranjem i onih koji rade u praksi, kao i onih koji se to spremaju crpeći znanje uz dostupne nastavne programe.(Gložinić, Singbo Čartolovni 2020.)

Prema Brkljačić M., komunikacija zdravstvenih djelatnika uz terminalno oboljeloga je kratka, površna i svodi se na fraze i pitanja, a uzrok tomu je pomanjkanje edukacije. Prvo je najvažnije naučiti da je način umiranja sastavni dio ljudskoga života i da zahtijeva pojačanu dozu pijeteta. Pacijent ima pravo znati istinu, ima pravo odbiti znati istinu, ali ima pravo i

izabrati krug ljudi kojima će se reći istina, bez obzira jesu li to članovi obitelji ili nisu.(Brkljačić, Bota 2012.) Deveta hipoteza *Medicinske sestre i tehničari u velikom broju smatraju da im je potrebna edukacija o bolesnicima u terminalnoj fazi umiranja* je potvrđena.

Na prvu tvrdnju iz Upitnika o postavkama filozofa „Prijedlozi za legalizaciju eutanazije zasnivaju se na poštovanju autonomije i na cilju izbjegavanja patnje“ pozitivno je odgovorilo 55,7 % ispitanika, čak 33,3 % ih je po tom pitanju neutralno, a samo 11 % je odgovorilo negativno. U sljedećemu pitanju 60,7 % ispitanika smatra da se dobrovoljna eutanazija događa samo kada osoba pati od neizlječiva i bolna ili izuzetno mučna stanja, pa je dobrovoljna eutanazija ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev, prema stavu Singera.(Singer 2003.) Neutralno je 26,9 % ispitanika, a 12,4 % se s tom tvrdnjom ne slaže. S trećom se tvrdnjom Upitnika o postavkama filozofa „Pustiti pacijente da odluče je li njihova situacija podnošljiva bilo bi u skladu s poštovanjem slobode pojedinca“ 62,6 % ispitanika slaže, 28,2 % ih je neutralno, a samo 9,3 % smatra da ne treba pustiti pacijente da odluče je li njihova situacija podnošljiva. „Samosvjesna bića žele živjeti, ali ako im život postane zastrašujući, javlja se želja za smrću.“ Ovu tvrdnju prihvaća 57,4 % ispitanika, čak 31,5 % ih je neutralno, a samo 11,2 % ne prihvaća tu tvrdnju. „Samosvjesno biće je svjesno sebe kao zasebnoga entiteta s prošlošću i budućnošću.“ Ovu tvrdnju prihvaća 68,5 % ispitanika, čak 27,1 % ih je neutralno, a samo 4,3 % se ne slaže s njom. Naravno, tvrdnja je potpuno točna i logična.

Prvi prigovor: Dobrovoljna eutanazija ima loše učinke na druge ljude. Singer polazi od protuargumenta što je potpuno zbunjujuće za ispitanike.
Prvi odgovor: Ako ne želimo biti ubijeni, jednostavno nećemo pristati. Jasno, 67,7 % ispitanika se slaže s ovim odgovorom. Argument iz straha ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji jer ako ona nije dopuštena, mogli bismo se bojati da će naše umiranje biti nepotrebno produženo i mučno, tako zaključuje Singer. Ipak, ovdje je čak 46,2 % ispitanika neodlučno, 12,8 % njih se ne slaže s argumentom iz straha, a 41 % ispitanika ga prihvaća. Zanimljivo je i iznenađujuće da je toliko ispitanika neutralno.

Drugi prigovor: Ubijanje osobe koja preferira nastaviti živjeti je pogrešno.
Drugi odgovor: Želja za nastavkom života mora se računati kao razlog protiv ubijanja, jednako tako se želju za smrću mora računati kao razlog za ubijanje**.** Neodlučno je 43,9 % ispitanika, 29,2 % ih se ne slaže s odgovorom, a 26,9 % ispitanika ga prihvaća. Velik postotak neodlučnih samo potvrđuje da im je tvrdnja zaista zbunjujuća i teška.

Treći prigovor: Pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe.
Singer polazi od argumenta iz samosvijesti i događa se obrat. Ispitanicima je odjednom potpuno jasan argument, ali ne iz poznavanja njegovih postavki, već iz vlastite prakse. Ovi odgovori idu u prilog životu, a jasno pokazuju kako se medicinske sestre i tehničari ne slažu sa Singerovim argumentom, što odgovara desetoj i jedanaestoj hipotezi. Odgovor na ovo pitanje prihvaća samo 10,4 % ispitanika, 23,8 % ispitanika je neodlučno, a čak 65,8 % njih se ne slaže s prigovorom da pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe. Praksa i profesionalna edukacija jasno dokazuju da mnoge osobe nisu svjesne sebe, a itekako imaju pravo na život. Što sada? Singer ne odustaje!
Treći odgovor: Samosvjesna osoba može se odreći prava na život. Singer polazi od argumenta koji je logički ispravan. U ovoj je tablici čak 33,5 % ispitanika neodlučno, 31,5 % njih se ne slaže s odgovorom, a 35 % ispitanika ga prihvaća. Velik postotak ispitanika je u dvojbi oko ovoga pitanja jer je nastao svojevrsni sukob između prava na samoodređenje i života kao najviše vrednote. Velik broj neodlučnih samo potvrđuje da im je tvrdnja zaista teška i zbunjujuća. Razumljivo je jer je čovjek pred egzistencijalnim pitanjima zbunjen, a sve čovjekovo dostojanstvo je u mišljenju. Pascal je usporedio čovjeka i drvo kako bi pokazao njegovu veličinu: „Veličina čovjekova velika je u tome što on sebe spoznaje bijednim. Drvo se ne spoznaje bijednim jer nema razum, stoga ne može misliti.“(Pascal 1991.) Riječi kojima Pascal opisuje čovjeka su neizvjesnost, konačnost, krhkost, mišljenje, spoznaja, dostojanstvo, povjerenje, um, srce, ali nasuprot tomu postoje kategorije beskonačnost, bezgraničnost i neshvatljivost kao veličine u odnosu na čovjekova teška životna pitanja.(Vidanec 2005.) Samim tim, stavovi ispitanika mogli bi ovisiti o tome je li „misterij“ života postavljen kao njihov „viši cilj“ ili se svodi na kvalitetu preživljavanja.

Četvrti prigovor: Prema načelu autonomije, potrebno je poštovati racionalnu osobu ako želi živjeti, ali isto tako i ako želi umrijeti. Odgovor na ovo pitanje 47,5 % ispitanika prihvaća, čak 29,6 % ih je neutralno, a 23 % ne prihvaća.
Četvrti odgovor: Život u patnji nije vrijedan življenja. Ako možemo postaviti kriterije za odlučivanje koga će se pustiti umrijeti, a koga će se liječiti, zašto bi onda bilo pogrešno postaviti kriterije za odlučivanje koga bi trebalo ubiti? To je posljednji argument P. Singera koji mnogima zadaje glavobolje jer njegovo žongliranje utilitarizmom opasno pomiče granice, pa se postavlja pitanje gdje će se onda stati. Tko će sve postati nevrijedan življenja? Sljedeći događaj pokazuje posljedicu koja je uslijedila iz prihvaćenoga navedenog četvrtog Singerova argumenta. Djevojka iz Belgije s 24 godine ili 17-godišnjakinja iz Nizozemske koje su

eutanazirane zbog dijagnoze „depresija“.(“Djevojka (17) legalno eutanazirana nakon što se više nije mogla boriti s depresijom” 2019.)

S obzirom na to da ispitanici ne prihvaćaju Singerovu postavku da pravo na život ima samo osoba koja je svjesna same sebe, deseta hipoteza je djelomično potvrđena, a djelomično opovrgnuta. Ta hipoteza glasi *Medicinske sestre i tehničari ne prihvaćaju Singerove postavke o dobrovoljnoj eutanaziji*.

Rezultati regresijske analize pokazuju da su se ispitanici koji imaju pozitivniji stav prema eutanaziji značajno više slagali i s prvim i drugim setom Singerovih postavki. Takav nalaz upućuje kako stupanj slaganja odnosno neslaganja sa Singerovim postavkama uspješno predviđa kakav će stav osoba imati prema eutanaziji. S obzirom na to da ispitanici ne poznaju Singerove postavke, zaista je iznenađujuće kao su reagirali na argument iz prava na život: „Pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe“. S njim se nisu složili i tako su stali za život, a odbili pravo na smrt i to još kod osoba koje nisu svjesne sebe. Ukazali su na opasnost ubrzanja kulture smrti. *T-test*, analiza varijance i regresijska analiza zapravo su pokazali da sociodemografske varijable doista ne predviđaju stav o eutanaziji, ali kada se uvede parametar slaganja sa Singerovim postavkama, one dobivaju predikcijski doprinos. Jedanaesta i posljednja hipoteza *Sociodemografske varijable i Singerove postavke ne predviđaju značajno stav o dobrovoljnoj eutanaziji* u kontekstu sociodemografskih varijabli je potvrđena, ali je u kontekstu slaganja sa Singerovim postavkama opovrgnuta.

Rasprava o moralnosti i zakonitosti dobrovoljne eutanazije je najvećim dijelom fenomen u drugoj polovici dvadesetoga stoljeća i početkom dvadeset i prvoga stoljeća te ostaje otvorena i nezavršena do danas. Zakonske odredbe za dobrovoljnu eutanaziju po cijelome svijetu usklađuju svoje napore samo u zadnjih sto godina i polako postaju sve uspješnije. Na snazi je dobro razrađena liberalna taktika, koja je rezultat jačanja individualizma.
Medicinske sestre/tehničari imaju jedinstvenu i važnu ulogu u procesu eutanazije u zemljama gdje je ona legalizirana. Oni su u mnogim slučajevima upravo prve osobe kojima bolesnik ili članovi obitelji iznose zahtjev za eutanazijom. Iz stranih istraživanja poznato je da medicinske sestre/tehničari imaju pozitivnije stavove prema eutanaziji.(Bačani, Ombla 2019.)

U Hrvatskoj to još uvijek nije slučaj, ali postoji mogućnost da će u budućnosti doći do prihvaćanja i dopuštanja izvođenja određenih vrsta eutanazija, zbog čega je uvid u stavove medicinskih sestara/tehničara sve veći zadatak budućim istraživanjima. Bez obzira na ulogu medicinskih sestara/tehničara, malo se zna o njihovim stavovima o ovome pitanju u Hrvatskoj i još uvijek se najveći broj istraživanja usredotočuje na perspektivu liječnika i šire

javnosti.(Bačani, Ombla 2019.) Ono što je znakovito i nije očekivano, polovina anketiranih u ovome istraživanju smatra da eutanaziju treba legalizirati. Postavlja se sljedeće pitanje: zašto? Dobiveni rezultati na našemu uzorku vjerojatno su odraz utjecaja javnih medija. Prema dobi ispitanika, jasno je da postoji nedostatak iskustva na tome području. Osim toga, činjenica je da medicinske sestre/tehničari u Hrvatskoj ne mogu donositi nikakve direktne odluke za proces liječenja, već to rade liječnici. Njihovo područje je zdravstvena njega, koja je posebno zahtjevna kod umirućega bolesnika. Stoga je i izražavanje mišljenja u kontekstu eutanazije moguće povezano s teretom gledanja i sudjelovanja u procesu zdravstvene njege umirućih. Kvaliteta života i poštovanje autonomije, vidjeli smo kod Singera, najjači su argumenti za dobrovoljnu eutanaziju, a protuargumenti su svetost života i neprirodna smrt. Ta tema je moralno osjetljiva i puna je ambivalentnih stavova. Zadire u srž čovjekova svjetonazora i tradicije. Zajednička pretpostavka koja je svima jasna i prihvatljiva, a ide u prilog protiv pristalica dobrovoljne eutanazije jest da je život svakoga čovjeka jedan, kratak i nema reprizu.

Sljedeći dio rasprave želi istaknuti svu problematiku i kompleksnost teme prikazom autora koji osporavaju legalizaciju dobrovoljne eutanazije, za razliku od P. Singera i njegovih pobornika koji su prikazani ranije u teorijskome dijelu rada.

### *4.6.1. Argumenti Marka Marinića protiv dobrovoljne eutanazije*

Zadovoljstvo, sreća, a time i smisao života ovisi o temeljnim ljudskim osobinama, a ne o materijalnome blagostanju. Za uspješnu matematiku ljudskoga života s pozitivnim predznakom, a samim time i višu vrijednost/vrednotu života najvažnija je socijalna podrška.(Marinić 2017.) Marinićevo istraživanje potvrđuje da su osobe s invaliditetom manje sklone hipotetskoj ideji eutanazije od opće populacije. A tako ne misle mlađi i zdraviji.(Valković 2017.) Tomu je naveden razlog aktivnosti proeutanazijskih pokreta, koji raznim jezičnim manipulacijama postižu da se eutanazija pokazuje kao pravo pacijenta. Jedno od takvih istraživanja doslovce prejudicira legalizaciju eutanazije u Hrvatskoj i smatra kako će medicinske sestre/tehničari imati važnu i jedinstvenu ulogu u izvršavanju iste.(Bačani, Ombla 2019.) U tome se istraživanju krenulo s očekivanjem pozitivnoga stava prema izvršavanju eutanazije. Međutim, rezultati su pokazali uglavnom neutralne stavove koji se poklapaju s rezultatima ovoga rada i argumentom kod Marinića da bi se legalizacijom eutanazije slala poruka kao nekakav zahtjev za vlastitu eutanaziju kod teških bolesnika. Osim toga, u

istraživanju Bačani, Ombla bi još medicinske sestre/tehničari trebali biti prve osobe kojima bolesnik ili članovi obitelji iznose zahtjev za eutanazijom. Iako navedeno, u Hrvatskoj to još uvijek nije slučaj, postoji mogućnost da će u budućnosti doći do prihvaćanja i dopuštanja izvođenja određenih vrsta eutanazija, zbog čega je uvid u stavove medicinskih sestara/tehničara imperativ za pripremu tih situacija.(Bačani, Ombla 2019.)

Prema Marinićevu istraživanju, zdravstveni status ispitanika nije bio značajan za stavove prema prihvaćanju eutanazije, što dokazuje da ni teško zdravstveno stanje ni jaki bolovi nisu razlog za traženje eutanazije, a taj podatak je direktan prigovor i Singerovu argumentu iz preferencije utilitarizma. U cilju podizanja kvalitete života umirućega pojedinca i njegove obitelji sasvim je jasno da takva osoba često treba pomoć i zdravstvenu njegu treće osobe, što je uglavnom medicinska sestra/tehničar koja svojom pomoći u (ne)funkcionalnosti bolesne osobe ostavlja (ne)ugodan dojam. Prema tome, veliko je pitanje koliko bi ta odluka za eutanaziju uopće bila autonomna.(Marinić 2017.) A taj Marinićev argument svakako dobrano ljulja i Singerov argument iz autonomije.

Ono što je najvažnije za svakoga čovjeka, pa tako i medicinsku sestru/tehničara gradi i podržava ljudsko dostojanstvo koje nadilazi svako razmišljanje pojedinca u odnosu na njegovo raspoloženje i trendove u društvu. Kontradiktorno je da osoba koja se zalaže za život bude i njegov egzekutor.

### *4.6.2. David Vellman i njegov esej Protiv prava na umiranje*

Prema D. Vellmanu, za neke pacijente pravo na eutanaziju neće povećati autonomiju u moralno relevantnome smislu. Čak i ako ti pacijenti mudro odaberu sami iskoristiti svoje pravo na smrt, uvijek će im biti nanesena šteta. Možda bi liječnici trebali imati dopuštenje za primjenu dobrovoljne eutanazije, ali pacijenti ne bi trebali imati pravo na njezino prihvaćanje (korištenje). David Vellman u svome eseju *Protiv prava na umiranje* (*Against the Right to Die*) nudi argument protiv utvrđivanja institucionalnoga prava na smrt, ali ne razmišlja o tome kako se njegov argument suprotstavlja suprotnim razmatranjima, stoga ne donosi nikakav konačni zaključak o toj temi i ograđuje se od sudačke procjene.(Velleman 1993.) Njegov argument zasigurno sprečava favoriziranje prava na umiranje i samim tim upućuje na odustajanje od mnogih argumenata koji se nude za takvo pravo. Argument je usmjeren na pitanje javne politike – naime, trebaju li zakon ili medicinska praksa uključivati pravilo koje zahtijeva, pod određenim okolnostima, da skrbnici poštuju zahtjev nekoga pacijenta da mu bude dopušteno ili

čak da mu pomognu umrijeti? Njegov odgovor na ovo posljednje pitanje je potvrdan, ali sumnja da je naša moralna obveza olakšavanja smrti nekih ljudi provediva uspostavljanjem institucionalnoga prava na smrt. Konkretnije, Vellman vjeruje da bi poštovanje dostojanstva osobe moglo zahtijevati da olakšamo njegovu smrt kada to dostojanstvo bude nepovratno ugroženo. Također vjeruje da se dostojanstvo osobe može ugroziti okolnostima koje bi mogle ugroziti njegovu sposobnost za potpuno racionalno i autonomno donošenje odluka. On ne preferira politiku eutanazije ljudi protiv njihove volje jer smatra da će ljudi biti oštećeni u okolnostima da eutanazija bude dopuštena.

Dakle, smisao u kojemu se suprotstavlja pravu na umiranje je da se protivi „liječenju" eutanazijom kao zaštićenom opcijom za pacijenta. Jedan od razloga za njegovu opoziciju jest uvjerenje da će, sve dok bi pacijenti bili u potpunosti kompetentni, iskoristiti mogućnost da budu eutanazirani. U većini bi slučajeva njihovo djelovanje bilo nemoralno jer bi njihovo dostojanstvo kao osobe i dalje bilo netaknuto, bez obzira na gubitak racionalnosti.(Velleman 1993.)

### *4.6.3. Daniel Callahan – Eutanazija kao medicinska vještina oduzimanja ljudskoga života*

Callahan smatra kako ne postoji razlika između eutanazije i liječničke potpore u samoubojstvu. Pod eutanazijom misli na izravno liječnikovo ubijanje pacijenta, obično smrtonosnom injekcijom. Pod samoubojstvom uz pomoć liječnika misli na čin ubijanja osobe smrtonosnim lijekovima koje je dao liječnik. Za Daniela Callahana život je misterij te sadrži i pretpostavlja mnogo jada, bolesnih ljudi, ali i onih koji su dobro bez obzira na taj jad i bolesti. Zašto je tako malo ljudi, u odnosu na sve druge, odlučilo završiti vlastiti život, pita se Callahan. Zašto je kada netko počini samoubojstvo, čak i iz tih razloga koji izgledaju razumljivi i prihvatljivi, uobičajena reakcija tuga, osjećaj sažaljenja što je netko doveden u tako očajnu krajnost, posebno kada većina drugih u sličnoj situaciji ne učini isto? On ta pitanja postavlja jer iza pokreta i argumenata u korist dobrovoljne eutanazije ili liječnički potpomognutoga samoubojstva vidi da je eutanazija čisti oblik samoubojstva – lažni napor da se namjerni završetak života učini moralno prihvatljivim i opravdanim; i jer, ako je odobren uz pomoć vlade i liječničke profesije, izgleda dobro.(Callahan 2005.)

