

EUTANAZIJA I SITUACIJE UMIRANJA

DRAGUTIN NOVAKOVIĆ
Medicinski fakultet, Zagreb

UDK:614. 2: 612. 6
Izvorni znanstveni rad
Priljeno: 1.10. 1990

Istraživanje o eutanaziji i situacijama umiranja provedeno je 1989. godine na uzorku od 2281 srednja i viša medicinska sestra i liječnici. Ispitanici su praćeni prema obilježjima spola, socijalnog porijekla, obrazovanja i radnog mjesta, intenzivna odnosno neintenzivna jedinica, vjerskog uvjerenja. Svo medicinsko osoblje odbacuje eutanaziju kao ubojstvo, pa i kad bi eutanazija bila dozvoljena oni ne bi htjeli u tome učestvovati i o tome donositi odluke.

Istovremeno u 1988. i 1989. godini provedeno je istraživanje o situacijama umiranja u bolnicima, u jedinicama intenzivne i neintenzivne skrbi u svim hrvatskim gradovima koji imalu hospitalnu djelatnost. Došli smo do vrlo interesantnih rezultata i zaključaka. Pojavio se problem umiranja, praćenja umirućih pacijenata, ublažavanje teških bolova. Kako umiru naši sugrađani? Kako umiranje djeluje na medicinsko osoblje? Utvrđene su značajne razlike u umiranju mladih i starijih osoba, više ili manje poznatih osoba, bogatih i siromašnih.

Što se desilo s umiranjem i smrću u posljednjih pedeset godina? Tko su novi thanatokrati? Umrijeti je uvijek bili teško. bez obzira na kulturu i civilizaciju, na vrijeme i prostor. U času umiranja svi smo panično uplašeni, bez obzira u kojoj mjeri to pokazujemo. Unazad tridesetak godina pojavila se nova znanost, thanatologija, koja pokušava istražiti smrt i umiranje. Može li se smrt pripitomiti, učiniti prihvatljivom? Da li smo usvojili predodžbe da je život konačan ili se rada nova metafizika života?

Uvod

Tek u novije vrijeme sociološka teorija nastoji pratiti ono što se zbiva na planu medicinske djelatnosti. Sistematsko praćenje medicine i zdravstva započinje s djelima T. Parsonsa i R. Mertona, a do njih ta su područja objašnjavana u okviru drugih znanosti. Mislimo naime na razmatranja E. Durkheima i S. Freuda ili pojavu kulturologije i antropothanotologije. Sociološka teorija još uvijek se ne inspirira ni medicinskom djelatnošću, ni posljednicama te djelatnosti u mjeri u kojoj to ona zaslužuje. Ne postoji sistematsko sociološko praćenje, teoretiziranje i simboliziranje posljedica koje donosi medicinska djelatnost. Ta djelatnost donijela je nove izvore i oblike društvenosti, nove oblike nadživljavanja, nova rješenja za mnoge stare probleme. Sve je to ostalo izvan sociološke teorije, a posebno novi oblici solidarnosti, nove osnove socijalnosti, i ljubavi među ljudima. Pred sociologijom tek stoji zadatak da pokuša popuniti te praznine. U ovome radu to smo nastojali učiniti anketnim istraživanjem. Svjesni smo svih mana i prednosti koje ta metode posjeduje, ali nam se ona činila za naš problem najprikladnijom. Sociologija, nažalost, još uvijek ne raspolaže boljom i efikasnijom metodom za ispitivanje mišljenja i stavova i anketa je gotovo jedina metoda za prikupljanje znanstvenorelevantnih činjenica, mišljenja, stavova, bilo objektivnih, bilo subjektivnih. Budući

da svaka anketa vrijedi onoliko koliko vrijede pitanja u njoj postavljena, trudili smo se da ne budemo sugestivni, ako je to uopće moguće.

Da bismo u što većoj mjeri izbjegli nedostatke metode ankete obrazovali smo anketare, medicinske sestre, studentice Više medicinske škole, koje su anketu provele na radnim mjestima, bolnicama. Svima im se ovdje najljepše zahvaljujemo. Trudili smo se da pitanja budu jasno formulirana, iako ima i namjerno dvosmisleno formuliranih pitanja, kao i onih koja su ista samo su drukčije izražena. Najvažnije nam je bilo da imamo što veći uzorak, jer veliki uzorak anulira slučajnosti u odgovorima. Zato je veličina uzorka u 1988. godina 50% zaposlenih sestara u jedinicama intenzivne skrbi, gdje je umiranje česta pojava.

Pregled povijesnog razvoja i shvaćanja eutanazije

Ovaj pojam u grčkoj klasičnoj literaturi uopće ne nalazimo, nešto malo susrećemo taj pojam kod Platona i Aristotela, a u helenizmu vrlo malo. Tu pojam eutanazija, predstavlja znak ljudskog držanja pred smrću, svjesnog držanja naspram smrti, pospješivanja smrti, kao npr. *felici vel honeste morte mori*, umrijeti sretnom i časnom smrću. Kao pojam javlja se u dva temeljna značenja: 1. lijepa, laka, sretna smrt. Takvom je nazvana smrt cara Augusta kod Svetonija, Octav, 99. U grčko-rimskoj kulturi više se ističe drugo značenje: plemenita, hrabra smrt, npr. kod Cicerona: *bene igitur tu qui euthanasian, bene! relinque patriam*. Dobro izlažeš ti, tj. izabireš plemenitu smrt. Cic. Ad Atticum, 16,7,3. Glagol *euthanateo* nalazimo kod Polibija, 5,38,9, Josipa Flavija, 9,4,5. Pridjev *euthanatos*, lako, sretno umire, kod Menandra, 23. Imamo i prilog *euthanatos* kod Kratina, 413. Eutanazija, to je u staroj Grčkoj jedan teoretski pojam koji nema nikakvo praktično značenje. Pojam eutanazija dobiva praktično značenje tek u starom Rimu i predstavlja stav zdravog čovjeka prema smrti. Taj stav znači hrabro držanje pred smrću ili zadavanje smrti sebi samom bez pomoći drugih ljudi. Danas čovjek treba pomoć da bi se pred smrću mogao održati s malo dostojanstva, treba pratnju medicinskog osoblja u vrijeme umiranja. Jadno, ali tako je za većinu ljudi. Razlog tome je manipuliranje smrću, manipuliranje vremenom ujezinog dolaska, pokušajem da se ona pobijedi ili barem odloži za kratko vrijeme.

Pojam također nalazimo kod Plinija Mlađeg, Augustina, Martina Luthera, Thomasa Moora, Montesquieua, de Montaignea i mnogih drugih. Njihova shvaćanja eutanazije nisu imala velike posljedice na razvoj i shvaćanje eutanazije. Martin Luther tvrdi da se postojanje idiota protivi prirodi i da ga Bog nije želio, time indirektno odobrava eutanaziju. Thomas Moore u svom djelu »Utopija« 1516. godine predlaže da se u idelanoj državi neizlječivom bolesniku savjetuje da požuri iz ovoga svijeta i života kao iz tamnice ili da druge ovlasti da ga oslobode. Francuski filozof Michel de Montaigne često raspravlja u svojim »Essais« o problemu eutanazije. Ovim djelom je inspiriran poznati Hamletov monolog »biti ili ne biti«. Shakespeareovo stajalište o pitanju eutanazije tumači Lady Machbeth: »Za stvar bezizlazu što tražiti lijek? Kraj nek je dokrajčenome«. Montesquieu se 1721. godine javno zalaže u djelu »Lettres persanes« za pravo na samoubojstvo ljudi koji su svladani bolovima. Međutim, bitni prekretni u shvaćanju pojma eutanazije donijet će djelo F. Bacona *Instauratio magna*, 1623. Evo tog teksta: »Osim toga, kazat ću, inzistirajući na ovom predmetu, da dužnost liječnika nije smao da ponovno uspostavi zdravlje nego i da ublaži bolove i patnje kod bolesnika; i to ne samo kao da to ublažavanje bola,