Callahan istodobno vjeruje da je to čin koji ide protiv života, razuma, emocija i tradicije; ako već nije krajnje iracionalan, onda je barem nerazuman način rješavanja životnih nevolja. Samoubojstvo uglavnom izaziva negativan emotivni odgovor kod ljudi, čak i ako mogu shvatiti

motiv koji stoji iza toga. Taj odgovor nije dovoljan protuargument, ali je važan znak moralnoga problema. Što se tradicije tiče, pacijent traži da liječnik ide protiv svojih dubokih povijesnih uvjerenja, koristi svoje vještine da oduzme život, a ne da ga sačuva. Provodeći praksu eutanazije, daje samoubojstvu blagoslov medicinske profesije, a tako se otvaraju vrata za nove oblike ubijanja u našemu društvu, umjesto za dobrobit i razvoj.

U zapadnoj su kulturi tijekom povijesti postojala samo tri općeprihvaćena razloga za oduzimanje života drugomu, što je kao opravdana eutanazija: samoobrana onda kada je život ugrožen, ratovanje onda kada je uzrok ozbiljan i pravedan te smrtna kazna kao krajnja sankcija najgorih zločina. Pokret za osnaživanje liječnika da bi na zakonit način oduzeli život pacijentu ili mi pomogli da si oduzme život tada bi opravdao oblik samoubojstva, ali bi također dodao još jednu medicinsku vještinu, a to je okončanje života neke osobe. Zar ona nije suprotna svim drugim vještinama liječnika do sada? U svakodnevnici se relativno malo ljudi okreće samoubojstvu kao načinu suočavanja s groznim životom i većina umire nesretnom smrću, prirodno tijekom vremena, uza širok spektar smrtonosnih bolesti i raznih drugih uzroka. Čini se da malo tko želi eutanaziju ili samoubojstvo uz pomoć liječnika kao izlaz, a to potvrđuje i povijest kada su milijuni ljudi bili brutalno mučeni u koncentracijskim logorima te su na kraju mnogi od njih umrli, a samoubojstvo na takvim mjestima nikada nije bilo učestalo. O takvim je situacijama bilo više govora u prvome, teorijskom dijelu rada. Milijuni drugih prošli su sve vrste osobne tragedije – smrt djece ili supružnika, kraj braka ili duboke traume, neuspjehe na poslu ili u profesiji, ali se rijetko tko od njih okrenuo samoubojstvu. Upravo suprotno, Callahan tvrdi da takve osobe imaju niži stupanj samoubojstava od sposobnih, uspješnih ljudi.(Callahan 2005.) Eutanazija se često predstavlja kao „racionalan“ izbor za nekoga tko je u boli i čiji su izgledi beznadni. Pa ipak, racionalnost podrazumijeva neku predvidljivost ponašanja, to jest neku razumnu sigurnost da će ljudi postupiti dosljedno i predvidivo, na način kao što su već poznate okolnosti i modeli ponašanja. Gotovo je nemoguće, osim kod teške depresije, predvidjeti da će netko tko pati od smrtonosne bolesti vjerojatno izabrati samoubojstvo. Daleko je predvidljivije, kada se suočimo čak i s onim najgorim životnim strahotama, da se većina ljudi neće odlučiti na samoubojstvo. Također nije manje predvidljivo da će, kada ih uhvate jaka bol i patnja, poželjeti olakšanje, ali ne u toj mjeri da završe vlastiti život. Ili, drugačije rečeno, da dobiju to olakšanje, a izgube život. Svakako, ljudi se boje završiti život, nedostaje im snage za to učiniti, a često su religijska uvjerenja učinila samoubojstvo tabuom i grijehom. Osim toga, do sada je bilo teško pronaći stručnu pomoć za okončanje nečijega života. Uz ova moguća objašnjenja, neki ljudi su ipak izvršili samoubojstvo i poznato je da je teško, pa i nemoguće u budućnosti spriječiti i odvratiti ih od toga čina. Većina velikih religija, a i moralne svjetske

tradicije osudile su suicid, pa kada se uzme u obzir količina religioznih ljudi, jasno je o kojemu se broju radi. Zašto zapadna medicinska tradicija, stara oko 2500 godina, još od Hipokrata zabranjuje liječnicima da pomognu pacijentima izvršiti samoubojstvo?

Svoja razmišljanja o samoubojstvu Callahan izlaže samo kao nagađanja, a ne kao čvrste argumente protiv eutanazije. Ipak, za njega je samoubojstvo posebno loš način za rješavanje bijede i patnje u životu, čak i kada je prikazan kao lijep, neodoljiv i ugodan način umiranja. Velika većina ljudi ne prihvaća samoubojstvo ni kada je zamotano u najbolji paket. Loše je jer je ljudski život uvijek bolji, čak plemenitiji, bez obzira koliko bio težak kada se ljudi suoče s bolom i patnjom. Život je pun bola, stresa, tragedija i poteškoća i ne bi trebalo željeti iskušavati samoubojstvo kao način suočavanja s njim. Kada se promoviraju kao „dobar način svršetka lošeg života“, takva se svjedočenja šire brzo, pa će, primjerice, susjed znajući to, i sâm za koji dan prihvatiti tu praksu. Postavlja se suptilno pitanje zašto se većina samoubojstava smatra nesretnim događajima, čak i kada su očito olakšali nečiji bijedan život, što je kao neka vrijednost. Osobe koji su bile na sprovodima ljudi koji su počinili samoubojstvo znaju dobro kako se ne osjeća olakšanje što je taj jad života sada nestao i svima je kao „laknulo“, već gotovo uvijek misle da se život mogao drugačije završiti, da se ta patnja mogla podnijeti i da uvijek postoji neka nova nada.(Callahan 2005.)

Sudionici ili gledatelji takvih smrti znaju da ne mogu racionalno prihvatiti taj čin, znaju da je neka duboka istinska predanost životu povrijeđena i slomljena te da to ne može opravdati nikakvo olakšanje boli i patnje. Takav stav ne znači osudu onima koji to čine. Klinička depresija može biti uzrok tako ekstremnoga čina. Zapravo je jako teško osjećati se dobro zbog samoubojstva, nemoguće je radovati mu se i reći da je bio dobar način izlaska iz života. Prema Callahanu, u cijelome svijetu generacijama postoji odvratnost i tuga prema samoubojstvu, a iskustvo sa zakonom i praksom eutanazije u Nizozemskoj, kao i iskustvo Oregona s potpomognutim samoubojstvom u kojemu sudjeluje liječnik potvrđuju da motivacija za okončanjem nečijega života nikako nisu bijeda, bol i patnja.(Callahan 2005.) Ono što se pokazuje razlogom za prihvaćanje toga čina je svjetonazor i vrsta osobnosti. Potrebno je shvatiti takvu perspektivu u pozadini i vrijednosni sustav u odnosu na argumente u korist eutanazije.

Callahan ističe tri argumenta za eutanaziju i daje svoje protuargumente o šteti za društvo i pojedinca ako se oni prihvate.

Prvi od njih govori o tome kako bi čovjek trebao, ako je kompetentan, imati pravo kontrolirati svoje tijelo te da, ako smatra prikladnim, ima pravo okončati svoj život ako se za to odluči. To se naziva pravom na autonomiju.(Singer 2003.)

Drugi argument je činjenica da dugujemo jedni drugima, u ime dobročinstva ili dobrotvorne svrhe, olakšati patnju kada se to može učiniti. Još je jasno kako nema ozbiljne ili logične razlike između prestanka liječenja umirućega pacijenta, dopuštenja da pacijent umre, kao i izravnoga ubijanja pacijenta eutanazijom. Temeljna vrijednost je sloboda, a posebno sloboda da se vlastiti život živi u svjetlu vlastitih vrijednosti. Jedino ograničenje za tu vrijednost je u tome što se, u ime slobode, ne može činiti šteta drugima. Prije stotinu godina vrijednost slobode proširila se na nepovredivost naših tijela, odnosno naše je pravo da se naša tijela ne napadaju, ne zlostavljaju i ne koriste bez našega pristanaka. Čak i stavljanje ruku na drugoga bez njegova dopuštenja može dovesti do optužbe za napad. To se načelo proširilo i na sudjelovanje u medicinskim istraživanjima i pojam informiranoga pristanka: nitko ne može koristiti tuđa tijela za medicinska istraživanja bez specifična informiranoga pristanka koji za to daje dopuštenje.(Callahan 2005.)

Ako su bol i patnja nepodnošljivi i ako nema nade da lijek može izliječiti od kobne bolesti, zašto ne imati pravo pitati liječnika da prekine liječenje, život (eutanazijom) ili da osigura sredstva za to (pomoć liječnika u samoubojstvu)? Uostalom, to je autonomno tijelo i autonomna patnja te nema razloga vjerovati da drugi ne poštuju autonomnu želju osobe kojoj se život bliži kraju. Po kojim osnovama postoji razlog da se može uskratiti taj završni čin autonomije? Tvrdnja o autonomiji u ovome se kontekstu čini toliko u skladu s tradicionalnom vrijednošću slobode za koju se čini da je teško pronaći razlog kako bi se mogla odbaciti.

### *4.6.4. Argumenti Daniela Callahana protiv eutanazije*

Ipak, smatra Callahan, kako taj argument iz autonomije treba odbiti i to iz različitih razloga, od kojih su tri najvažnija:(Callahan 2005.)

Prvi argument protiv eutanazije je da se eutanazija pogrešno shvaća kao osobna i privatna stvar autonomije. Samoubojstvo je nekada bilo kažnjivo kao kriminalna radnja, ali to je prije nekoliko desetljeća polako izbačeno iz zakona. Jedna je stvar ne goniti osobu za pokušaj samoubojstva, a posve druga da je eutanazija privatni čin koji ne utječe ni na jedan drugi život. Baš suprotno, eutanazija kao sredstvo postaje društveni čin zbog pozivanja liječnika da sudjeluje u tome. Njezinom bi se legalizacijom osiguralo društveno sankcioniranje i legitimitet te prakse, što zahtijeva regulaciju i zakonski nadzor. Najkritičnije, to bi priznalo prihvatljivi raspon za ubijanje u društvu i legalnu priliku za oduzimanje života.(Callahan 2005.) To bi u stvarnosti značilo obrnut dugogodišnji trend sprečavanja ubijanja i zlostavljanja. Eutanazija bi

također bila „privatno“ ubijanje, kao situacija u kojoj je dogovor jedne osobe da ubije drugu, gdje sâm pojedinac ratificira odluku o drugome pojedincu, a ne javna tijela i institucije, bez obzira što su uspostavljene zakonske i navodno zaštitne mjere. Takav dvoboj bio bi društveno štetan način privatnog ubijanja i ne bi smio biti prihvaćen nigdje u civiliziranome svijetu. Tvrdnja da su tu u pitanju autonomna tijela i privatni životi nije dobar moralni razlog da se takav dvoboj zakonski prihvati.

Drugi argument je kako je eutanazija uvijek socijalni, a ne privatni čin i zahtijeva pomoć liječnika, hoće li se ili želi sankcionirati privatno ubojstvo u kojemu je eutanazija regulirana s liječnicima kao sporazum, a liječnik je jedan od partnera. Budući da je odnos liječnik – pacijent zaštićen dugogodišnjim načelom povjerljivosti (što se događa između liječnika i pacijenta nikada ne bi bilo zakonski otkriveno bilo kojoj trećoj strani, što daje liječnicima ogromnu moć nad pacijentima), kakav god zakon mogao biti, neće se saznati jesu li liječnici, poštujući propise koji omogućuju eutanaziju ili samoubojstvo uz pomoć liječnika, utjecali na odluke pacijenta na pogrešan način. Ni na koji način ne može se znati jesu li djelovali profesionalno i s integritetom. Dati liječnicima snagu da ubiju pacijente ili pomognu u njihovu samoubojstvu, kada su njihovi postupci povjerljivi, znači pokrenuti značajan rizik.(Callahan 2005.)

Kao što će biti navedeno u nastavku, nizozemsko iskustvo s eutanazijom jasno pokazuje koliko je liječnicima bilo lako prekršiti pravila utvrđena na sudu eutanazije i to učiniti nekažnjeno. Jednostavno nije moguće točno znati što liječnici rade iza vela povjerljivosti, a to je samo po sebi i prijetnja i opasnost. Medicinska tradicija se stoljećima protivi upotrebi medicinskoga znanja i vještina za okončanje života. Svaki medicinski etički kodeks je odbacio eutanaziju, čak i u tim epohama kada je bilo mnogo manje načina ublažavanja boli nego što je to danas. Olakšanje boli bilo je uvijek u samome srcu liječničke profesionalne obveze. Osim toga, medicinska tradicija znala je uvijek nešto od velike važnosti: liječnici su previše vješti u tome kako se može ubiti da bi im se povjerila moć namjernoga korištenja te vještine. To ne znači da su liječnici korumpirani, skloni zlouporabi svoje moći; nikako. Samo se želi reći, s jedne strane, da je sama priroda njihove profesije spašavanje i zaštita života, a ne izazivanje kraja toga života; i da oni, s druge strane, znaju mnogo više od ostalih o zaštiti od smrti. Čista razboritost sugerira da se od njih treba čuvati iskušenja da oduzimaju život koliko je to moguće. Krenuti u bilo kojemu drugom smjeru znači riskirati korupciju medicine i uništavati povjerenje u odnosu liječnik – pacijent.(Callahan 2005.) Ali što je onda s dužnošću ublažavanja patnje i djelovanja iz samilosti prema drugome? Jesu li moralne prepreke protiv eutanazije i samoubojstva uz pomoć liječnika toliko jake da jednostavno treba zaboraviti ili zanemariti tu dužnost?

Prema Callahanu, dužnost ublažavanja patnje nikada nije bila apsolutna dužnost, nadjačavajući sve moralne prigovore. Danas nema zemlje koja dopušta ili je ikada dopuštala eutanaziju bez pacijentova pristanka, čak i ako je pacijent nesposoban odlučiti o tome. Ni obitelji pacijenata nisu ovlaštene za zahtjev eutanazije pod tim okolnostima.(Callahan 2005.) Štoviše, kako vrijeme prolazi, sposobnost sustava jača, a liječnici pacijentima olakšavaju gotovo svaku bol i patnju dobrom palijativnom brigom. Tako se pokazalo da se većina patnji može ublažiti bez konačnoga rješenja eutanazije pacijenta. U svakome slučaju, medicina kao profesija ima glavnu dužnost čuvati život, pa čak i onda kada se taj život medicinski ne može spasiti.

Treći argument protiv eutanazije temelji se na uvjerenju da nema inherentne moralne razlike između neposrednoga ubijanja pacijenta eutanazijom i dopuštanja pacijentu da namjerno umre prestankom životne podrške pacijenta tretmanom (na primjer, isključenjem respiratora). Možda bi koji put bilo milosrdnije provesti eutanaziju nego prestati liječenje. Rachels čvrsto zastupa argument da prekid liječenja predvidljivo završava život pacijenta, da je smrt ubrzana postupkom liječnika i da to nije drugačije, u svojoj logici ili ishodu, od izravnoga ubijanja pacijenta eutanazijom.(Rachels 1975.) Callahan se ne slaže s njim i navodi neke pogreške u tome argumentu. Jedna od njih je zanemarivanje da se pacijenti s doista smrtonosnim bolestima ne mogu dugoročno spasiti. Najviše što se može postići agresivnim liječenjem je odgoditi njihovu smrt. U nekome će trenutku liječnik legitimno odlučiti da liječenje ne može vratiti pacijentu dobro zdravlje i da ne može preokrenuti tijek bolesti koji ide nizbrdo.(Callahan 2005.) Dakle, u određenome trenutku lijekovi više ne djeluju, bolest rapidno napreduje i kada liječnik prekine neučinkovito liječenje, bolest preuzima i ubija pacijenta. Prihvaćeno je u takvim slučajevima da je uzrok smrti sama bolest, a ne djelovanje liječnika. Na kraju krajeva, bez djelovanja liječnika prvenstveno u neposrednome održavanju pacijenta na životu, a zatim nastavljanja toga održavanja života, pacijent bi umro mnogo ranije. Drugim načinom, liječnik spašava pacijentov život u jednome trenutku, održava život pacijenta tijekom prolaznoga vremena i tada pacijentu dopušta umrijeti u još jednome drugom vremenu. Budući da nijedan liječnik nema snage ostati u neograničenoj ruci smrti, u jednome ili drugome trenutku, u svakome će slučaju liječnikov pacijent biti nepovratno na putu do smrti; u nekome trenutku životno liječenje postaje uzaludno.(Callahan 2005.) Misliti da liječnici „ubijaju“ pacijente ukidanjem tretmana je u tome trenutku jednako reći da su liječnici ukinuli smrtonosne bolesti i oni sada umiru samo zbog djelovanja liječnika. Bilo bi lijepo da su liječnici postigli takvu moć nad prirodom i smrću i da je isključivo sve u njihovim rukama. To se nikada nije dogodilo i vjerojatno se nikada neće dogoditi. To ne znači da liječnici ne mogu zloupotrijebiti svoju moć

da pogrešno prekinu liječenje: oni mogu prestati s liječenjem dok lijek još uvijek ima učinak ili dok kompetentan pacijent želi da se liječenje nastavi; u tome slučaju liječnik je kriv što dopušta da se to dogodi kada se nije trebalo dogoditi.

### *4.6.5. Dobrovoljna eutanazija i zakon*

Jasno je kako postoje argumenti za eutanaziju i potpomognuto samoubojstvo koji se ne mogu lako opovrgnuti. Zakon ne bi trebao prepustiti pojedincima da mogu odlučiti kako bi se njihovi životi trebali završiti, tvrdi Callahan.(Callahan 2005.) Mnogi će ljudi odbiti njegove argumente protiv eutanazije, a i ispitivanja javnoga mišljenja dosljedno su pokazala da se većina Amerikanaca u tome zalaže. Zakon je jednostavno dozvolio tu praksu, ali prisilu nitko ne bi prihvatio, što se čini razumnim stavom. Nije nužno. Već je rečeno da će moralno prihvaćanje eutanazije imati učinak legitimiranja uloge liječnika kao nekoga tko je ovlašten dokrajčiti život. To bi donijelo i ogromnu promjenu uloge liječnika, a gledano u tome svjetlu, zakon koji dopušta eutanaziju imao bi društvene implikacije daleko više od puka davanja pacijentu pravo izbora kako će se njegov život završiti. Na površini izgleda kao usko privatna odluka, a s legalizacijom šalje mnogo širu poruku u društvu općenito, posebice u medicinskoj praksi.(Callahan 2005.) Rečeno je da je zakon, pored svojih regulatornih funkcija, i učitelj koji će onda pružati sliku načina života kakav mislimo da ljudi u zajednici trebaju živjeti. Legalizirana bi eutanazija učila pogrešnu lekciju. Stvarno je teško provoditi zakon o eutanaziji, a privatnost odnosa liječnik – pacijent znači da postoji područje gdje zakon ne može ući. Bez obzira na to koji bi zakon mogao postaviti pravno priznatu eutanaziju, na kraju nema dobroga načina da se zna pokorava li se uopće tomu zakonu. Čak i kada bi na svakome susretu između liječnika i pacijenta sjedio policajac, ono u čemu se oni dogovaraju i slažu ostalo bi svima nedostupno. Svi zakoni podliježu zloupotrebi, posebno kada su prije svega još i kontroverzni. U većini slučajeva kršenje zakona je moguće otkriti, npr. kada je ukradena roba ili kada je netko brutalno pretučen. Zloupotrebe s eutanazijom bilo bi mnogo teže otkriti.