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 svojoj dužnosti, pa prema tome ni prema ljudskosti, 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 istraživanjem vanjske eutanazije – razlikujući je od one druge eutanazije koja ima za predmet pripremu duše – i razvrstavamo je, ubrajamo među naše preporuke.«¹⁾ Ovaj tekst ima veliku historijsku važnost, jer su s njime započela mnog zla u medicini i farmaciji, imajući u njemu inspiraciju. Francis Bacon vjerojatno nije bio svjestan mogućih posljedica ovakvog opredjeljenja. Naime u svom radu on se ponajprije interesirao za razvoj znanosti. Znanost u njegovom djelu po prvi puta dobiva namjenu, zadatak, ulogu, dok je prije, u Aristotelovoj formulaciji, znanost bila svrhom sebi samoj. Bacon se zalaže da znanost hrabro uđe u naš život i da ga izmijeni. On kod liječnika svoja vremena konstatira potpunu odsustnost želje i napora da se ondašnja medicina bavi bolom, te on poziva liječnike da istraže područje bola. Predviđao je razvoj medicine koja će biti sposobna da izmijeni posljednje momente života, pod uvjetom da ne bude odvojena od duhovnog praćenja bolesnika, da pripremi dušu za odlazak na onaj svijet. F. Bacon smatra da bi se time ostvario stari san čovječanstva: oteti se strahotama posljednjih časova života i ugasi se na vrijeme na način blag i miran. To je vrsta smrti koju on naziva »eutanazija«.

Eutanazija – izvori i povijest

Stara i primitivna društva poznaju mnoge radnje koje su slične eutanaziji. Stari Grci provodili su eugeniku, izlažući nekaku novorođenčad na gori Tajgetu. Slične postupke nalazimo kod mnogih primitivnih naroda. Platon se zalaže za to da se država brine za tjelesno i duševno zdrave građane, a bolesni ne mogu biti na teret drugima. Tko nije zdrav treba ga prepustiti smrti. Međutim, tekst Hpokratove zakletve odbacije eutanaziju ali i abortus. Stari Rimljani otvoreno su zagovarali aktivnu eutanaziju. Na primjer Cicero u djelu *Tusculanae disputationes*. Plinije Mlađi u svojim pismima opisuje samoubojstvo koje je izvršio pjesnik Silius Italicus zbog neizlječive rane.

Tokom povijesti bilo je svakakvih prijedloga i poduhvata na planu eutanazije. Svi spadaju u kategoriju najobičnijih ubojstava iako su se provodili pod eufemizmom »društvena blagost«. Počet ćemo od 18. stoljeća, od vremena kad još nema selektivnih lijekova, kad vlada netehnološka medicina i kad farmacija nije poznata.

Umirući Mirabeau molio je svoje liječnike, Cabanisa i Petita da mu skrate muke. Oni su mu dali otrov na njegovo ponovno traženje. Tek za vrijeme Revulicije u Francuskoj je dekretom iz 1790. g. ukinuto kažnjavanje samoubojica; imovina im se više nije plijenila, a mogli su biti pokopani kao i ostali umrli. U registru umrlih ne spominje se ovaj način smrti. Za vrijeme vojne u Siriji, nakon neuspjele navale na tvrđavu Akka, Napoleon se morao u maju 1799. odlučiti na povlačenje prema Egiptu. Na to povlačenje nije mogao povesti sa sobom mnogobrojne vojnike koji su болоvali od kuge. Odredio je

1. Francis Bacon: *Instauratio magna*, I part, liv. IV. chp. II, trad. Oeuvres philosophiques par M. Bouillet, Hachette, Paris, 1834.

stoga da ove bolesnike otruju opijumom. Nikolas René Desegettes odbio je izvršiti naređenje. Francuski vojni kirurg Roganneau preporučuje 1817. g. eutanaziju kod onih koji su u agoniji. Godine 1873. predlaže u Engleskoj Lionel Tolemach da se općenito dopusti eutanazija, ali da se izvrši pred uglednim svjedocima. »Dobrovoljno društvo za legalizaciju eutanazije« predlaže da se provede legalizacija eutanazije.

Treba zakonski dati pravo bolesnicima koje je zahvatila neizlječiva bolest da se smiju osloboditi muka pomoću smrti. U tom smislu ovo društvo podnijelo je 1. XII. 1936. g. prijedlog da se oznakoni eutanazija. U Gornjem domu taj je prijedlog odbijen s 35 »protiv« i 14 glasova »ZA«.

Prof. dr. Juraj Korbler proveo je anketu među oboljelima od raka i ustanovio da izuzetno mali broj bolesnika zaista želi smrt eutanazijom. On je siguran da su pristaše eutanazije zdravi ljudi a ne bolesnici. Hitlerov eutanazijski program nije nikada došao u javnost, uvijek je ostao tajnom odlukom. U našem krivičnom zakoniku eutanazija je krivično djelo. Studije iz antropologije kad govore o eutanaziji govore samo o posebnim načinima ubijanja, a ne o eutanaziji kao o nečem posebnom.

Pojmovna razgraničenja eutanazije²

Aktivna eutanazija – znači izravno skraćivanje života aktivnom pomoći u umiranju. Gotovo bez izetka u svim zemljama zabranjena.

Pasivna eutanazija znači pomoć umirućem puštanjem da umre, izbjegavanjem posebnih mjera kojima se produžava život. Kako se propuštanje dužnosti, nečinjenje, u pravu izjednačenje s činjenjem, tzv. pasivna eutanazija koa izazivanje smrti propustom pružanja dužne pomoći predstavlja također zabranjeno usmrćavanje. Umjesto pojmova aktivna-pasivna, spominju se pojmovi pozitivna i negativna eutanazija.

Pasivna ili negativna eutanazija danas se naročito javlja u slučajevima propuštanja primjene suviše, aktivne terapije ili sredstava kojima se umjesto održava život umirućeg bolesnika.

Dobrovoljna eutanazija je slučaj pomaganja u umiranju na zahtjev ili molbu bolesnika, za razliku od nedobrovoljne kod koje tog zahtjeva nema jer je bolesnik bez svijesti i sl.

Oporučna eutanazija slučaj je kad imamo izjavu bolesnika kojom se unaprijed odriče primjene posebne njege i zahvata na njemu ako dospije u situaciju koja je puna patnje i bez izgleda na ozdravljenje. Dakle, pacijent bira smrt unaprijed.

Prinudna eutanazija i nije eutanazija u pravom smislu riječi. Usmrćenje ili ubravanje umiranja primjenjuje se protiv volje bolesnika. Ovo je po svim zakonima zabranjeno i kažnjivo kao ubojstvo.

Pravo na smrt znači pravo čovjeka da odluči o vlastitoj smrti, da bira smrt. To je novo pravo ili pod istim nazivom i **pokret** za njegovo uvođenje. Ono uključuje pravo da se odbije svaki zahvat liječnika, zatim obaviještenost o stanju svoga zdravlja i izgledima za održavanje života. To je još uvijek nedovoljno određeno i vrlo sporno. Sličan je i pojam prava na dostojanstvenu smrt, s tom razlikom što taj pojam još uvijek nije dovoljno jasno definiran. Pod pojmom dostojanstvena smrt E. Kübler-Ross podrazumijeva nešto sasvim drugo, ponajprije činjnicu svjesnog prihvaćanja smrti.³