Dva glavna argumenta koji se nude u korist eutanazije – autonomija i olakšanje patnje – teško se mogu prepustiti granicama zakona.(Callahan 2005.) Zašto pravo na autonomiju treba biti ograničeno na one u terminalnome stanju, što se uobičajeno predlaže i zahtijeva u Nizozemskoj i Belgiji? Nizozemski zakon, koji to čini, ne zahtijeva terminalnu bolest, već samo nepodnošljivu patnju, a u tome je pogledu mnogo više percepcija o logičkim i pravnim implikacijama uobičajenih moralnih argumenata u korist eutanazije, zbog čega je odbijen

zahtjev za terminalnom bolešću. Nizozemci su shvatili da se otvorena logika moralnih razloga, koji stoje iza eutanazije, ne daju dobro korigirati umjetnim, zakonskim preprekama. Ukratko, glavni argumenti legalizacije čine se logični, ali to otvara put sve većoj zlouporabi zakona.

### *4.6.6. Nizozemsko i oregonsko iskustvo u provođenju dobrovoljne eutanazije*

U praksi, nizozemska je vlada 1990. osnovala komisiju za eutanaziju i provela anonimno istraživanje nizozemskih liječnika.(van der Maas 1992.) Istraživanje je obuhvatilo uzorak od 406 liječnika i dvije druge studije, koje su, uzete zajedno, bile otvorene. Službeni rezultati pokazali su to na temelju njihovih uzoraka, od ukupno 129 000 smrtnih slučajeva bilo je oko 2300 slučajeva dobrovoljne („slobodni izbor“) eutanazije i 400 slučajeva samoubojstva.(Callahan 2005.) Pored toga, najupečatljivije je bilo oko 1000 slučajeva namjernoga prestanka života bez izričitoga zahtjeva, što su Nizozemci nazvali „nedobrovoljnom eutanazijom“. Sve u svemu, od 3300 smrtnih slučajeva od eutanazije, gotovo jedna trećina nisu bili dobrovoljni slučajevi. Manje od 50 % slučajeva eutanazije prijavljeni su kao eutanazija, što je još jedno kršenje sudskih pravila. Najgore od svega je što su oko 10 % slučajeva nedobrovoljne eutanazije činili slučajevi eutanazije s kompetentnim pacijentima koji nisu bili pitani za pristanak.
Neki su liječnici očito na sebe preuzeli da jednostrano okončaju živote mnogih pacijenata. Ako bi se to tamo moglo dogoditi, moglo bi se dogoditi svugdje. Nizozemska je vlada utvrdila da samo 50 % liječnika koji rade eutanaziju izvještava o tome tako da i dalje postoji 400 slučajeva dobrovoljne eutanazije godišnje.(Callahan 2005.)

Američka država Oregon, koja je 1994. godine legalizirala samoubojstvo uz pomoć liječnika, ali čija je stvarna primjena nizom sudskih izazova kasnila do 1997. godine, nudi niz daljnjih uvida u praksu. Na iznenađenje mnogih, stvarni broj ljudi koji koriste prednosti novoga zakona vrlo je malen. Broj zahtijeva za samoubojstvo uz pomoć liječnika napisanih prvih četiriju godina, počevši od 1998., bilo je 24 (1998.), 33 (1999.), 39 (2000.) i 44 (2001.), a stvarni broj smrtnih slučajeva uslijed njihove uporabe bio je 16 (1998.), 27 (1999.), 27 (2000.), i 21 (2001.).(Callahan 2005.) Iako nije posve jasno zašto ih je bilo tako malo ili zašto ih svi oni kojima su propisivani smrtonosni lijekovi nisu na kraju iskoristili, mogući razlog je visoka kvaliteta njege protiv bolova dostupna u Oregonu. Palijativna njega (onaj dio medicine koji ima za cilj smanjiti bol i patnje) bila je posebno snažna u Oregonu, velikim dijelom zato što su oba

zagovornika, a i protivnici zakona, naporno radila na poboljšanju palijativne skrbi na kraju života, što ovu saveznu državu najučinkovitijom u zemlji u tome. Je li u Oregonu bilo zlouporabe zakona, kao što je to bio slučaj u Nizozemskoj?

Organizacija koja podržava zakon Oregon – Smrt s dostojanstvom: pravna obrana i obrazovni centar (*Oregon – Death with Dignity: Legal Defense and Education Center*) izričito je rekla da „nakon četiri pune godine legalizirane smrti s dostojanstvom u Oregonu nije bilo pogrešnih koraka, zlostavljanja ili prisilnih tendencija".(Callahan 2005.) To može biti istina, ali ne može se sa sigurnošću znati da je to zaista istina. Iskustvo Nizozemske, koje je nakon pažljivih anonimnih ispitivanja liječnika otkrilo zloupotrebe, trebalo bi podići zastavu upozorenja. Prije toga istraživanja nizozemski zagovornici eutanazije izdali su jednako uvjerljive izjave o čistoći njihove prakse. U Oregonu nisu provedene anonimne ankete, pa se ne mogu otkriti zlouporabe kao u Nizozemskoj, što ne znači da ih nema. Glavni motiv za oko 80 % njih, koji su željeli potpomognuto samoubojstvo, bio je koristeći jezik glavnih zagovornika organizacije toga zakona: „gubitak autonomije i smanjena sposobnost sudjelovanja u aktivnostima koje čine život ugodnijim", a ne bol.(Callahan 2005.) Nema sumnje da je to oblik patnje za one kojima je „gubitak autonomije" velika muka. Svi ćemo na kraju u svome životu izgubiti svoju autonomiju i vidjeti gubitak naših sposobnosti da možemo raditi ono što život čini ugodnim. Zašto se čini da potpomognuto samoubojstvo u Oregonu privlači ljude s teškim fokusom na autonomiju u svome životu? Iz kliničkih dokaza, čini se da nema fiksnoga odgovora ljudskih bića na patnju i sigurno nema vjerojatnosti da će ljudi prihvatiti samoubojstvo kao izlaz. Čini se da to ovisi o individualnim razlikama u vrijednostima, a ne u tjelesnim reakcijama boli ili predstojeće smrti. U izvještaju o prvoj godini zakona iz Oregona, državna oregonska zdravstvena komisija napomenula je da je riječ o većini od 16 prijavljenih slučajeva osoba s osobitim strahom od „gubitka kontrole ili straha od gubitka opće kontrole, i gubitka tjelesnih funkcija".(Callahan 2005.) Bol nije tako često i žustro naglašavana, već strah od napuštanja, ovisnost o drugima ili osjećaj besmislenosti u patnji.

Ono što su državni dužnosnici učinili bilo je uspoređivanje onih koji su prihvatili potpomognuto samoubojstvo tzv. „grupu slučaja" s grupom pacijenata sa „sličnom osnovnom bolesti", tzv. „kontrolnom grupom", a koji se podudaraju u dobi i datumu smrti.(Callahan 2005.) Njihova su otkrića bila upečatljiva: grupa koja je prihvatila potpomognuto samoubojstvo bila je mnogo zabrinutija o autonomiji i kontroli u odnosu na drugu skupinu. Još provokativnija je bila činjenica da je ta grupa bila daleko sposobnija fizički funkcionirati od kontrolne skupine: „21 % slučajeva bolesnika, u usporedbi s 84 % bolesnika, je bilo potpuno nemoćno

funkcionirati samostalno“.(Callahan 2005.) Drugim riječima, grupa koja je prihvatila potpomognuto samoubojstvo bila je fizički u boljemu stanju od kontrolne skupine.

Potpomognuto samoubojstvo predstavlja legitimitet samoubojstva za one koji imaju određenu predodžbu o optimalnome životu i upravljanju njime ili potpunoj kontroli. Ono snažno privlači određenu vrstu ljudi, no eutanazija i potpomognuto samoubojstvo su ipak želja manjine. Ako se liječnike u Nizozemskoj pita kako je moguće pouzdano dijagnosticirati „nepodnošljivu“ ili „neizlječivu“ patnju kao zdravstveno stanje (takvi su pogodni za njihovu eutanaziju ili potpomognuto samoubojstvo), priznaju da ne postoji pouzdana medicinska dijagnoza kako bi se stvarno znalo što se događa unutar uma i emocija pacijenta. Često nema pouzdane veze između pacijentova stvarnoga zdravstvenog stanja i prijavljene patnje.(Callahan 2005.)

Možda eutanazija nije, kao što bi mnogi željeli da se to kaže, jednostavno logično produženje dužnosti liječnika da otkloni bol i patnju, što je stara obveza u novome izdanju. Možda je to samo dio pomicanja prema medikalizaciji patnje života, posebno one verzije života koja najvećim gubitkom smatra kontrolu ljudske neiskrenosti. I ne samo to već je strah od gubitka kontrole za mnoge jednak stvarnomu gubitku. Manjina vjeruje da je eutanazija potreban progresivni potez.(Callahan 2005.) Rješenje je dobra palijativna skrb, a medicina koja brzo napreduje može ublažiti većinu boli i patnje. Druga pretpostavka je sljedeća: loše je zbog manjine odustati od javne politike i dugotrajne zakonske zabrane s važnim razlozima i tradicijama iza njih, posebice kada se otvore posljedice, put za zlouporabu i temeljnu promjenu medicinskih vrijednosti. Neočekivani i neuobičajeni pogled na patnju je sve više razlog oklijevanja prije zakonskoga blagoslova eutanazije. Što je s pojmom *smrt s dostojanstvom*, frazom koju pobornici eutanazije mnogo koriste? To je pogrešna i zbunjujuća fraza. Smrt nije bezobrazluk, čak i ako je praćen bolom i gubitkom kontrole. Smrt je temeljna ljudska biološka činjenica, temeljna kao i bilo koji drugi dio ljudskoga života. Ako takav ljudski život ima dostojanstvo kao i svaki drugi ljudski život, on se ne može izgubiti jer smrt dovodi do kraja, čak i ako je ta smrt poremećena neugodnom modom. Za brisanje našega dostojanstva potrebno je mnogo više od toga. Ljudska bića u koncentracijskim logorima nisu izgubila svoju bitnu ljudsku vrijednost i dostojanstvo iako su mučeni, ponižavani i degradirani.(“Viktor Frankl” n.d.) Eutanazija ne daje dostojanstvo procesu umiranja; ona stvara samo privid dostojanstva za one koji, pogrešno, smatraju kako ne treba podnositi gubitak kontrole.

Većina ljudi to izdržava. Nitko ne bi rekao da je novorođeno dijete, nesposobno za razgovor, inkontinentno, krajnje nesposobno kontrolirati svoju situaciju i nesposobno za

interakciju s drugima, bez dostojanstva. Kada starija osoba umire, čak i ako pokazuje potpuno iste osobine, ima svoje dostojanstvo. Dostojanstvo nije tako lako uzeti od ljudi. Ali ga ni eutanazija ne može nekome dodijeliti. Daniel Callahan zaključno tvrdi da je dužnost liječnika osloboditi pacijenta patnje, ali da ta dužnost nikada nije bila apsolutna i bez moralnih primjedbi, većina patnje može se smanjiti dobrom palijativnom skrbi bez eutanazije.

### *4.6.7. Kritička analiza stavova o dobrovoljnoj eutanaziji*

Stavovi medicinskih sestara o dobrovoljnoj eutanaziji nisu dovoljno istraženi i u Hrvatskoj ne postoji dovoljno preciznih studija o toj temi, zbog čega je i ovo istraživanje originalan doprinos znanosti. Studija je pridonijela znanosti prikazujući rezultate i zaključke o problemu umiranja, skrbi za umiruće bolesnike, ublažavanju bolova i opravdanosti dobrovoljne eutanazije. Iz cjelokupne literature i istraživanja možemo istaći da su najjači argumenti za dobrovoljnu eutanaziju *eliminacija patnje* i *pravo na autonomiju* svakoga čovjeka, a najjači protuargumenti su *neprirodna smrt* i *svetost života*.

Čini se da potreba za legalizacijom eutanazije, kako nježno protiv nje gore navedeno argumentira Callahan, ovisi o individualnim razlikama u vrijednostima o životu. Zatim vrednotama života, što kaže Marinić, a ne u tjelesnim reakcijama boli ili predstojeće smrti. Nizozemska je utvrdila da samo 50 % liječnika koji rade eutanaziju izvještava o tome, što ukazuje na moguću sivu zonu tzv. „dostojanstvene“ smrti. U oregonskome iskustvu bol nije tako često i žustro naglašavana, već strah od napuštanja, ovisnost o drugima ili osjećaj besmislenosti u patnji. Zaključak rezultata ovoga istraživanja može se svesti na zajednički nazivnik da su medicinske sestre/tehničari shvatili kako stav prema životu, bio on pozitivan ili negativan, ne ovisi toliko o funkcionalnosti organizma, već o individualnim posebnostima svakodnevnoga proživljavanja, socijalnome okružju i najviše – vrijednosnome sustavu svake osobe, a to nam jasno govore Marinić, Vellman, a nježno i Callahan. S medicinskom i socijalnom podrškom u tome bi slučaju samo prirodna smrt trebala biti prihvatljiva.

Zaključci studije pomoći će u bioetičkoj edukaciji medicinskih sestara o smislu života, o eutanaziji, ne samo prema rezultatima znanstvenog istraživanja već artikulirajući moralne i etičke dvojbe ovisne o sustavu vrijednosti na osobnoj i općoj razini. U Hrvatskoj ne postoji jedinstven stav o dobrovoljnoj eutanaziji. On na različite načine ovisi o sociodemografskome i sociokulturnome statusu svakoga pojedinca (spol, obrazovanje, mjesečni prihodi, religioznost, političko opredjeljenje i zadovoljstvo životom). Osim religioznosti, sva ta obilježja nisu

linearna ni konstantna za formiranje stavova o eutanaziji, već primat preuzimaju potpuno različita obilježja.(Marinić 2017.) Glavni znanstveni doprinos ovoga rada je mogućnost praktične primjene rezultata istraživanja s ciljem povećanja pozitivnih, a smanjenja negativnih posljedica stavova o situacijama umiranja i dobrovoljnoj eutanaziji.

Na ovu se temu mogu primijeniti prilično prodorne riječi filozofa Daniela Denneta: „Znanje doista jest moć, u dobrom i lošem smislu. Znanje može imati moć da poremeti drevne obrasce vjerovanja i djelovanja, moć da potkopa autoritet, moć da promijeni mišljenja. Ono može utjecati na trendove koji mogu i ne moraju biti poželjni.“ Nužno je pozorno pratiti svaki napredak te zaustaviti i izbjeći situacije u kojima se ekstremistima, kao što su histerici, huškači i paranoici, na svim stranama daje mogućnost za odluku o prijevremenom oduzimanju života, a time i njihovo pravo na junačenje, glumatanje, pa i mučeništvo jer je tehnički lakše i brzo izvedivo.(Dennet 2009.)

Neminovno je individualno učiti o vlastitoj smrtnosti putem načina umiranja drugih osoba oko nas. Prisutnost umiranju i smrti životna je lekcija koja ima snažan utjecaj na stavove o vlastitu umiranju, a medicinske sestre i tehničari iz osobnoga iskustva svjedoče koliko je važno u takvim trenucima ne proživljavati to sâm, već zajedno u sinergiji tima. Cijela paradigma prednosti individualizma kod umiranja u konačnici pada u vodu jer nitko ne želi umrijeti sâm i napušten. Zbog toga je potrebno mnogo više govoriti o tome na svim razinama društva, ali i primjereno svakoj životnoj dobi počevši od vrtića.

Umiranje i eutanazija zadiru duboko u svijest i smisao života svakoga čovjeka i vrte se oko ispunjenih i neispunjenih životnih ciljeva. Moglo bi se zaključiti da eutanazija neprirodno prekida samoostvarenje osobe i protivi se ljudskomu dostojanstvu. Ubrzavanje smrti eutanazijom moglo bi se shvatiti kao bježanje od nje. A svaki bijeg može se prihvatiti kao bijeg od sebe i svoje osobe. Prihvaćajući prirodnu smrt, prihvaćamo i život koji ima smisla samo ako je u suživotu s drugim ljudima oko nas.

# 5. ZAKLJUČAK

*Često nam nedostaje strpljivosti prema drugome čovjeku. A upravo je dijalog govor potvrđivanja drugoga i vježbalište vlastite strpljivosti. Zato je svrha dijaloga: međusobno obogaćenje, produbljivanje spoznaje, ali i duhovni rast onih koji u njemu sudjeluju.*

Ivan Koprek

Čovjek i njegov život su složeni fenomeni. Kada se pokuša sažeti poruka i sadržaj prethodnih teorijskih prikaza i rezultata u ovome istraživanju, moglo bi se reći da je život potrebno promatrati u svoj njegovoj nepredvidivosti, promjenjivosti i složenosti i koji se ne uspijeva svesti na sretan ili nesretan. Uživanje je postalo željeni ideal života i tako poljuljalo, ali negdje i srušilo život kao najvišu vrednotu. Zapravo, bol, patnja i razočaranje su dokaz krhkosti života, zajedno s radošću i srećom. Kada se prihvati slabost sreće i teškoće i patnje života, tada gubimo naše naivne želje i tražimo višu svrhu. Stvari koje čine život smislenim ne čine nas nužno sretnima. Kada bi se naša kultura pomaknula i mi prestali govoriti: „Učini što te čini sretnim“, manje bi pacijenata bilo traumatizirano, ne bi se javljala želja za smrću i više bi ljudi pronašlo pravi smisao života. Bliski su odnosi, više od novca ili slave, ono što ljude tijekom cijeloga života čini sretnima, o čemu govori 80. godišnja studija na Harvardu.(Esfahani Smith 2013.) Ključ zdravoga starenja su dobri odnosi, bliski odnosi i odnosi općenito, bez obzira na uspone, padove, sreću i patnju svakoga čovjeka.

„Svi koji su širom svijeta upoznali bol i patnju, vezani su tajanstvenom niti. Neka onaj koji se već oslobodio patnje ne misli da je opet slobodan i da se može vratiti životu kao da se ništa nije dogodilo. Upoznao je patnju i bol, sada se treba protiv njih boriti i doprinijeti, koliko je to u ljudskoj moći, spasu drugih, kao što su i njemu drugi pomogli.“(Schweitzer 2015.) Najvažnija stvar u životu je upravo život sâm. Medicinske sestre i tehničari zaključuju da je funkcionalna i skladna zajednica poput obitelji temelj i sigurnost svake socijalne zajednice i najjači argument za opstanak civilizacije u mišljenju zapadne filozofije. Osobe u zdravoj obitelji nisu podređene osjećajima i raspoloženjima, one bi trebale jedni drugima biti sigurna luka cijeloga života, pa i u načinu umiranja gdje se zaista živi život koji sadrži sve što je ljudsko: privrženost, predanost, istinoljubivost, poniznost, poslušnost, ljubav i žrtvu. To ne znači da ljudskosti i empatije u bolnicama nema, ali nema dovoljno bliskosti i pažnje zbog operativnih i kadrovskih teškoća. Bliski odnosi su u obiteljima i svakoj zajednici razlog koji bi smanjio

umiranje u ustanovama, a pacijenti ne bi imali potrebu za dobrovoljnom eutanazijom. Ipak, najbolje što se može dogoditi čovjeku je upravo čovjek, posebno ako je umoran, sâm i bolestan.

Rad sadrži četiri cjeline. U daljnjemu tekstu prikazat će se zaključci svake od njih. U prvoj cjelini je uvodno promišljano kako medicinske sestre/tehničari gledaju na umiranje u sklopu dostojanstva osobe. U tome kontekstu prikazan je etički akt *Povelja prava umiruće osobe*, kao i poznate faze umiranja liječnice Elisabeth Kübler-Ross (1969). Nakon uvoda istaknuta je važnost bioetike kao platforme za određivanje granica života i stavova o eutanaziji. Prikazani su bioetički izazovi u sestrinstvu koji sadrže razne postupke u skrbi u sklopu kvalitete života i njegova završetka. Uslijedila je kratka povijest eutanazije po vremenskim razdobljima i religijski pogledi na nju, na što se nastavilo opisom sadržaja i značenja riječi eutanazija, kao i prikazom različitih definicija eutanazije. Završetak prve cjeline prikazao je različite vrste eutanazija i opravdanost njihove podjele.

Druga cjelina se bavila filozofijom Petera Singera, kao i njegovim argumentima koji idu u prilog dobrovoljnoj eutanaziji. U tome se kontekstu smatra da su samilost i želja da se smanje bolovi i skrate patnje bolesnika opravdani kod svakoga čovjeka koji ima normalno razvijenu empatiju. Vodeći australijski bioetičar prema načelu korisnosti i utilitarističkoj filozofiji u svojoj knjizi *Praktična etika* navodi četiri logička argumenta koji idu u prilog dobrovoljnoj eutanaziji. Danas je nemoguće ostati pri Hipokratovoj tezi kako je potrebno čuvati život pod svaku cijenu i iz aspekta prava zagovarati samo pravo na život, a ignorirati pravo na „dostojanstvenu smrt“. Tako prvi argument iz straha prema brizi klasičnoga utilitarista prema Singeru ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji jer ako dobrovoljna eutanazija nije dopuštena, mogli bismo se bojati da će naše umiranje biti nepotrebno produženo i mučno.(Singer 2003.) Drugi argument iz utilitarizma preferencije želju za nastavkom života mora računati kao razlog protiv ubijanja, pa utilitarist preferencija jednako tako želju za smrću mora računati kao razlog za ubijanje. Iznijet je i treći argument iz prava na život koji tvrdi da se samo osoba koja je svjesna sama sebe može odreći prava na život, što znači da osoba koja nije svjesna sebe nema pravo na život. Četvrti argument je izveden iz autonomije i postavlja kriterije za odlučivanje koga će se pustiti umrijeti, a koga će se liječiti. Onda bi uz to, smatra Singer, trebalo postaviti i kriterije za odlučivanje koga bi trebalo ubiti. Druga cjelina završava kritikom Singerove etike kvalitete života.(Singer 2003.)

Rasprave o eutanaziji povezane su s pravom pacijenta da prihvati ili odbije neku terapiju o kojoj mu ovisi život. Ostaje veliko bioetičko pitanje (koje je bilo nepoznato u staroj medicinskoj etici): tko može odlučivati o tome pravu ako osoba nije sama sposobna za odluku?

Prema autorima (Marko Marinić, David Vellman, Daniel Callahan i Ryan Thomas Anderson) koji ne podržavaju legalizaciju dobrovoljne eutanazije, a njihovi argumenti su ponešto prikazani u ovome radu, posebno mjesto ima autor Marko Marinić. Njegova istraživanja i djela imaju jasnu i autentičnu snagu u borbi protiv legalizacije eutanazije i predstavljaju oslonac ovomu radu osvijetlivši mu put i otvorivši mogućnost osporavanja Singerovih postavki na konkretan način po agendi Pascalova „mislećeg“ i „ljubećeg“ bića – čovjeka. Čovjek nije samo trska, već „misleća trska koja ljubi“.(Vidanec 2005.) Prema navedenim autorima, Mariniću i rezultatima ovoga rada legalizacija dobrovoljne eutanazije bi rezultirala priličnom dozom straha, bilo da se radi o strahu da bolesnici ne budu eutanazirani pri liječenju neke svoje teške bolesti ili strahu da im se šalje poziv na zahtijevanje vlastite eutanazije. Razvijalo bi se postojanje straha i narušavanje povjerenja u nadležnoga liječnika. U tome smislu smisao Singerovih postavki postaje osporiv, što su pokazali rezultati istraživanja. Samim time opovrgava se i klasični utilitaristički argument da ako je dobrovoljna eutanazija dopuštena, smanjuje se strah da će umiranje biti produženo i bolno. Marinić tvrdi, a to je i stav autorice, da drugi argument izveden iz utilitarizma preferencije o eutanaziji, koji nije proizišao iz teška stanja organizma i iznimno jakih bolova, ne može nikako biti opravdan, osim ako Singer zaista ne misli da i potpuno zdrave osobe imaju pravo tražiti eutanaziju i da ih medicinsko osoblje eutanazira. To više ne bi bila dobrovoljna eutanazija, već medicinski servis za ubijanje ljudi kojima je dosadio život i više ne žele živjeti.(Marinić 2017.)

Treći argument nastao iz teorija prava na život je *coditio sine qua non* svim ostalim pravima već na načelnoj razini. Kontradiktorno je pravu na život suprotstaviti pravo na smrt. U usporedbi sa svim pravima, kao i teškim stanjem organizma, pravo na smrt nije prihvatljivo.(Marinić 2017.) Sama tvrdnja da pravo na život imaju samo samosvjesne osobe je *a priori* neprihvatljiva, što je pokazao i rezultat istraživanja. Argument poštovanja autonomije, ako postoji opravdani strah da bi ozakonjenje dobrovoljne eutanazije otvorilo mogućnosti tzv. *slippery slope* zlouporabe, postavlja pitanje koliko bi ta odluka uopće bila autonomna i utemeljena. Tada bi argument poštovanja autonomije bio jedan oblik manipulacije ljudskim dostojanstvom.(Marinić 2017.)

Treća cjelina posvećena je profesionalnomu identitetu u sestrinstvu i njihovu pogledu na eutanaziju. U tome je sklopu istaknuto koliko je važno razvijanje i usvajanje etičkih vrlina za rad medicinske sestre/tehničara u skrbi prema bolesnome čovjeku, kao i kojim putem doći do te naobrazbe kako bi se razvio interaktivni međuljudski odnos medicinska sestra/tehničar – bolesnik gdje je, osim moralnog djelovanja, na snazi i visokostručni rad temeljen na znanstvenim dokazima. Jedno od načela bioetike je dobročinstvo, što čini poveznicu sestrinstva

i primijenjene etike, koja traje od začetaka uloge njegovateljice kao prethodnice sestrinske profesije sve do danas. Medicinske sestre/tehničari za umiruće predlažu hospicij koji je i filozofija skrbi i moderna zdravstvena ustanova s nizom sustava pružanja pomoći ljudima na kraju života, a njihovim njegovateljima čak i nakon smrti nudi potporu u žalovanju. Prema opisima slučajeva iz prakse i brojnim kliničkim ispitivanjima, vidi se da vrijednost ljudskoga života i zadovoljstvo istim ne ovise u potpunosti o životnoj funkcionalnosti.(Marinić 2017.)

Četvrta cjelina povezuje sve tri prethodne cjeline i njihove teorijske prikaze kroz provedeno istraživanje. Poglavlja *Rezultati* i *Rasprava* prikazala su kako su neke postavljene istraživačke hipoteze opovrgnute, neke potvrđene, a najvažnije su samo djelomično potvrđene i djelomično opovrgnute. Od svih rezultata izdvojit ćemo ukratko one koji su iznenadili našu zadanu temu. Odgovori na tvrdnju „Dobrovoljna eutanazija bi trebala biti legalizirana" su u čak 52,8 % potvrdni, što nije očekivano. Zanimljivo je da je neodlučno ostalo 27,1 % ispitanika. Proeutanazijski pokreti postižu uspjeh jer imaju dobro razrađenu taktiku. Modusi te taktike su manipulacija jezikom – tako da se ona prikazuje kao pravo pacijenta, dramatizacija slučajeva, patetično samooptuživanje, indukcija disidentskoga ponašanja u pravnim, medicinskim i religijskim krugovima te dostojanstvo smrti kao znak kulturnoga elitizma. Vrlo zanimljivo ruho spektakularnosti nameću i mediji koji im daju više pozornosti, što je vidljivo u popularnim filmovima kao *The Giver*("The Giver," n.d.), *Million dollar baby*("Djevojka Od Milijun Dolara," n.d.), *The sea inside*("Život Je More," n.d.) i *Me before you*("Me before You - Official Trailer," n.d.). Argument „pravo na smrt" ističe vrednotu „ljudskoga dostojanstva", pa iu konačnici spada da se u ime čovječnosti smije ili čak i treba i mora čovjeka ubiti.

Odgovori na tvrdnju „Liječnik ima pravo teško bolesnomu pacijentu uskratiti terapiju koja bi mu spasila život te ga na taj način pustiti da umre" idu za život i negativan je stav iskazalo 72,9 % ispitanika, kao što i kod tvrdnje „Liječnik ima pravo eutanazirati pacijenta iako se on tomu protivi" jasno idu u korist života, pa 93 % ispitanika smatra da liječnik nema to pravo. Tvrdnja „Čovjeka se može eutanazirati i onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak" također jasno ide u korist života jer 69,8 % ispitanika smatra da se čovjeka ne može eutanazirati. Čak i po Singeru, ako postoji minimalna šansa da ta osoba želi nastaviti živjeti, pa makar i u takvome stanju, bilo bi pogrešno oduzeti joj život jer je život vrhovna vrednota i u svakoj dvojbenoj situaciji odluka za život bila bi jedina ispravna odluka. Život nikako ne smije biti podvrgnut manipulacijama i zahtijeva poštovanje i zaštitu, neovisno o stanjima i stadijima u kojima se čovjekov individualni život nalazio. Nadalje, 60 % ispitanika ne smatra da teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskomu prosperitetu društva, da troše resurse i da je to osnovni razlog zašto neka društva zagovaraju legalizaciju eutanazije. U tvrdnji „Bolesnikova

želja za eutanazijom posljedica je loše skrbi“ značajno je da se ispitanici u 77,8 % slučajeva ne slažu s tom tvrdnjom i isto tako, smatraju da bolesnikova želja za eutanazijom nije posljedica njegove usamljenosti, što je pokazalo 72,6 % ispitanika. Tvrdnju o mogućnosti zlouporabe legalizirane eutanazije iznosi čak 55,5 %, a njih 30,8 % je neodlučno. Osnovno pravo čovjeka je upravo pravo na život i nijedan zakon ne smije ići protiv toga prava, tvrdi njih 50,7 %, što je očekivano, a njih čak 32,3 % je neodlučno. Tvrdnja o „svetosti života“ prihvaćena je kod 50,3 % ispitanika, dok je neodlučnih 26,5 %. Većina njih, 56,3 %, smatra da nije opravdano za pacijenta tražiti od liječnika da mu asistira u samoubojstvu, a odgovor na tvrdnju da je alternativa za eutanaziju palijativna skrb iznosi 67,5 % u korist te tvrdnje. „Čovjek treba umrijeti u pravo vrijeme, bez kraćenja, ali i bespotrebna produživanja života“ iznosi 57,3 %, a njih 29,6 % je neodlučno. Iz prvoga seta odgovora ispitanika može se zaključiti da iako na direktno pitanje o legalizaciji dobrovoljne eutanazije polovica ispitanika odgovara pozitivno, mnogi daljnji odgovori to ne podržavaju. Osim toga, velik je broj neodlučnih, što se može objasniti pretpostavkom da ne znaju dovoljno o tome, a i ono što znaju je medijskoga porijekla gdje se tomu pitanju pristupa senzacionalistički i manipulativno.

U drugome setu odgovora o Singerovim postavkama za dobrovoljnu eutanaziju više od trećine ispitanika se slaže s njim, samo ondje gdje Singer polazi od argumenta iz prava na život se događa značajan obrat. Singer kaže da pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe. To je igra riječi jer on dalje misli da samo osoba koja je svjesna sebe može odlučiti želi li živjeti, ali i želi li umrijeti. Međutim, ispitanicima je odjednom potpuno jasan argument, ali ne iz poznavanja Singerovih jezičnih igara, već iz vlastite prakse. Ovi odgovori idu u prilog životu, a jasno pokazuju kako se medicinske sestre i tehničari, njih čak 65,8 %, ne slažu sa Singerovim argumentom. Kao što je u raspravi istaknuto, mnoge osobe nisu svjesne sebe itekako imaju pravo na život. Uz dobru medicinsku skrb i liječenje vraćaju svoju svjesnost i vesele se životu kolikogod on bio težak.

Treći set odgovora u četvrtoj istraživačkoj cjelini definitivno najsnažnije govori koliko se ispitanici žele educirati o navedenoj temi iako se za vrijeme provođenja ankete nije stekao taj dojam. Trećina njih bi izabrala organizirana predavanja, trećina bi izabrala razgovor s kompetentnom osobom, a ostali razne edukacijske materijale, radionice, tribine, ali i sve navedeno želi čak njih 20 %. Ono što je jasno, u formalni studijski plan i program nužno je implementirati više sati nastave i seminara o umiranju i smrti, i to tipa problemske nastave.

Uz Petera Singera, koji opravdava dobrovoljnu eutanaziju, stoje još mnogi drugi filozofi i znanstvenici, neki od njih su navedeni u prvome dijelu rada (James Rachels, Michael Tooley, Philippa Foot i Robert Young). Isto tako, mnogi argumentirano djeluju i protiv nje, kao što su

Marko Marinić, David Vellman i Daniel Callahan, čije su postavke iznijete u *Raspravi*. Jedan od najjačih protivnika legalizacije eutanazije je američki liječnik Ryan T. Anderson, viši znanstveni suradnik u javnoj politici, koji smatra da bi legalizacija eutanazije i asistiranoga samoubojstva bila teška pogreška jer bi se time ugrozilo slabe i ranjive, korumpiralo medicinsku praksu i relaciju liječnik – pacijent, kompromitiralo obitelj i međugeneracijske obveze te izdalo ljudsko dostojanstvo i jednakost svih ljudi pred zakonom. Jedan od komentara na ovu temu bio je kolegičin pogled iz pravnoga kuta: Čemu raspravljati o dobrovoljnoj eutanaziji kada je u Hrvatskoj ona pravno regulirana? Da, točno je, ali je isto tako točno da su pred vratima novi pritisci i da je pitanje dana kada će se ta tema pojačati i u hrvatskim institucijama.

Marinić predlaže svojevrsnu revitalizaciju etike „svetosti života“ u odnosu na galopirajuću „kvalitetu života“ koja jača „kulturu smrti“.(Marinić 2017.) Antagonizam tih sintagmi uvjetovan je današnjim načinom života i prihvaćanjem vrijednosnoga sustava jer tema smrti potiče na razmišljanje o životu, htjeli mi to ili ne. Tradicionalna etika zagovara „svetost života“, a nova etika „kvalitetu života“. Brz razvoj biomedicinskih znanosti i biotehnologije utječe na percepciju smisla života. Pluralističko i sekularno društvo na prvo mjesto gura profit (materijalizam) i užitak (hedonizam). Tako „etika svetosti života“ po filozofu P. Singeru postaje neučinkovita i on glasno zagovara „novu etiku“. Ta nova etika, prema utilitarističkome modelu etike, prihvaća samilost i želju da se smanje bolovi i skrate patnje bolesnika, što je kod svakoga čovjeka koji ima normalno razvijenu empatiju potpuno opravdano.

Rasprave o eutanaziji povezane su s pravom pacijenta da prihvati ili odbije neku terapiju o kojoj mu ovisi život. Ostaje veliko bioetičko pitanje: tko može odlučivati o tome pravu ako osoba nije sama sposobna za odluku? Tzv. „nova medicina“ pita staru etiku mogu li oni zajedno o tome odlučivati. Bez obzira na vrijeme i prostor, na kulturu i civilizaciju, umrijeti je uvijek teško. Bilo to vidljivo ili ne, čas umiranja izaziva paničan strah. Medicinske sestre/tehničari su često svjedoci i sudionici sretnih i bolnih doživljaja (rađanja i smrti), kada se to iskustvo ne može izraziti riječima. Posebno je teško podnijeti smrt mlade osobe. Taj stres i nelagoda još su veći ako osoba umire pri svijesti, a sestre osjećaju revolt i krivnju pred tim misterijem života.(Jušić 2001.) U procesu humanizacije same medicinske sestre postaju „filozofi“, tražitelji istine koji onda tu istinu, svjedočanstva, ali i smisao svojih iskustava prenose na pacijente, bližnje, kao i na svoje kolege/ice. Ovisi li kvaliteta života o funkcionalnosti organizma? Može li kvaliteta života postati presuda o životu ili smrti? Može li, prema postavkama Petera Singera, etiketa kvalitete života nametnuti život koji nije vrijedan življenja?

Eutanazija – da ili ne? Kao odgovor (nije jedini) može poslužiti primjer medicinske sestre Waltrud Wagner u Beču (1990.), koja je priznala deset ubojstava na suđenju gdje je

dokazano da to nije učinila iz samilosti, već zato što su joj ti pacijenti bili dosadni. Ovo pokazuje kako je taj odgovor na to teško pitanje zaista – ne! Ublažavanje patnje ne znači i uklanjanje patnika. U dvojbenim situacijama za pomoć može poslužiti stav međunarodnoga strukovnog udruženja ICN sa sestrinskim vodičem za donošenje etičkih odluka pod nazivom *Etika u njezi bolesnika* gdje jasno piše da je medicinska sestra dužna poduzeti sve mjere kako bi sačuvala ljudski život. Nekada je to u procesu umiranja nemoguće – ako pacijent umre dok se provodi njega, sestra nije moralno odgovorna. Potrebno je da sestra poznaje postavke nacionalnoga sestrinskog udruženja ili etičku praksu svjetskoga sestrinstva.("The ICN Code of Ethics for Nurses" 2021.)