2. Zvonimir Šeparović: Granice rizika, etičko-pravni pristup medicini, Zagreb, 1985. p. 92.

3. Elisabeth Kübler Ross: Razgovori s umirućima, Zagreb, 1976. p. 197.

Moždana smrt znači stanje koje nastaje nakon prestanka funkcije središnjeg živčanog sistema. Kad imamo utvrđenu moždanu smrt, unatoč umjetno podržavanim otkucajima srca ili disanja, obustavljanjem rada umjetnih sredstava, a time i prestalih umjetno održavanih funkcija ne znači usmrćenje, jer se smatra da moždana smrt znači smrt čovjeka, osobe. Dakle, ne radi se o eutanaziji, već o tehničkom postupku u odnosu na osobu koja je već mrtva.

Teratotanazija ili eugeničko ubojstvo malformiranog ploda i sama eutanazija ne razlikuju se bitno jer se u oba slučaja prekida život. Za sada teratotanazija nije nigdje ozakonjena ali se ipak na stotine malformirane djece uništava uz tzv. medicinsku indikaciju, odnosno abortus. Mnogobrojne nove spoznaje o tim nemilim eksperimentima navode na zaključak da temeljno ljudsko pravo, pravo na život, rađa novo pravo – a to je pravo na smrt. Liječnici, pravnici i svi drugi sukobit će se ovdje s činjenicom da uvijek treba održati život uz pomoć novih spoznaja o antenatalnoj dijagnostici i terapiji. Problem uništenja samo nakaznih plodova, odnosno prekida trudnoće u tim slučajevima, dovodi do ispreplitanja pravnih i humanih zakonitosti, jer pravo na smrt nakaznog ploda još više naglašava pitanje kada život počinje. Teratotanazija je vrlo stari problem stare Grčke, Rima, starih Slavena i drugih kultura i civilizacija. Pri kraju 19. stoljeća taj se problem javlja kao problem socijalnog darvinizma, odnosno **rasne higijene**. Rasna higijena zabranjivala je brakove ili dopuštala prekid trudnoće nastale u »nepovoljnim« rasnim kombinacijama. Tako je pravo na smrt još nerođenog djeteta bilo zloupotrebavano u interesu države i društva. Na taj način stvarala se slika »nevrijednih« života a sve to je imalo svoju najstravičniju sliku u neljudskim eksperimentima izvođenim u nacističkim logorima. Eksperimenti na ljudima dr. Mengelea ili pak znamenita »Akcija 4« nacističke Njemačke eutanazirala je više desetaka tisuća djece a sve s »plemenitim« ciljem stvaranja nove, čiste rase.

Liječnik i eutanazija danas

Liječnik se u svakidašnjem poslu vrlo mnogo susreće s eutanazijskim situacijama. Naime, on se mora zaustaviti pred pitanjem nije li možda eutanazija već i davanje jačih sredstava protiv bolova, ako znamo da ta sredstva slabe bolesnikov organizam, smanjuju otpornost i time posredno skraćuju život. Da li je eutanazija ako neizlječivog bolesnika prikratimo za bilo koje sredstvo koje bi mu možda produžilo život, makar za kratko vrijeme ali po cijenu većih bolova? Zar nije eutanazija zapostavljanje određene kategorije bolesnika, na primjer bolesnika s metastatičnim karcinomom, duševno oboljelih, tjelesnih invalida... Možda je bolje govoriti o bezuvjetnom poštovanju života umjesto o bezuvjetnom održavanju života? U takvim situacijama liječnicima prijeti dvostruka opasnost greške: da postanu suučesnici smrti ili da u borbi sa smrću zaborave bolesnika. Može li želja za pobjedom nad smrću zasjeniti pravu korisnost za pacijenta – mirno i bezbolno umiranje.