U eri hiperindividualizma i dobu polarizacije svaka rasprava o činjenju dobra pomaže izgradnji mogućega rješenja za promicanje ljudskoga zajedništva. Motivacija koja je dala vjetar u leđa obradi ove teške teme svakako je korištenje ljudske moći u znanosti o životu, posebno životu čovjeka kao najveće vrednote. Medicinsko-industrijski pogon vraća opet staro sokratsko pitanje: kakav bi život bio dobar? Na razini osobe, pojedinca, još je moguće odgovoriti na to pitanje, ali svima je jasno da su u život svake osobe uključeni i drugi ljudi, tajno ili javno, ali su uvijek prisutni. Čovječanstvo poštuje tradiciju dijaloga. Callahan je već pedesetih godina 20. st. prepoznao kako to čovječanstvo ulazi u novu eru načina života u kojoj se uspostavlja progresivna kontrola nad tijelom čovjeka. Društvo i pojedinac postaju sve više gluhi i slijepi na trpljenje, gubi se strpljivost i prihvaćanje, a još više zajedništvo i uzajamna briga, poniznost prema vrlinama i korektnost. Pravi odgovor na Sokratovo pitanje može se potražiti u interdisciplinarnome pristupu svih znanosti zajedno gdje bi medicina, zakon i javna politika morali imati zajedničku viziju slobodnijega društva uz uzajamno aktivne i odgovorne, moralne osobe u posvećenosti životu i budućnosti toga života. Nužan je temeljni moralni senzibilitet za zaštitu ljudskosti i to prihvaćen od svih javnih institucija kao praktična i djelotvorna mudrost.

Prema Ivanu Supeku, nijedno znanstveno istraživanje neće odgovoriti na pitanje je li smrt kraj.(Supek 2010.) Tema smrti izaziva mnoga pitanja o životu i njegovu smislu te utječe na svaku osobu kao gubitak, a zahvaća i suputnike različitih generacija čineći ih nesigurnima. Uz to, neobuzdani globalni kapitalizam današnjice vodi prema apokalipsi. Totalnomu uništenju. Opća opstojnost gubi se u sjeni nuklearnih gljiva i ekološke katastrofe, pandemija i potresa. Slobodu i udruživanje građana radi rješenja vitalnih problema koče plaćene profesije političara kojima je zajedničko da pljačkaju i varaju. Pita se Supek: može li filozofija danas zaustaviti bjesove uništenja?(Supek 2010.) On radikalno šalje posljednji poziv filozofiji. Pored znanosti, umjetnosti, međunarodnoga prava, najviše je filozofiji, oduvijek, ali i danas, na umu cjelina istine i pravde. Spoznaja katastrofalnoga razvoja globalizacije i podređenosti materijalnomu

obvezuje filozofiju na moralno djelovanje. Istina i moral čine apsolutno jedinstvo koje danas jedino može miriti pluralizam civilizacija, svih vjera i svjetonazora. Filozofija ima snagu pokrenuti revoluciju. Hitno je nužno izvući ljude iz osobne i kolektivne kratkovidne sebičnosti, taštine i gramzljivosti, kako bi vidjeli obzorje nade. Novi humanizam mladih prosvjetitelja jedini može pokrenuti svijet koji je zaglibio u apatiji, u zabludi da su novac i slava jedine vrijednosti, u uspavanome političkom vodstvu koje koalira s multinacionalnim kompanijama, podređuje si medije i hrani pilote smrti. Filozofija je perjanica, mozak znanosti, ona uz umjetnost daje svjetlo i oslonac čovjeku svladati nepovjerenje i predrasude. Ustraje u istini. Humana vizija svijeta može se suprotstaviti globalnomu kapitalizmu samo kao politička bitka „odozdo prema gore" – mudro zaključuje Supek.(Supek 2010.) Ako je filozofija um budućnosti, onda je duhovnost srce toga podviga. Čovječanstvu je danas potrebna silna energija kako bi uništilo zlo koje je to isto čovječanstvo samo stvorilo. Religija i čovjekova savjest pripadaju redu duha, a duh ima snagu koja može biti mnogo jača od svake materijalne i tjelesne prisile. Jedini lijek za svakoga čovjeka je jačanje slobode duha i potiranje galopirajućega formalizma.

Zaključno, svi bi stručnjaci zajedno u komunitarnoj viziji o eutanaziji trebali voditi dijalog koji bi išao u smjeru konsenzusa, ali bez forsiranja, iskrenom suradnjom i moralnim načinom života. U problemu smrti, veza između medicine i religije prema mnogim svjedočanstvima pacijenata i liječnika nije slučajna. Prema civilizacijskoj tradiciji, čovjek se oduvijek smatrao psihofizički jedinstvenim.(Čebotarev 2012.) Poznato je da su neke tjelesne bolesti posljedica stanja duha.(Sršen 2013.) Prema Wojtyli, sve što je dano u ljudskoj svijesti objektivna je činjenica, ali je istina da sve te činjenice upravo dobivaju svoju objektivnost i realnost isključivo u čovjekovoj subjektivnosti, pa je u tome smislu i prirodni zakon podređen čovjekovu osobnom donošenju odluka o životu i smrti.(Vargić 2019.) Na znanstvenicima ostaje zadatak da suvremenim znanstvenim dostignućima tu opstojnost potvrde.

Zaključna misao ovoga rada polazi od činjenice da je dobrovoljna eutanazija europska i svjetska stvarnost i zahvat koji se aktivno provodi u pojedinim zemljama. Kako bi se taj trend usporio nužna je nova edukacija o „kulturi umiranja" koja bi zamijenila „kulturu smrti". U svome govoru na dodjeli Nagrade Karla Velikoga u Vatikanu 6. svibnja 2016., između ostaloga, kaže: „Sanjam mladu Europu koja još može biti majka: majka koja je živa zato što poštuje život i daje nadu u život. […] Sanjam Europu koja sluša i cijeni bolesne i stare pa se ne može dogoditi da se na njih gleda kao na neproduktivne elemente koje treba odbaciti. […] Sanjam Europu za koju se neće moći reći da je zauzimanje za ljudska prava bilo njezina posljednja utopija."(Papa 2019.)

# 6. SAŽETAK

Kako se medicinske sestre i tehničari osobno odnose prema životu i smrti? Činjenica je da je čovjek umiruće biće i da pred problemom smrti kapitulira sve znanje. Medicina se bori protiv smrti, ali u njezinu fenomenu čita svoj poraz. Koje su stvarne vrijednosti života i smrti? – pitaju se sestre i tehničari. Pripovijedati o umiranju, smrti i eutanaziji je lako, ali utemeljiti ju u javni moral, zajednicu i društvo zaista je teško. Većina ljudi se ne boji umrijeti, ali se boji umiranja. Želja za smrću i „potreba" za dobrovoljnom eutanazijom nastala je kao neprihvaćanje slabosti, sreće, teškoća i patnji života te poremećenih odnosa u zajednici.

Dobrovoljna eutanazija nije samo medicinski problem već sve više postaje i socijalno-politički, ekonomski te pravni problem jer uključuje javnost i profesije povezane s umirućim osobama. Ne čudi stoga da je upravo eutanazija postala jedna od temeljnih tema brojnih bioetičara svijeta, među kojima je, svakako, jedan od najpoznatijih i najutjecajnijih australski filozof Peter Singer. Odgovor na ključni problem eutanazije „primjenjivati ju ili ne" nećemo nikada moći u potpunosti dobiti znanstvenom metodom jer ulazimo u područje složena ljudskoga ponašanja i stavova koji su individualni. Ljudsko funkcioniranje nije samo biološko i fiziološko, koje je konzistentno, već psihološko i duhovno, uvjetovano osobnošću na koje djeluje način života, vrijednosni sustav, socijalno ozračje i umne sposobnosti. Odluke i stavovi o eutanaziji su, osim tjelesnoga statusa, vezane za problem sustava vrijednosti, koji uključuje i etičke probleme. Zbog nemogućnosti holističkoga pristupa u istraživanju o eutanaziji, teško je moguće doći do čista deontološkoga etičkog suda. Uglavnom ostaje onaj deskriptivni, koji isto može pružiti neko opravdano znanje i olakšati neku stvarnu situaciju u praksi medicinskih sestara i tehničara.

Populacija koja je profesionalno uključena u skrb o umirućim osobama su medicinske sestre i tehničari. Oni svoje etičke postavke u odnosu prema eutanaziji i situacijama umiranja nalaze uglavnom u vlastitu sociokulturnome ambijentu, ali i formalnoj edukaciji tijekom studija. Pritom se susreću s mnoštvom (bio)etičkih dvojbi, pa zapravo ne iznenađuje činjenica da je u proteklih deset godina upravo tema eutanazije bila izabrana kao najčešća tema studentskih pismenih radova. Ta činjenica je potaknula autoricu na podrobniju analizu njihovih

stavova o ovoj temi. Rad ima četiri cjeline. Sadržajno, prva cjelina donosi teorijska promišljanja o problematici umiranja u sklopu dostojanstva osobe. U tome kontekstu prikazan je etički akt *Povelja prava umiruće osobe,* kao i poznate faze umiranja liječnice Elisabeth Kübler-Ross (1969). Nakon uvoda, istaknuta je važnost bioetike kao platforme za određivanje granica života i stavova o eutanaziji. Prikazani su bioetički izazovi u sestrinstvu, koji sadrže razne postupke u skrbi u sklopu kvalitete života i njegova završetka. Nakon toga je prikazana kratka povijest eutanazije po vremenskim razdobljima i religijski pogledi na nju. Prva cjelina se nastavila opisom sadržaja i značenja riječi eutanazija, kao i prikazom različitih definicija eutanazije. Završetak prve cjeline prikazao je različite vrste eutanazija i opravdanost njihove podjele. Druga cjelina bavila se filozofijom Petera Singera, kao i njegovim argumentima koji idu u prilog dobrovoljnoj eutanaziji, a završava kritikom Singerove etike kvalitete života. Treća cjelina je posvećena profesionalnomu identitetu u sestrinstvu i njihovu pogledu na eutanaziju. U tome je sklopu istaknuto koliko je za rad medicinske sestre/tehničara u skrbi prema bolesnome čovjeku važno razvijanje i usvajanje etičkih vrlina, kao i kojim putem doći do te naobrazbe kako bi se razvio interaktivni međuljudski odnos medicinska sestra/tehničar – bolesnik gdje je, osim moralnoga djelovanja, na snazi i visokostručni rad temeljen na znanstvenim dokazima. Četvrta cjelina povezuje sve tri prethodne cjeline i njihove teorijske prikaze u provedenome istraživanju.

Cilj istraživanja bio je utvrditi stavove medicinskih sestara/tehničara o dobrovoljnoj eutanaziji i to posebice u kontekstu „nove etike“ Petera Singera. Ukupno je anketirano 483 studenata sestrinstva na Zdravstvenome veleučilištu Zagreb. Način istraživanja bio je anketni upitnik Likertova tipa s nekoliko tematskih cjelina. Iako na direktno pitanje o legalizaciji dobrovoljne eutanazije polovica ispitanika odgovara pozitivno, mnogi daljnji odgovori to ne podržavaju. Sa Singerovim postavkama za dobrovoljnu eutanaziju slaže se više od trećine ispitanika, osim kada Singer polazi od argumenta iz prava na život gdje se događa značajan obrat. Singer tvrdi da pravo na život ima samo osoba koja je svjesna sama sebe, što znači da samo osoba koja je svjesna sebe može odlučiti želi li živjeti, ali i želi li umrijeti. Odgovori ispitanika idu u prilog životu i jasno pokazuju kako se medicinske sestre i tehničari ne slažu sa Singerovim argumentom. Treći set odgovora najsnažnije govori koliko se ispitanici žele educirati o navedenoj temi, pa se temeljem odgovora može zaključiti kako je u studijski plan i program nužno implementirati više sati nastave i seminara o umiranju i smrti, i to tipa problemske nastave.

Poglavlja *Rezultati* i *Rasprava* prikazala su kako su neke postavljene istraživačke hipoteze opovrgnute, neke potvrđene, a najvažnije su samo djelomično potvrđene i djelomično

opovrgnute. Uza Singera koji opravdava dobrovoljnu eutanaziju, stoje još i drugi filozofi i znanstvenici, navedeni u prvome dijelu rada, a neki i u raspravi. Također, u *Raspravi* su iznijete postavke Davida Vellmana, Daniela Callahana, američkoga liječnika Ryana T. Andersona i Marka Marinića, koji kao najjači protivnici legalizacije eutanazije argumentirano djeluju protiv nje. Zaključna misao ovoga rada polazi od činjenice da je dobrovoljna eutanazija europska i svjetska stvarnost i zahvat koji se aktivno provodi u pojedinim zemljama. Moglo bi se postaviti pitanje o tome zašto raspravljati o dobrovoljnoj eutanaziji kada je u Hrvatskoj ona pravno regulirana, ali pred vratima su novi pritisci i pitanje je dana kada će se ta tema pojačati i u hrvatskim institucijama. Legalizacija dobrovoljne eutanazije i asistiranoga samoubojstva dugoročno bi bila teška pogreška jer bi se tako ugrozilo slabe i ranjive, korumpiralo medicinsku praksu i odnos liječnik – pacijent, kompromitiralo obitelj i međugeneracijske obveze te izdalo ljudsko dostojanstvo i jednakost svih ljudi pred zakonom. Bliski odnosi i nesebična pažnja znatno bi smanjili broj umiranja u bolnicama, a pacijenti samim time ne bi imali potrebu za eutanazijom. Zaključci studije pridonose širenju spoznaja o tematici dobrovoljne eutanazije u Hrvatskoj, ali i pomažu u bioetičkoj edukaciji medicinskih sestara i tehničara o vrijednosti i smislu života te istodobno prikazuju (ne)utemeljenost moralnih postavki filozofije Petera Singera.

**Ključne riječi:** dobrovoljna eutanazija, filozofija i argumenti Petera Singera, stavovi medicinskih sestara, hospicij i palijativna skrb

## 7. SUMMARY

How do nurses and medical technicians personally relate to life and death? The fact is: man is mortal. In front of the problem of death, all knowledge capitulates. Medicine fights against death, but in its phenomenon, it reads its own defeat. Nurses and medical technicians question what the true values of life and death are. It is not difficult to talk about dying, death and euthanasia, however it is difficult to establish these topics in public morality, community and society. Most people are not afraid to die, but they are afraid of dying. The desire for death and the “need” for voluntary euthanasia arose as a failure to accept the weakness, happiness, hardships and difficulties of life, and as a consequence of disturbed community relationships. Voluntary euthanasia is not only a medical problem; it is increasingly becoming a socio-political, economic and legal issue as it involves the public and the professions associated with dying people. It is not surprising, therefore, that euthanasia has become one of the founding topics of many bioethicists of the world, among whom is certainly one of the most famous and influential Australian philosophers Peter Singer.

The answer to the key problem of euthanasia, that is whether to "apply it or not", will never be entirely scientific, as we enter the field of complex human behaviour and individual attitudes. Human functioning is not only biological and physiological, which are consistent, but psychological and spiritual, conditioned by personality, influenced by lifestyle, value system, social atmosphere and cognitive abilities. Decisions and attitudes about euthanasia other than physical status are linked to a value system problem that includes ethical issues. The impossibility of a holistic approach in euthanasia research will make it difficult to reach a purely deontological ethical judgment. It remains a descriptive one, which can also provide some justifiable knowledge and facilitate some real-life situations in nurses / medical technichians practical work.

Population that is professionally involved in the care of dying persons are nurses and medical technicians. Their ethical settings in relation to euthanasia and dying situations are mainly conditioned by their own socio-cultural environment, but also in formal education during their studies. Nurses face many (bio)ethical doubts on a regular basis in their work and it is therefore not surprising that in the last ten years the topic of euthanasia was the most

frequently chosen topic by student nurses for their written tasks. This fact prompted the author for a more detailed analysis of students′ views on this subject.

This thesis has four sections: the first section brings theoretical considerations about dying and the dignity of a person. In this context, an ethical act is presented: the Charter of the Rights of the Dying Person, as well as the known stages of dying of Elisabeth Kübler-Ross (1969). Following the introduction, the importance of bioethics as a platform for determining the boundaries of life and attitudes about euthanasia is highlighted. The bioethical challenges in nursing are presented, which contain various procedures in nursing practice as part of quality of life and its completion. Subsequently, a brief history of euthanasia by time period and religious views on it are presented. The first part continues with a description of the content and meaning of the word euthanasia as well as presentation of different definitions of euthanasia. The end part of the first section shows different types of euthanasia and the justification for their division. The second section deals with Peter Singer's philosophy as well as his arguments in support of voluntary euthanasia. The second section ends with a critique of Singer's ethics of quality of life. The third section is dedicated to the professional identity of nurses and their views on euthanasia. In this context, the importance of developing and adopting ethical virtues is emphasized in order for a nurse / medical technician in the care of a sick person to establish an interactive nurse-patient relationship, as well as how to achieve professional education of nursing experts which, in addition to the moral action, perform high quality professional work based on scientific evidence. The fourth section links all three previous sections and their theoretical representations together through research.

The aim of this study was to determine the views of nurses / medical technicians on voluntary euthanasia, especially in the context of Peter Singer's "new ethics". A total of 483 nursing students were interviewed at the Zagreb Polytechnic. The research method was a Likert-type questionnaire with several thematic units. Although half of the respondents answered positively to the direct question about the legalization of voluntary euthanasia, many further answers do not support it. In addition, many are hesitant to assume that they do not know enough about it, and what they know has come from the media who approach the issue sensationally and manipulatively. More than one third of respondents agree with Singer's voluntary euthanasia settings, except where Singer starts from the right-to-life argument, and there we found a significant twist in respondents' answers. Singer claims that only a person who is self-aware has the right to life, which means that only a person who is aware of themselves can decide whether they want to live but also whether they want to die. Suddenly, the argument is quite clear to the respondents, not from their knowledge of Singer's language games, but from

their work practices. The answers support life and make it clear that nurses and technicians disagree with Singer's argument. As pointed out in the discussion, many people are not aware of themselves, and are certainly entitled to life, such as: premature infants, infants, people in anaesthesia, people in a coma which is reversible, people in an induced coma, etc. The third set of answers most strongly tells how much respondents want to be educated on the topic. One third of them would choose organized lectures, a third would choose a conversation with a competent person, reading educational materials, attending workshops, panels, etc., and as much as 20% would choose all of the above. Finally, more hours of lectures and seminars about dying and death are needed in the study curriculum, namely the type of problem-based learning. The Results and Discussion chapters show that some of the research hypotheses that have been put forward are refuted, some confirmed, and most importantly, only partially confirmed and partially refuted. In addition to Singer justifying voluntary euthanasia, there are other philosophers and scholars, who are listed in the first part of the paper and some in the discussion. Also discussed in the Discussion are the views of David Vellman, Daniel Callahan and US physician Ryan T. Anderson, who argue against euthanasia as the strongest opponents of its legalization. The concluding thought of this paper starts from the fact that voluntary euthanasia is a European and world reality and an active intervention in some countries. Why discuss voluntary euthanasia when it is legally regulated in Croatia? Yes, it is true, but it is also true that there are new pressures at the door and that it is a matter of day before this topic will intensify in Croatian institutions. Legalizing voluntary euthanasia and assisted suicide would be a grave mistake in the long run because they would: endanger the weak and vulnerable, corrupt medical practices and doctor-patient relationships, compromise family and intergenerational obligations, betray human dignity and equality for all people before the law. Close relationships and selfless attention would significantly reduce the number of deaths in hospitals, and thus patients would not need euthanasia. The findings of the study contribute to the broadening of the knowledge on the topic of voluntary euthanasia in Croatia, but also help bioethical education of nurses / medical technicians on the value and meaning of life, and at the same time show the (un)substantiation of the moral preferences of Peter Singer's philosophy.

**Key words:** voluntary euthanasia, nurses' views, Peter Singer's philosophy and arguments, hospice and palliative care

# 8. LITERATURA


Abou Aldan, Damjan. 2019. *Metodika zdravstvene njege*. Medicinska naklada.

Akvinski, Toma. n.d. "Summa Theologiae." In *II-II*.

Amulić, Slavko. 2019. *Perspektivizam i pluralizam*. Zagreb: Pergamena.

Andersen, Ryan T. 2015. "Always Care, Never Kill: How Physician-Assisted Suicide Endangers the Weak, Corrupts Medicine, Compromises the Family, and Violates Human Dignity and Equality." The Heritage Foundation. March 24, 2015. https://www.heritage.org/health-care-reform/report/always-care-never-kill-how-physician-assisted-suicide-endangers-the-weak.

Aramini, Michele. 2009. *Uvod u Bioetiku*. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

Aristotel. 1988. *Nikomahova etika*. Zagreb: Globus.

Bačani, Dijana, i Ombla, Jelena. 2019. "Neke odrednice stava prema eutanaziji kod medicinskih sestara-tehničara u Hrvatskoj." *Medica Jadertina* 49 (3–4): 173–85.

Baccarini, Elvio. 2011. "Utilitarizam, unutarnja perspektiva i pitanje samoubojstva." *Filozofska Istraživanja* 31 (2): 263–75.

Bacon, Francis. 1986. *Novum Organum Scientiarium*. Zagreb: Naprijed.

Bauby, Jean-Dominique. 2007. *Skafander i Leptir*. Zagreb: Pergamena.

Bebek, Mario, Brdarević, Marija. 2019. "Bioetika i autonomija osobe s invaliditetom po načelu supsidijarnosti." *Journal of Applied Health Sciences* 5 (1): 137–137.

Beglerović, Samir, Jašić, Orhan. 2017. *Eutanazija i njeno razumijevanje u tradiciji bosanskohercegovačkih muslimanskih religijskih autora*. Urednik Hrvoje Jurić. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo.

Berčić, Boran. 2012. *Filozofija*. Zagreb: Ibis grafika.

*Biblija, Stari i Novi Zavjet*. 1991. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

"'Bijelo srce' Za humanost i znanje." 2011. Ezadar. 2011. https://ezadar.net.hr/dogadaji/2377353/bijelo-srce-za-humanost-i-znanje/.

Biondić, Marin. 2013. "Racionalan strah i strah od smrti." *Prolegomena*. Vol. 12.

Blažević, Josip. 2011. "Skrb za umiruće i pokojne u tibetanskom buddhizmu prema Bardo Thodolu." U: *Bolest i zdravlje u religijama*, uredio Mijo Nikić, 178–207. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

Bochenski, Joseph Maria. 1997. *Uvod u filozofsko mišljenje*. Split: Verbum.

Bognar, Ladislav. 1999. *Metodika odgoja*. Osijek: Učiteljski fakultet u Osijeku.

Braš, M., Đorđević,V., Brajković, L., Planinc-Peraica, A., Stevanović, R. 2016. "Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini." *Medix* 22 (119/120).

Braš, Marijana, Đorđević, Veljko, Kandić-Splavski, Branka i Vučevac, Vlasta. 2016. "Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi." *Medix* 22 (119/120): 69–75.

Brdarević, Marija i Pranjić Kozlek, Zrinka, 2018. “Bioetički izazovi i njihova važnost za sestrinstvo u Hrvatskoj.” *Shock,* 2018. www.shock-onlineedition.hr.

Brdarević, Marija. 2012. *Znanost, etika i vjera u praksi medicinske sestre*. Urednice Mara Županić i Vesna Turuk. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Brdarević, Marija, i Pranjić Kozlek, Zrinka. 2017. “Prijateljstvo kao vrlina u praksi medicinske sestre u odnosu aa Aristotelovu etiku.” *Journal of Applied Health Sciences* 3 (1): 89–98. https://doi.org/10.24141/3/1/10.

Brkljačić, Morana. 2019. “Medicinska etika u palijativnoj skrbi.” *Obnovljeni život* 74 (4): 513–27. https://doi.org/10.31337/OZ.74.4.5.

Brkljačić, Morana, i Bota, Božo. 2012. *Liječnička tajna u palijativnoj medicini*. Urednici Goran Ivanišević i Stella Fatović-Ferenčić. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor.

Brock, Dan. 1992. “Voluntary Active Euthanasia.” *Hastings Center Report* 22 (2): 10–22.

Buchberger, Iva, Bolčević, Valentina i Kovač, Vesna. 2017. “Kritičko mišljenje u obrazovanju: Dosadašnji doprinosi i otvoreni smjerovi.” *Metodički ogledi* 24 (1): 109–29.

Burckhardt, Jakob. 2001. *Povijest grčke kulture*. Zagreb: Prosvjeta.

Burleigh, Michael. 1994. *Death and Deliverance: Euthanasia in Germany 1900-1945*. Cambridge University Press.

Butts, Janie B. 2011. *Ethics in Professional Nursing Practice*. Burlington: J&B Publishers.

Buzov, Ivan. 1989. *Psihoanaliza žalovanja*. Zagreb: Jumena.

Callahan, Daniel. 2005. “A Case Against Euthanasia.” In *Contemporary Debates in Applied Ethics*, 179–90. Malden: Blackwell Pub.

Carlin, Nathan, Capps, Donald. 2009. “Consciousness, the Vegetative State, and the Intrinsic Value of Life.” *Pastoral Psychology* 57 (5): 223–34.

“Carpe Diem.” 1999. Britannica. 1999. https://www.britannica.com/topic/carpe-diem.

Čebotarev, Andrej. 2012. “Smrt kao liječnička tajna prema bolesniku.” U: *Bioetičke Teme*, 381–381. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor.

Christensen, Paula, J., i Kenney, Janet, W.. 1990. *Nursing Process, Application of Conceptual Models*. 3.izd. St. Louis: C. V. Mosby Company.

Cicak, Maca. 2008. “Aspekti dobre smrti.” *Ljetopis socijalnog rada* 15 (1).

“Članak 112.” n.d. Kazneni Zakon. Pristupljeno 18.01.2022. https://www.zakon.hr/z/98/Kazneni-zakon.

Clark, David i Emmett, Peter. 2005. *Na Korak Do Smrti*. Zagreb: STEPress.

Cooper, R. W., Frank, G. L. , Gouty, C. A., i Hansen, M. M.. 2004. “Key Ethical Issues Encountered in Healthcare Organizations: The Perceptions of Staff Nurses and Nurse Leaders.” *The Journal of Nursing Administration* 34 (3): 149–56.

Čović, Ante. 1997. “Novi putovi medicinske etike.” *Filozofska istraživanja* 64 (1): 231–42.

Čović, Ante, Gosić, Nada i Tomašević, Luka, urednici. 2009. *Od nove medicinske etike do integrativne bioetike*. Zagreb: Pergamena.

Crockett, Molly. 2016. “The Trolley Problem: Would You Kill One Person to Save Many Others?” The Guardian. 2016. https://www.theguardian.com/science/head-quarters/2016/dec/12/the-trolley-problem-would-you-kill-one-person-to-save-many-others.

Čukljek, Snježana. 2010. “Sestrinstvo, znanje i izvrsnost.” U: *Znanjem do izvrsnosti*. Opatija: Zdravstveno veleučilište Zagreb. https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2010/zbornik/zbornik.pdf.

Čukljek, Snježana. 2016. “Povezanost prethodne izobrazbe i stavova studenata sestrinstva o sestrinstvu kao profesiji.” Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Čukljek, Snježana, Karačić, Jelena i Ilić, Boris. n.d. “Stavovi studenata 3. godine studija sestrinstva o sestrinstvu u Hrvatskoj danas.” http://www.vjesnik.hr/html/2006/01/14/Clanak.asp?r=unu&c=7.

Cvek, Antun. 2004. “Kome pripadaju naši starci i bolesni?” U: *Iz Dnevnika otpisanih*, 3.izd., 97–98. Zagreb: FTI.

Da-Don, Kotel. 2004. *Židovstvo: život, teologija i filozofija*. Zagreb: Profil.

———. 2005. “Vrijednost života u židovstvu.” U: *vjera i zdravlje*, urednik Mijo Nikić, 216–216. Zagreb: Verbum, Integralna Antropologija.

Dalaj lama. 2001. *Radost smirenog življenja i umiranje*. Zagreb.

Dell’Oro, Roberto. 1995. *Antropologia Ed Etica*. Centre for Clinical Bioethics, Georgetown University.

Dennet, Daniel. 2009. *Kraj čarolije*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.

Denton, A., i Giddins, P. 2009. “A Collaborative and Progressive Approach to Basic Life Support.” *Nursing Standard* 23 (38): 49–55.

Devetak, Vojko. 1977. “Eutanazija.” *Crkva u Svijetu* 12 (2): 120–30.

“Djevojka (17) legalno eutanazirana nakon što se više nije mogla boriti s depresijom.” 2019. Večernji List. 2019. https://www.vecernji.hr/lifestyle/djevojka-17-legalno-eutanazirana-nakon-sto-se-vise-nije-mogla-boriti-s-depresijom-1323803.

“Djevojka od milijun dolara.” n.d. Wikipedia. https://hr.wikipedia.org/wiki/Djevojka_od_milijun_dolara.

Domaš, Jasminka. 2011. “Duhovne snage i fizička struktura tijela u judaizmu.” U: *bolest i zdravlje u religijama*, urednik Mijo Nikić, 69–78. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

Dworkin, Ronald. 1993. *Life’s Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: Random House.

Edgar, Andrew. 1994. “A Value of Codes of Conduct.” U: *Ethical Issues in Nursing*, 148–63. London: Routledge.

Engelhardt, Tristram H. 1987. *The Foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.

Esfahani Smith, Emily. 2013. “There’s More to Life Than Being Happy.” The Atlantic. 2013. https://www.theatlantic.com/health/archive/2013/01/theres-more-to-life-than-being-happy/266805/.

Esposito, John L. 2003. *Što bi svatko trebao znati o islamu*. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

"Etički Kodeks Medicinskih Sestara." 2005. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. 2005. http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf.

Fekete, S., Osvath, P. i Jegesy, A. 2002. "Attitudes of Hungarian Students and Nurses to Physician Assisted Suicide." *Journal of Medical Ethics* 28: 126–126.

Finnis, John. 1995. "A Philosophical Case Against Euthanasia." U: *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, urednik J. Keown. Cambridge: Cambridge University Press.

Fletcher, Joseph. 1972. "Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man." The Hastings Center Report.

Fontalis, A., Prousali, E. i Kulkarni, K. 2018. "Euthanasia and Assisted Dying: What Is the Current Position and What Are the Key Arguments Informing the Debate?" *Journal of the Royal Society of Medicine* 111 (11).

Foot, Phillipa. 1977. "Euthanasia." *Phiosophy & Public Affairs* 6 (2): 85–112.

Foucault, Michel. 1977. *Security, Territory, Population*. London: Palgrave Macmillan.

Frederick, Denver. 2020. "'Take Five' with Peter Singer, Professor of Bioethics at Princeton University." The Bussiness of Giving. 2020. https://www.denver-frederick.com/2020/01/08/take-five-with-peter-singer-professor-of-bioethics-at-princeton-university/.

Freedman, C. H. 2000. *The Greater of Two Evils*. Celebrate Life.

Frković, Aleksandra. 2007. "Bioetička edukacija u kliničkoj medicini." *Metodički ogledi* 14 (2): 33–48.

Gajić, Vladimir. 2012. "Eutanazija kroz istoriju i religiju." *Medicinski pregled* 65 (3–4): 173–77.

Galić, Slavka i Tomasović Mrčela Nada; 2013. *Priručnik Iz Gerontologije, Gerijatrije i Psihologije Starijih Osoba – Psihologije Starenja*. Osijek.

Ganzini, L., Goy, E. i Dobscha, S. 2009. "Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying." *Archives of Internal Medicine* 169: 489–92.

Gložinić, Terezija, Gbènoukpo Singbo, Odilon i Čartolovni, Anto. 2020. "The Understanding of Dysthanasia and Transhumanism from the Nursing Profession Perspective." *Obnovljeni život* 75 (4): 457–73. https://doi.org/10.31337/OZ.75.4.2.

Goldstein, Bruce E. 2011. *Osjeti i percepcija*. Zagreb: Naklada Slap.

Goleman, Daniel. 1997. *Emocionalna inteligencija*. Zagreb: Mozaik knjiga.

Golub, Ivan. 2004. *Najprije čovjek*. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

Grenac, Davorka. 2020. "Prošle godine rekordan broj europljana odlučio se na eutanaziju, a nakon odluke nijemaca te referenduma u portugalu i španjolskoj ove godine moglo bi ih biti još više." Tportal. 2020. https://www.tportal.hr/biznis/clanak/prosle-godine-rekordan-broj-europljana-odlucio-se-na-eutanaziju-a-nakon-odluke-nijemaca-te-referenduma-u-portugalu-i-spanjolskoj-ove-godine-moglo-bi-ih-biti-jos-vise-foto-20200307.

Griffiths, J., Bood, A. i Weyers. H. 1998. *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Hacker-Wright, John. 2018. "Philippa Foot." Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive. 2018. https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/philippa-foot/.

Haeckel, Ernst. 1900. *The Riddle of the Universe at the Close of the Nineteenth Century*. London: Watts & Co.

Hahn, Hans, Neurath, Otto. i Carnap, Rudolf. 2005. *Znanstveno shvaćanje svijeta – Bečki krug*. Zagreb: Biblioteka Scopus.

Hare, Richard, Mervyn. 1981. *Moral Thinking*. Oxford University.

Havelka, Mladen i Havelka Meštrović, Ana. 2013. *Zdravstvena psihologija*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Henderson, Virginia. 1996. *Osnovna načela zdravstvene njege*. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju.

Hert, Marc de, van Bos, Liesbet, Sweers, Kim, Wampers, Martien, de Lepeleire, Jan i Correll, Christophe U. 2015. "Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS)." *Plos One* 10: 1–13.

Higgs, Roger. 1998. "Truth – Telling." U: *A Companion to Bioethics*, 432–40. Oxford Blackwell Publishers ltd.

Hirch, Arthur. 1999. "Professor's Views on Bioethics Anger Disabled." *Hartford Courant*, 1999.

Hirschberger, Johannes. 1995. *Mala povijest filozofije*. Zagreb: Školska knjiga.

Hunyadi-Antičević, S., Protić, A., Patrk, J., Filipović-Grčić, B., Puljević, D. i Majhen Ujević, R.. 2016. "Smjernice za reanimaciju europskog vijeća za reanimatologiju 2015. Godine." *Liječnički Vjesnik* 138: 11–12.

Hursthouse, Rosalind. 2016. "Foot, Philippa Ruth, 1920-2010." The British Academy. 2016. https://www.thebritishacademy.ac.uk/publishing/memoirs/11/foot-philippa-ruth-1920-2010/.

Jašić, Orhan. 2019. *Bioetički problemi u publikacijama islamske zajednice u Bosni i Hercegovini od 1945. do 2012.* Zagreb: Pergamena.

Jušić, Anica. 2001. "Bioetika umiranja." U: *Bioetika u teoriji i praksi*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.

———. 2002. "Eutanazija." *Revija za socijalnu politiku* 9 (3).

Kalauz, Sonja. 2011. *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma.* Zagreb: Pergamena

———. 2012. *Etika u Sestrinstvu*. Zagreb: Medicinska naklada.

Keown, John. 2002. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument against Legalization*. New York: Cambridge University Press.

Knežević, Bojana i Kolarić, Branko. 2016. "Ageizam i preventivne aktivnosti u europi." *Liječnički Vjesnik*, 90–91. http://www.icmje.org.

Kolić, Anica. 2017. "Etički problemi medicinskih sestara u svakodnevnom radu." Zagreb.

Koprek, Ivan. 1997. "Suvremeni čovjek i kriza vrednota." *Bogoslovska smotra* 67 (2–3): 237–49.

———.1999. "Čovjek i dostojanstvo." U: *Ljudska prava i čovjekovo dostojanstvo*. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

———. 2000. "Nekrofilija i biofilija. Suočenje s etikom Petera Singera." *Socijalna Ekologija* 9 (1–2): 61–69.

———. 2005. “Filozofija o zdravlju duha i tijela.” U: *Vjera i zdravlje*, urednik Mijo Nikić. Zagreb: Integralna antropologija.

———. 2015. “Razarajući čimbenici braka i obitelji.” *Bogoslovska smotra* 85: 759–78.

Koprek, Ivan, i Pozaić, Valentin. 2005. “Ljudska prava i čovjekovo dostojanstvo.” U: *Vjera i zdravlje*. Zagreb: Zaklada biskup Josip Lang.

Kübler-Ross, Elisabeth. 2007. *Razgovori s umirućima*. Zagreb: Offset Markulin.

Kübler-Ross, Elisabeth. i Kessler, David. 2001. *Pouke života. Kako nas naša smrtnost može poučiti životu i življenju*. Zagreb: Biovega.

Kuhar, Martin. 2015. “Eugenika u hrvatskoj medicini i njezin utjecaj na javnost u razdoblju od 1859. do 1945.” Zagreb.

Kuhse, Helga., i Singer, Peter. 1985. *Should the Baby Live?: The Problem of Handicapped Infants*. Oxford: Oxford University Press.

Kurtović, Anita, i Petrić, Ivana. 2000. “Kazneno djelo usmrćenja na zahtjev i eutanazija.” *Zbornik pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* 21 (2): 655–73.

Larson, June., i Brady, Marilyn. 2013. “The Formation of Professional Identity in Nursing.” *Nursing Education Perspectives* 34 (2): 138–138.