U Saveznoj Republici Njemačkoj sve se češće raspravlja o »pravu na humano umiranje«, tj. o uvođenju zakona koji bi bolesnicima na smrt dao mogućnost da odlučuju o prestanku vlastitog života. U postojećim prilikama takvi bolesnici najčešće su prepušteni terapiji čiji je cilj produživanje života pod svaku cijenu, iako se taj život zapravo svodi na vegetiranje i dugotrajnu agoniju. Njemačko društvo za humano umiranje (DGHS) osnovano 1980. g. broji 11.300 članova. Od svog nastanka društvo se u skladu s liberalnim načelima zalaže za veću pravnu sigurnost onih koji bi pomagali u ostvarenju prava na smrt. Društvo sada po prvi put na njemačkom jeziku objavljuje inozemne zakonske

uredbe o pružanju pomoći pri ostvarivanju prava na smrt. Štampana su četiri od 23 zakona koji već postoje u SAD, jedan takav zakon u Australiji i direktiva finske medicinske uprave. Cilj štampane brošure je da na konkretnom materijalu dokaže pravo na smrt i da se to pravo zakonski regulira. Prvi zakon o pravu na prirodnu smrt donijet je u SAD-u 1976. godine. Osnovni elementi zakonskih uređaba daju mogućnost pacijentu da u pisanom obliku odluči o prekidu terapije, jer je uvjeren da ona predstavlja samo umjetno produžavanje života, vegetiranje i da je kao takva izgubila svoj smisao. 2. ukidanje krivične odgovornosti liječnika i ostalog medicinskog osoblja koje provodi pacijentovu želju i odluku. 3. obavezivanje liječnika da poštuju i provode pacijentovu odluku.

Direktivna finske medicinske uprave, izdata 1982. godine, dosad je jedini evropski pokušaj pravnog reguliranja pasivne pomoći u ostvarivanju prava na smrt. Ta direktiva daleko zaostaje za američkim zakonima jer ne definira prava koja ima pacijent nego samo daje smjernice za liječnike i medicinsko osoblje.⁴

Na planu eutanazije stvari se počinju mijenjati primjenom nove tehnologije u proizvodnji selektivnih lijekova i sintetičkih narkotika. Pojavljuju se nove ideje koje nagovaraju, stimuliraju na samoubojstvo pod okriljem teze o »kvaliteti života«. Pojmom »kvalitet života« stimulira se na samoubojstvo i to kolektivno verificirano. No moramo se zapitati koju vrijednost pridajemo životu na kolektivnom planu; nismo li, naime, postali neoprezni, brzopleti, i čak okrutni pod maskom »društvene blagosti«. Nakon dugo vremena čin umiranja dovodi kompletno društvo do indiferentnosti, do zahtjeva da se to što prije dovrši, da se to sakrije od javnosti i rodbine, da se smrt sakrije i zatvori u bolnicu, kao novu kuću umiranja. Društvo na kolektivnom planu želi da oni koji umiru jednostavno utonu u smrt bez ikakvog doživljavanja! Ideja o »utonu u smrt bez doživljavanja« rođena je u XIX. stoljeću. U tom stoljeću dolazi do radikalne promjene značenja pojma »eutanazija« u smislu proširenja pomoći umirućem, tj. stvaranja, razvoja bezbolnog i uopće olakšavajućeg umiranja uz pomoć liječnika i ostalog medicinskog osoblja. A to ide još i dalje i kulminira poslije 1939. godine Hitlerovim programom za »uništenje životnebezvrijednog života«. Taj program vodio je uništenju teško bolesnih, a posebno duševnih bolesnika.

Postoje četiri potpuno različita pristupa problemu eutanazije: 1. medicinski ili liječnički, 2. pravni, 3. etički ili moralni, 4. opće društveni pristup.