Lenkić, Jerolim. 2011. *Eutanazija u moralno-teološkoj prosudbi*. Varaždinske Toplice: Tonimir.

Leonardi, Matilde, Sattin, Davide i Raggi, Alberto. 2013. “An Italian Population Study on 600 Persons in Vegetative State and Minimally Conscious State.” *Brain Injury* 27 (4): 473–84. https://doi.org/10.3109/02699052.2012.750758.

Lewis, Penny. 2007. *Assisted Dying and Legal Change*. Oxford: Oxford University Press.

“Licence.” n.d. Hrvatska komora medicinskih sestara. Pristupljeno 18.08.2020. http://www.hkms.hr/licence.

Locke, John. 1690. “Of Perception.” U: *An Essay Concerning Human Understanding*.

Loewy, Erich. H. 1991. “The Role of Suffering and Community in Clinical Ethics.” *The Journal of Clinical Ethics* 2(2) (83–9): 90–107.

Lučanin Despot, Jasminka. 2008. “Zdravstvena psihologija starenja-prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj.” *Klinička psihologija*. Vol. 1.

Lucas, Lucas Ramon. 2007. *Bioetika za svakoga*. Split: Verbum.

Lupke-Schwarz, Marc von, i Lohinski, Tihana. 2013. “Nacistička opsjednutost čistom i zdravom rasom: eugenika i eutanazija.” Deutsche Welle. 2013. https://www.dw.com/hr/nacistička-opsjednutost-čistom-i-zdravom-rasom-eugenika-i-eutanazija/a-16945676.

Maas, Paul J. van der. 1992. *Euthanasia and Other Decisions at the End of Life*. Amsterdam: Elsevier.

MacIntyre, A. 2013. *After Virtue*. London: Bloomsbury Academic.

Marco, Donald de, i Wiker, Benjamin D. 2015. *Arhitekti Kulture Smrti*. Split: Verbum.

Marinić, Marko. 2007. “Loše stanje organizma kao ‘dovoljan’ argument za eutanaziju osoba s invaliditetom.” *Obnovljeni život* 62 (2): 131–49.

———. 2017a. “Društvena percepcija (ne)opravdanosti nekih oblika namjernog izazivanja smrti.” u: *Čovjek i Smrt*, urednici Ivan Markešić, Gordan Črpić, Boris Kozjak, and Marko Marinić. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Hrvatsko katoličko sveučilište, Udruga Posmrtna pripomoć.

———. 2017b. *Matematika ljudskog života*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.

Markešić, Ivan. 2005. “Društveno značenje smrti kao jedne od temeljnih sastavnica čovjekova života.” U: *Vjera i zdravlje*, urednik Mijo Nikić. Zagreb: Integralna antropologija.

———. 2011. “Eutanazija u svjetlu Isusove smrti na križu. Socijalna konstrukcija dostojanstvene smrti.” *Socijalna ekologija* 20 (1).

———. 2014. “Imati sreću umrijeti kod kuće.” U: *Religije i sreća*, urednici Mijo Nikić i Kata Lamešić, 243–61. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove u Zagrebu.

Matulić, Tonči. 2001. *Bioetika*. Zagreb: Glas koncila.

———. 2007. “Identitet, profesija i etika sestrinstva.” *Bogoslovska smotra* 77 (3): 727–44.

———. 2009. *Metamorfoze kulture*. Zagreb: Glas koncila.

———. 2012. “Vrijednosti u bioetičkom obrazovanju.” u: *Bioetičke teme*, urednici G. Ivanišević i S. Fatović-Ferenčić. Zagreb: Medicinska naklada.

McCormick, Richard A. 1991. “Apsolutizacija autonomije.” U: *Physician-Assisted Suicide: Flight From Compassion*. Christian Century.

McIntyre, A. 2001. “Doing Away With Double Effect.” *Ethics* 111: 219–55.

McMahan, J. 2002. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. New York: Oxford University Press.

“Me before You - Official Trailer.” n.d. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=T0MmkG_nG1U.

*Medicinska enciklopedija*. 1967. Vol. 2. Zagreb: Jugoslavenski leksikografski zavod.

“Member Organisations.” n.d. The World Federation of Right to Die Societies. Pristupljeno 20.08.2020. https://www.worldrtd.net/member-organizations/.

Micheli Vitturi, Danijela de. 2017. *Obitelj - škola ljubavi i života*. Split: Crkva u svijetu.

Mihaljević, Vine i Tadić, Stipe. 2017. “Smisao smrti i umiranja. religiozno iskustvo hrvatskih branitelja.” u: *Čovjek i Smrt*, urednici I. Markešić, M. Marinić, B. Kozjak, and G. Črpić. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, Hrvatsko katoličko sveučilište Zagreb, Posmrtna pripomoć Zagreb.

Mill, John Stuart. 1960. *Utilitarianism*. London.

Mišić, Anto. 2000. *Rječnik filozofskih pojmova*. Split: Verbum.

Mojsović, Z. 2004. *Sestrinstvo u zajednici*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola.

Moody, Raymond. 1988. *Život poslije života*. Zagreb: Prosvjeta.

More, Thomas. 2003. *Utopija*. Zagreb: Narodni zavod Globus.

Muzur, Amir, i Rinčić, Iva. 2018. *Bioetička Europa našeg doba, struje, kormilari, sidrišta*. Zagreb: Pergamena.

Nagel, Thomas. 2002. *Što sve to znači? Vrlo kratak uvod u filozofiju*. Zagreb: KruZak.

Nietzche, Friedrich. 2006. *Volja za moć*. Zagreb: Naklada Ljevak.

Nietzsche, Friedrich. 1983. *Tako je govorio Zaratustra*. Zagreb: Mladost.

Nobis, Nathan. n.d. "Euthanasia, or Mercy Killing." Humanities LibreTexts. Pristupljeno 19.09.2020. https://human.libretexts.org/Bookshelves/Philosophy/Introduction_to_Ethics_(Levin_et_al.)/02%3A_Torture_Death_and_the_Greater_Good/2.03%3A_Euthanasia_or_Mercy_Killing_(Nathan_Nobis).

"Not Dead Yet." n.d. Not Dead Yet. Pristupljeno 18.08.2020. https://notdeadyet.org/category/peter-singer.

Novaković, Dragutin. 1990. "Eutanazija i situacije umiranja." *Revija Za Sociologiju* 21 (2).

O'Brien, Barbara. n.d. "Prvi budistički zakon." EFerrit. Pristupljeno 10.08.2020. https://hr.eferrit.com/prvi-budisticki-zakon/.

Ortega y Gasset, Jose. 2008. *Meditacije o Quijoteu*. Zagreb: Demetra.

Papa, Franjo. 2019. *Politika i Društvo*. Split: Verbum.

Pascal, Blaise. 1991. *Misli*. Mediteran.

Paterson, Craig. 2008. *Assisted Suicide and Euthanasia: A Natural Law Ethics Approach*. Burlington: Ashgate Publishing.

Pečjak, Vid. 2011. *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Naklada Prosvjeta.

Pellegrino, Edmund D. 1979. "Toward a Reconstruction of Medical Morality: The Primacy of the Act of Profession and the Fact of Illness." *The Journal of Medicine and Philosophy* 4: 32–56.

———. 1995. "Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5 (3): 253–77.

Pellegrino, Edmund D., Siegler, Mark i Singer, Peter A. 1990. "Teaching Clinical Ethics." *The Journal of Clinical Ethics* 1 (1): 175–80.

Pennington, Donald C. 2001. *Osnove socijalne psihologije*. 2.izd. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Pessini, Leo. 2004. *Distanazija - do kada produžavati život?* Urednik Ivan Šegota. Rijeka: Hrvatsko bioetičko društvo.

"Peter Singer." n.d. Peter Singer. Pristupljeno 18.01.2022. https://petersinger.info.

Pintarić, Damir. n.d. "KRIŽ - Čemu ta brutalnost?" Baptistička crkva Betanija Čakovec. Pristupljeno 25.08.2020. http://www.betanija.hr/clanci/KRI---emu-ta-brutalnost-20180117132946.

Pivčević, Edo. 2002. *Što je istina?* Vol. 3. Zagreb: Biblioteka filozofija.

Platon. 1996. *Fedon*. Zagreb: Naklada Jurčić.

———. 2000. *Obrana Sokratova*. Zagreb: Demetra.

Post, Stephen G., ed. n.d. *Encyclopedia of Bioethics*. Vol. 2. New York: Thomson Learning.

"Povelja prava umiruće osobe." n.d. Zaklada Sandra Stojić. Pristupljeno 14.08.2020. http://www.zaklada-sandra-stojic.hr/PoveljaPrava.

Pozaić, Valentin. 1980. "Deklaracija o eutanaziji." *Bogoslovska Smotra* 50: 399–405.

———. 1985. *Život dostojan života*. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

———. 1998a. *Čuvari života: Radosti i tjeskobe djelatnika u zdravstvu*. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

———. 1998b. "Eutanazija pred zakonom." *Obnovljeni život* 53 (4): 437–46.

———. 2005. "Briga za život i zdravlje." U: *Vjera i zdravlje*, urednik Mijo Nikić. Zagreb: Integralna antropologija.

"Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2018." 2019. Državni Zavod za statistiku Republike Hrvatske. 2019. https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2019/07-01-01_01_2019.htm.

"Professor Alison Kitson." n.d. Flinders University. Pristupljeno 19.08.2020. https://www.flinders.edu.au/people/alison.kitson.

Rachels, James. 1975. "Active and Passive Euthanasia." *The New England Journal of Medicine* 292: 78–80.

———. 1980. "Euthanasia." U: *Matters of Life and Death: New Introductory Essays in Moral Philosophy*, urednik Tom Regan, 29–29. Philadelphia: Temple University Press.

Radolović, Aldo. 2019. "'Biološka oporuka' u Pravu osobnosti i medicinskom pravu." *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* 40 (1): 147–64.

*Red bolesničkog pomazanja i skrbi za bolesne*. 2009. Kršćanska sadašnjost.

Reich, Warren, Thomas. 1978. *Encyclopedia of Bioethics*.

Rensselaer Potter, Van. 1971. *Bioetchics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Richter, Branimir. 2007. "Eutanazija, jučer, danas i..." u: *Medicinska etika*. Zagreb.

Rietiens, J., van der Maas, P., Onwuteaka-Philipsen, B., van Delden, J. i van der Heide, A. 2009. "Two Decades of Research on Euthanasia from The Netherlands: What Have We Learnt and What Questions Remain?" *Journal of Bioethical Inquiry* 6: 271–83.

Rinpoche, S. 1998. *Tibetanska knjiga o življenju i umiranju*. Zagreb.

*Rječnik hrvatskog jezika*. 2000. Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Školska knjiga.

Roll-Hansen, N. 2010. "Eugenics and the Science of Genetics." U: *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, urednici A. Bashford and P. Levine, 80–97. New York: Oxford University Press.

Rosenthal, Sandra B: n.d. "Situation Ethics." Britannica. Pristupljeno 18.08.2020. https://www.britannica.com/topic/situation-ethics.

Rudan, Igor. 2018. *Zao zrak*. Zagreb: Ljevak.

Rusac, Silvija. Štambuk, Ana. i Verić, Jelena. 2013. "Dobna diskriminacija: iskustva starijih osoba." *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 49: 96–105.

Ryder, Richard D. 2011. "Speciesism, Painism and Happiness: A Morality for the 21st Century." *Imprint Academic*.

Salvage, Jane. 1994. *Sestrinstvo u akciji*. Zagreb: Zonta klub Zagreb.

Sandel, Michael J. 2013. *Pravednost: Kako ispravno postupiti?* Zagreb: Algoritam.

Saunders, Cicely. 1980. “Caring to the End.” *Nursing Mirror*.

Scholz, Kay-Alexander. 2015. “Odluka o životu i smrti.” Deutsche Welle. 2015. https://www.dw.com/hr/odluka-o-životu-i-smrti/a-18556333.

Schweitzer, Albert. 2015. *The Light Within Us*. New York: Philosophical Library.

Šegota, Ivan. 1997. *Etika sestrinstva*. Zagreb: Pergamena.

———. 2001. “Kako definirati bioetiku?” U: *Bioetika u teoriji i praksi*, urednici Asim Kurjak and Vlatko Silobrčić, 77–96. Zagreb: Nakladni zavod Globus.

Selak, Marija. 2017. “Informirani pristanak kao znak kraja (liječničkog) autoriteta.” u: *16. Lošinjski dani bioetike*, urednik Hrvoje Jurić. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo.

Selanders, Louise. n.d. “Florence Nightingale.” Britannica. Pristupljeno 30.08.2020. https://www.britannica.com/biography/Florence-Nightingale.

Šeparović, Zvonimir. 1998. *Granice rizika – etičko pravni pristup medicini*. Zagreb: Informator.

Sesardić, Neven. 1984. *Fizikalizam*. Beograd: GRO Kultura.

Šestak, Ivan. 2011. “Prilozi filozofiji o čovjeku.” *Obnovljeni život* 66 (3): 291–435.

Sgreccia, Elio. 1999. “Bioetika danas - nade i problemi.” *Obnovljeni život* 54 (1): 7–21.

Sharp, Shane. 2018. “Beliefs in and About God and Attitudes Toward Voluntary Euthanasia.” *Journal of Religion and Health* 57 (3): 1020–37.

Singer, Peter A. 1998. *Oslobođenje životinja*. Zagreb: IBIS grafika.

———. 2003. *Praktična etika*. Zagreb: KruZak.

Singer, Peter A., Cannold, Leslie i Kuhse, Helga. 2009. “William Godwin and the Defence of Impartialist Ethics.” *Utilitas* 7 (1): 67–86.

“SKAFANDER I LEPTIR: Moje lijevo oko.” 2008. Slobodna Dalmacija. 2008. https://slobodnadalmacija.hr/kolumne/skafander-i-leptir-moje-lijevo-oko-9529.

Smith, Katharine v., i Godfrey, Nelda S. 2002. “Being a Good Nurse and Doing the Right Thing: A Qualitative Study.” *Nursing Ethics* 9 (3): 301–12.

Smith, Wesley J. 1997. *Forced Exit: The Slippery Slope from Assisted Suicide to Legalized Murder*. New York: Times Books.

Sorta-Bilajac, Iva. 2005. *Od eutanazije do distanazije*. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci.

Sorta-Bilajac Iva., Baždarić, Ksenija. Brkljačić Žagrović, Morana. Jančić, Ervin., Brozović, Boris. Čengić, Tomislav i Ćorluka, Stipe. 2011. “How Nurses and Physicians Face Ethical Dilemmas – the Croatian Experience.” *Nursing Ethics* 18 (3): 341–55.

Sorta-Bilajac Turina, Iva. 2013. “Eutanazija i distanazija.” U: *Palijativna medicina: temeljna načela i organizacija; klinički pristup terminalnom bolesniku; Medicinska etika*, 308–19. Rijeka: Markulin.

Sršen, Nela. 2013. *Rak na duši*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.

Steinberg, Abraham. 1996. *Enciklopedija Halahtit Refuit*. Vol. 4. Jerusalem.

Steiner, Marijan. 2011. “Katolička Crkva i briga za bolesne.” U *Bolest i zdravlje u religijama*, urednik Mijo Nikić. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove.

Stinson, Robert, i Stinson, Peggy. 1983. *The Long Dying of Baby Andrew*. Boston.

Štojs, Tihana. 2014. “The Historical Development of Clinical Therapeutic Trials.” *Nova Prisutnost* 12 (1): 91–111. http://www.wma.net/en/60about/70history/01declarationHelsinki/.

“Studijski Programi s Ishodima Učenja.” n.d. Zdravstveno Veleučilište Zagreb. Pristupljeno 03.08.2020. https://www.zvu.hr/studijski-programi-s-ishodima-ucenja/.

Sumner, Wayne, L. 2011. *Assisted Death: A Study in Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press.

Supek, Ivan. 2006. *Tragom duha kroz divljinu*. Zagreb: Profil.

———. 2010. *Trinitas-filozofija, znanost-umjetnost*. Zagreb: Profil.

“The Giver.” n.d. WIKIPEDIA. https://en.m.wikipedia.org/wiki/The_Giver_(film).

“The ICN Code of Ethics for Nurses.” 2021. *International Council of Nurses*. Geneva. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf.

Tooley, Michael. 1981. *Abortion and Infanticide*. Oxford.

Trajković, Marko, i Josić, Niko. 2011. “Eutanazija u perspektivi kršćanske vjere i pravne znanosti.” *Filozofska istraživanja* 31 (2): 365–74.

Turković, Ksenija, Roksandić Vidlička, Sunčana i Maršavelski, Aleksandar. 2010. “Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo-etičke dileme kriminalne politike.” *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu* 17 (1): 223–46. http://www.uslivin-.

Úriz-Pemán, María-Jesús, Ballestero, Alberto i Idareta, Francisco. 2013. “Ethical Perspectives in the Caring Professions.” *Ljetopis Socijalnog rada* 20 (3): 345–62.

Valjan, Velimir. 2004. *Bioetika*. Sarajevo: Svjetlo riječi.

Valković, Marijan. 2017. *Etičko-moralna problematika*. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

Varelius, Jukka. 2014. “Medical Expertise, Existential Suffering and Ending Life.” *Journal of Medical Ethics* 40: 104–7.

Vargić, Hrvoje. 2019. *Amoris laetitia: vjernost ili lom?* Zagreb: Saleziana.

Velleman, David J. 1993. “Against the Right to Die.” *Journal of Medicine and Philosophy* 17 (6): 665–81.

Vidanec, Dafne. 2005. “Čovjek u mislima jednog genija, psihološko-analitički pristup razumijevanju Pascalove antropologije.” *Crkva u Svijetu* 40 (3): 374–89.

“Viktor Frankl.” n.d. Logoterapija Hrvatska. Pristupljeno 20.08.2020. https://logoterapija.com/viktor-frankl.

Vukasović, Ante. 1993. *Etika, moral, osobnost*. Zagreb: Školska knjiga.

Vuletić, Gorka. Benjak, Tomislav. i Brajković, Lovorka. 2011. *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Hrvatska naklada za znanost.

Vuletić, Suzana, Juranić, Brankica, Mikšić, Štefica i Rakošec, Željko. 2014. “Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanazije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću.” *Diacovensia* 22 (2): 163–200.

Weikart, R. 2005. *Od Darwina do Hitlera*. Beograd: Grafeks.

Williams, R. H. 1969. “Our Role in the Generation, Modification and Termination of Life.” U: *Archives of Internal Medicine*, 230–230.

Wojtyla, Karol. 1998. *Temelji Etike*. Split: Verbum.

Wolff, Jonathan. 2011. *Uvod u političku filozofiju*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu - Hrvatski studiji.

Young, Robert. 2007. *Medically Assisted Death*. Cambridge: Cambridge University Press.

———. 2017. “An Argument in Favor of the Morality of Voluntary Medically Assisted Death.” U: *Euthanasia and Assisted Suicide: Global Views on Choosing to End Life*, urednik M. Cholbi. Santa Barbara: Praeger.

———. 2020. “Voluntary Euthanasia.” Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2020. https://plato.stanford.edu/entries/euthanasia-voluntary/.

Zagorac, Ivana. 2018. *Bioetički senzibilitet*. Zagreb: Pergamena.

Živković, Ilija i Vuletić, Suzana. 2016. *Posljednji trenutci prije vječnosti*. Zagreb: Hanza media.

“Život je more.” n.d. Mojtv. https://mojtv.hr/film/4796/zivot-je-more.aspx.

# 9. KRATKA BIOGRAFIJA

Marija Brdarević, viša medicinska sestra, prof. filozofije i religijske kulture, rođena je 8. rujna 1959. godine u Pakracu. Osnovnu školu je završila u Daruvaru. Srednju školu za medicinske sestre završila je u Bjelovaru. Godine 1982. diplomira na studiju sestrinstva Više medicinske škole Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, a 2001. godine završava studij filozofije i religijske kulture na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu pri Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu te stječe naziv profesor filozofije i religijske kulture. U razdoblju od 1978. do 1990. radi u Kliničkoj bolnici Rebro na Odjelu kirurgije kao tehničarka na stroju srce – pluća (perfuzionistica), koji je neophodan za operacije na otvorenom srcu, te od 1990. do 1994. radi kao glavna medicinska sestra Zavoda za kardijalnu kirurgiju, također u KBC-u u Zagrebu. Od 1994. do 2009. radi u Školi za medicinske sestre *Vinogradska* u Zagrebu kao nastavnik za predmete: Etika, Zdravstvena njega internih bolesnika i Metodika zdravstvenog odgoja te obnaša funkciju voditelja smjene. Od 2005. radi u školi u Vinogradskoj te na Zdravstvenom veleučilištu dodatno na ugovor o radu. Od 2009. godine radi pri Zdravstvenom veleučilištu na provođenju predavanja i seminara za kolegije: Filozofija i etika u zdravstvenoj njezi, Bioetika, Bioetika i ljudska prava i Medicinska etika. Voditelj je kolegija za predmete: Filozofija i etika u zdravstvenoj njezi, Bioetika, Bioetika i ljudska prava, Medicinska etika. Od 2010. članica je *Etičkog povjerenstva*, a od 2013. odlukom Stručnog vijeća ZVU-a predsjednica *Etičkog povjerenstva* ZVU-a. Od 2013. članica stručnih povjerenstava za prosudbu udžbenika i pripadajućih dopunskih nastavnih sredstava za srednju školu pri Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta. Od 2013. član Povjerenstva za izbor u nastavničko i suradničko zvanje na ZVU-u i član Povjerenstva za izradu analize studijskih programa. Objavila je više radova vezanih za etiku i sestrinstvo. Aktivno je sudjelovala na brojim domaćim i međunarodnim stručnim i znanstvenim skupovima. Majka je četvero djece i baka troje unučadi.

## 10. PRILOZI

# *OBAVIJEST ZA ISPITANIKE*

*Poštovani/poštovana, pozivamo Vas da sudjelujete u istraživanju na temu:*

***Stavovi medicinskih sestara o dobrovoljnoj eutanaziji u odnosu na filozofiju Petera Singera***

*Istraživanje se provodi u svrhu izrade doktorske disertacije na Hrvatskim studijima u Zagrebu.*

*Sudjelovanje u ovome istraživanju je u potpunosti anonimno i dobrovoljno. Ukoliko se odlučite sudjelovati u istraživanju, možete u bilo kojem trenutku prekinuti svoje sudjelovanje u njemu. Obvezujemo se da će identitet ispitanika ostati povjerljiv i zaštićen. Svi podaci ispitanika biti će pohranjeni i obrađivani u elektroničkom obliku, a voditelj projekta i njegovi suradnici su dužni u potpunosti poštivati propisane postupke za zaštitu osobnih podataka. Pri znanstvenoj objavi podataka poštivati ćemo načelo anonimnosti i povjerljivosti.*

*Sva pitanja u vezi istraživanja možete postaviti odgovornom istraživaču:*

*Marija Brdarević, mag. educ. phil.*
*email. marija.brdarevic@zvu.hr*
*tel. 0914595712*

*Hvala na suradnji!*

***SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE ISPITANIKA U ISTRAŽIVANJU NA TEMU:***

***Stavovi medicinskih sestara o dobrovoljnoj eutanaziji u odnosu na filozofiju Petera Singera***

*1. Potvrđujem da sam dana _____ u (Zagrebu) pročitao/pročitala Obavijest za ispitanika za gore navedeno znanstveno istraživanje te sam imao/imala priliku postavljati pitanja.*

*2. Razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno i da se iz sudjelovanja u istraživanju mogu povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica za moje zdravstveno stanje ili pravni status.*

*3. Razumijem da rezultatima istraživanja pristup imaju samo odgovorne osobe, to jest voditelj istraživanja i njegovi suradnici te članovi Etičkog povjerenstva ustanove u kojoj se istraživanje obavlja i Etičkog povjerenstva koje je odobrilo ovo znanstveno istraživanje.*

*4. Želim i pristajem sudjelovati u navedenom znanstvenom istraživanju.*

*IME I PREZIME ISPITANIKA: _____*

*VLASTORUČNI POTPIS: _____*

*MJESTO I DATUM: _____*

*Ime i prezime osobe koja je vodila postupak Obavijesti za ispitanika i Suglasnosti za sudjelovanje: Marija Brdarević*

*Ime i prezime voditelja istraživanja: Marija Brdarević*

*Vlastoručni potpis:*

*Mjesto i datum:*

# Upitnik o stavovima medicinskih sestara prema dobrovoljnoj eutanaziji

**Molimo da iskreno odgovorite na sva pitanja.** Prikupljeni podaci koristit će se isključivo u istraživačke svrhe i objavu znanstvenih radova te se neće prosljeđivati trećim osobama.

**Molim Vas da na pitanja odgovarate iskreno. Na pitanja višestrukog izbora odaberite <u>samo jedan</u> odgovor.**

1. Dob (navedite koliko imate godina)_____
2. Spol (zaokružiti): M Ž
3. Ustanova na kojoj radite (navedite ustanovu):
4. Razina studija:
    a. preddiplomski studij sestrinstva (prve tri godine studija, bacc. med. techn.)
    b. diplomski studij sestrinstva (dipl. med. techn. i mag. med. techn.)
5. Godina studija (zaokružiti): 1 2 3 4 5
6. Način studiranja (zaokružiti): REDOVNO IZVANREDNO
7. Koji je Vaš trenutni prosjek ocjena na studiju:
    a. manje od 3.0
    b. između 3.0 i 4.0
    c. između 4.0 i 4.5
    d. iznad 4.5
8. Smatrate li da treba više govoriti i educirati se o bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti i načinu umiranja? DA NE
9. Ukoliko je odgovor da, izaberite način na koji bi se educirali: razgovor s kompetentnom osobom, organizirao predavanje, edukacijski materijali, radionice, tribine ili… _____ .

Tvrdnje koje slijede odnose se na probleme dobrovoljne eutanazije i pitanja etičnosti medicinskih tretmana na kraju života.

Molimo Vas, procijenite u kojoj se mjeri slažete sa svakom od tvrdnji i označite Vaš odgovor. Pritom brojevi znače sljedeće:

1 uopće se ne slažem
2 uglavnom se ne slažem
3 niti se slažem niti se ne slažem
4 uglavnom se slažem
5 u potpunosti se slažem

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Dobrovoljna eutanazija bi trebala biti legalizirana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Dobrovoljna eutanazija je ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Osoba koja je izvršila dobrovoljnu eutanaziju trebala bi kazneno odgovarati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Pri liječenju bilo koje svoje teže bolesti, ne bih želio (željela) da me liječi liječnik za kojeg se zna da je već eutanazirao neke pacijente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Pacijent ima pravo tražiti da ga se eutanazira. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Liječnik ima pravo teško bolesnom pacijentu uskratiti terapiju koja bi mu spasila život te ga na taj način pustiti da umre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Liječnik ima pravo utjecati na pacijentovu odluku o eutanaziji. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Liječnik ima pravo eutanazirati pacijenta iako se on tome protivi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Čovjeka se može eutanazirati i onda kada on nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Ukoliko pacijent nije u mogućnosti izraziti svoj pristanak na eutanaziju, obitelj ima pravo to učiniti umjesto njega**.** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Eutanazija je opravdana ukoliko je netko još dok je bio potpuno zdrav napravio oporuku da ga se eutanazira ako nekad dođe u stanje teške i neizlječive bolesti te ne bude sposoban odlučivati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Teško bolesne osobe ne pridonose ekonomskom prosperitetu društva, a troše resurse i to je osnovni razlog zbog kojeg neka društva zagovaraju legalizaciju eutanazije. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Opravdano je terapijama produžavati život „pod svaku cijenu“, odnosno produžavati smrtnu patnju i bol pacijentu koji nema nikakvih izgleda za ozdravljenje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Bolesnikova želja za eutanazijom je posljedica loše skrbi njemu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Bolesnikova želja za eutanazijom je posljedica njegove usamljenosti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | U Hrvatskoj je potrebno legalizirati dobrovoljnu eutanaziju. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Legaliziranje bilo kojeg oblika eutanazije moglo bi biti zlorabljeno, odnosno moglo bi se dogoditi da do njene primjene dođe i tamo gdje to zakon nije predvidio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Osnovno pravo čovjeka je pravo na život i nijedan zakon ne smije ići protiv tog prava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Čovjekov život je Božji dar i nitko ga nema pravo oduzeti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 20. | Pacijent bi trebao imati pravo tražiti od liječnika da mu pripravi sredstva (injekciju, medikamente) kako bi sam okončao svoj život, odnosno tražiti od liječnika da mu asistira u samoubojstvu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Legaliziranje eutanazije dovelo bi do toga da bi dosta bolesnika tražilo da ih se eutanazira samo iz razloga da više ne budu „na teret obitelji“. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Umjesto eutanazije bilo bi prikladnije organizirati stručne ustanove u kojima bi se umirućim pacijentima koji to žele olakšalo umiranje, odnosno pružala kompletna (medicinska, psihološka i duhovna) pomoć i njega, tzv. palijativna skrb. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Čovjek treba umrijeti u svoje pravo vrijeme, bez kraćenja, ali i bespotrebnog produžavanja života. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Etički je opravdano pacijentu na samrti, a koji trpi jake bolove davati sredstva protiv bolova makar ona i skraćivala život, odnosno ubrzavala proces umiranja, ali bi mu omogućila bezbolnu i laku smrt**.** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Etički je opravdano prekinuti terapiju ukoliko se utvrdi da davanje takve terapije nema koristi za pacijenta na samrti, odnosno ukoliko se utvrdi da se terapijom ništa bitno ne može promijeniti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anketni upitnik sadrži dio pitanja korištenih u istraživanju Instituta *Ivo Pilar*, a koji su prilagođeni medicinskim sestrama.

# Upitnik o postavkama filozofa

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Prijedlozi za legalizaciju eutanazije zasnivaju se na poštivanju autonomije i na cilju izbjegavanja patnje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Dobrovoljna se eutanazija događa samo kada osoba pati od neizlječivog i bolnog ili izuzetno mučnog stanja. Dobrovoljna eutanazija je ubojstvo pacijenta na njegov zahtjev. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Pustiti pacijente da odluče je li njihova situacija podnošljiva bilo bi u skladu s poštivanjem slobode pojedinca. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Samosvjesna bića žele živjeti, ali ako im život postane zastrašujući javlja se želja za smrću. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Samosvjesno biće je svjesno sebe kao zasebnog entiteta s prošlošću i budućnošću.<br>Pacijent ima pravo tražiti da ga se eutanazira. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | **1. Prigovor:** Dobrovoljna eutanazija ima loše učinke na druge ljude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | **1. Odgovor:** Ukoliko ne želimo biti ubijeni, jednostavno nećemo pristati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Argument iz straha ide u prilog dobrovoljnoj eutanaziji, jer ako ona nije dopuštena, mogli bismo se bojati da će naše umiranje biti nepotrebno produženo i mučno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | **2. Prigovor:** Ubijanje osobe koja preferira nastaviti živjeti je pogrešno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | **2. Odgovor:** Želju za nastavkom života mora se računati kao razlog protiv ubijanja, jednako tako želju za smrću mora se računati kao razlog za ubijanje. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | **3. Prigovor:** Pravo na život ima samo osoba koja je sama sebe svjesna. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | **3. Odgovor:** Samosvjesna osoba može se odreći prava na život. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | **4. Prigovor:** Prema načelu autonomije potrebno je poštivati racionalnu osobu ako želi živjeti, ali onda isto i ako želi umrijeti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | **4. Odgovor:** Život u patnji nije vrijedan življenja. Ukoliko možemo postaviti kriterije za odlučivanje koga će se pustiti da umre, a koga će se liječiti, zašto bi onda bilo pogrešno postaviti kriterije za odlučivanje koga bi trebalo ubiti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## *UPITNIK ZA ANKETIRANJE MEDICINSKIH SESTARA NA TEMU „EUTANAZIJA I SITUACIJA UMIRANJA“*

<table>
<tr><td>Pitanje:</td><td colspan="3">Odgovor:<br>(zaokruži željeni odgovor)</td></tr>
<tr><td>1. Postoji li razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika?</td><td>da</td><td>ne</td><td>ne znam</td></tr>
<tr><td>2. Postoji li razlika u prihvaćanju smrti između vjernika i ne-vjernika (bez obzira na konfesije)?</td><td>da</td><td>ne</td><td>ne znam</td></tr>
<tr><td rowspan="3">3. Što prakticirate u situacijama umiranja pacijenta?</td><td rowspan="2">verbalizira, daje nadu nastoji smanjiti bol</td><td rowspan="2">izražava suosjećanje, ispunjava sitne želje</td><td>pažljivo služe pacijenta</td></tr>
<tr><td>ništa posebno</td></tr>
<tr><td colspan="3">ostalo</td></tr>
<tr><td rowspan="2">4. Osjećate li se bespomoćni u času umiranja pacijenta ili imate nade i u skladu s time nešto poduzimate?</td><td>imam nade</td><td>bespomoćna sam</td><td>nešto poduzimam</td></tr>
<tr><td>bez odgovora</td><td colspan="2">ostalo</td></tr>
<tr><td rowspan="3">5. Razgovarate li o dijagnozi s pacijentom ili ga samo nastojite tješiti?</td><td rowspan="2">nastojim tješiti</td><td rowspan="2">ne razgovaram o dijagnozi</td><td>ovisi o dijagnozi</td></tr>
<tr><td>bez odgovora</td></tr>
<tr><td colspan="2">i jedno i drugo</td><td>ostalo</td></tr>
<tr><td rowspan="2">6. Gdje je granica, prema Vašem mišljenju u izvršavanju intervencija?</td><td>do sigurne smrti</td><td>ne znam</td><td>dok ima nade</td></tr>
<tr><td>bez odgovora</td><td colspan="2">ostalo</td></tr>
<tr><td>7.Je li nužno primarno liječiti fizičke ili psihičke patnje umirućega?</td><td>fizičke</td><td>psihičke</td><td>i jedne i druge</td></tr>
<tr><td>8. Suosjećate li s umirućima?</td><td>da</td><td>ne</td><td>ne znam</td></tr>
</table>

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. Bez obzira što činite u trenu umiranja pacijenta, biste li najradije voljeli pobjeći? | da | ne | ne znam |
| 10. Nastojite li do zadnjeg trena komunicirati s pacijentom? | da | ne | ne znam |
| 11. Je li umiranje izaziva kod vas stanje konflikta s obzirom na ono što ste eventualno još mogli učiniti za pacijenta? | da | ne | ne znam |
| 12. Podržavate li uvijek nadu pacijenta u dobar ishod njegove bolesti? | da | ne | ne znam |
| 13. Jesu li za utjehu potrebne riječi (verbalizacija) ili je dovoljna samo prisutnost druge osobe? | verbalizacija | oboje | prisutnost |
| | bez odgovora | ostalo | |
| 14. Možete li procijeniti kad na stupa smrt i kad medicinski zahvati postaju besmisleni? | da | ne | ne znam |
| 15. Je li s umirućima moguća komunikacija? | da | ne | ne znam |
| 16. Doživljavate li stvarne emocije straha pokraj umirućega? | da | ne | ne znam |
| 17. Je li u stanovitoj mjeri mijenjati stav s obzirom na to da je umirući poznata ili sasvim nepoznata osoba? | da | ne | ne znam |
| 18. Smatrate li da postoji adaptacija na situacije umiranja nakon određenog vremena rada u intenzivnoj njezi? | da | ne | ne znam |
| 19. Na koji način se oslobađate od proživljenog šoka smrti? | zaboravom | racionalizacijom | pojačanim radom |
| | nikako (tuga…) | bez odgovora | ostalo |
| 20. Je li, po Vašem mišljenju, pokazivanje sućuti dovoljno za suzbijanje straha (panike) pacijenta? | da | ne | ne znam |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Postoji li razlika u doživljavanju umiranja mlađih (do 40 god.) i starijih osoba? | da | ne | nisam sigurna/siguran |
| 22. Kolika je učestalost umiranja kojima nazočite (mjesečno)? | 3 – 5 | 4 – 5 | 5 – 6 |
| | ostalo | | |
| 23. Koliko dugo radite u bolnici ili u jedinici intenzivne njege? | ukupno godina | prosječno godina | |
| 24. Biste li tražili da Vas se eutanazira kad bi se našli u potpuno bespomoćnom stanju? | da | ne | ne znam |
| 25. Zamislite da se netko od Vaše najuže obitelji nađe u potpuno bespomoćnom stanju, biste li tražili da ga se eutanazira? | da | ne | ne znam |
| 26. Smatrate li da samoubojstvo može biti opravdano? | da | da, u određenim slučajevima | ne |
| 27. S biološkog aspekta, može li čovjek biti sveden na živućeg ne-čovjeka? | da | ne | ne znam |
| 28. Smatrate li da razlozi zbog kojih neki ljudi čine samoubojstva leže više u njihovoj osobnosti i odnosima u obitelji, ili su više uzrokovani ekonomskom i socijalnom situacijom u društvu i radom društvenih institucija (škola, sudovi, policija)? | njihovoj osobnosti i odnosima u obitelji | ekonomskom i socijalnom situacijom u društvu i radom društvenih institucija | podjednako i u jednom i udrugom |

Upitnik je dijelom korišten anketiranjem medicinskih sestara u istraživanju u Hrvatskoj 1988. Dragutin Novaković, Eutanazija i situacija umiranja, Revija za sociologiju, Vol. 21, No 2, 1990., Medicinski fakultet, Zagreb, https://hrcak.srce.hr/155265 (pristupljeno: 23. 3. 2019.).

Zahvaljujem na trudu i suradnji!