1. **Medicinski pristup** – u užem smislu tiče se samo uklanjanja bolnosti – patnje, očito smrtne. To je liječnički, zdravstveni postupak i služi uklanjanju boli koja se može ukloniti, boli i patnje protiv koje nema pravnog, etičkog, teološkog ili moralnog argumenta i u tom smislu postupak uklanjanja boli i patnje nema nikakve veze s eutanazijom, iako iza toga postupka neposredno može nastupiti smrt pacijenta. Liječnici su zaduženi da održavaju i spašavaju život a ne da ga uništavaju. Oni moraju ukloniti boli i patnje, ne opterećujući se pritom kojim će to posljedicama uroditi. Bolest ide svojim tokom, a postupci liječnika pokušavaju učiniti ono što se može, kako manifestacija bolesti ne bi bila bolna. U tim časovima, *in extremis*, moguća je, uglavnom, simptomatska terapija, dakle, ublažavanje simptoma bolesti ali ne i uzroka. Na nivou medicinskih postupaka ne može se jasno razlučiti krajnja posljedica medicinskih zahvata, tj. da li je to »eutanazija« ili ublažavanje bolova. Motiv liječnika sigurno je human i liječnik se ne treba opterećivati posljedicama svoga postupka, posebno ne kako će on biti interpretiran u mišljenju laika. U biti, ovdje se ne govori o pravoj eutanaziji, već o posrednoj eutanaziji za koju bi liječnici mogli biti optuženi generalno, a ne posebno.

4. Zvonimir Šeparović, *Granice rizika*, p. 85.

Za rimokatolike smjernice je dao papa Pio XII i kasnije Ivan Pavao II. Smjernice se više odnose na liječnike nego na pacijente. (5). U njima se razlikuju redovna i izvanredna sredstva liječenja. Redovna sredstva, prvenstveno njega, moraju se uvijek davati i to su sredstva koja ne stvaraju nikakve probleme ni pacijentu, ni obitelji, ni društvu. Odluku o upotrebi izvanrednih sredstava donosi liječnik. Ta sredstva mogu se i ne moraju upotrijebiti ovisi o odluci liječnika, a ta je odluka arbitražna. Naime, ako liječnik prosudi da je smrt blizu ne mora upotrijebiti izvanredna sredstva liječenja, posebno ne ona koja bi na kratko vrijeme produljila život pacijenta uz agoniju i patnju. Dakle riječ je o vrlo blagom stavu prema eutanaziji, razumije se pasivnoj eutanaziji, odnosno neproduljenju života pod svaku cijenu. Takav stav smatramo ispravnim, ako je moguće uvijek i točno prosuditi pravo stanje pacijenta, no sigurnosti u medicini nema, osobito ako je pitanju mladi život.

Pravni pristup nastoji regulirati pravnu problematiku koja se pri tome javlja, odnosno stvari promatrati sa stanovišta prava čovjeka na smrt; ima li fetus pravo na zaštitu; koje su medicinske radnje kriminalne... Pravo se prestalo baviti eutanazijom kao državnim problemom, već se ovim pravom bavi samo kao privatnim pravom, npr. eutanazijom na zahtjev. Suvremena medicina može manipulirati i životom i smrću. Da bi se to spriječilo pravo nastoji u tu problematiku unijeti reda, ozakoniti one situacije koje su u medicini jasne i nedvosmislene. Međutim u medicini je više situacija ambivalentnih nego jednoznačnih, jasnih.

Bol, bolest, patnja, umiranje i smrt uvijek su imali i **moralno značenje** za čovjeka i društvo. Bronislaw Malinowski ističke da moralne i religiozne predodžbe čine osnovu za objašnjenje bolesti u svim kulturama (6). Bol, bolest i patnja i danas se shvaćaju kao opomena, kao kazna za nezdravstveno ponašanje. Mogu li se medicinska tehnološka moć i zahvati moralno pravdati? Ono što je u medicini izvodivo ne mora biti nužno i moralno dopustivo.

Javno mnijenje postaje sve prisutnije u medicinskoj djelatnosti i komunicira s medicinskim zahvatima i medicinskim ustanovama. Međutim, javnost može biti kondicionirana, opredjeljivati se »za« ili »protiv« nekog zahvata ili postupka, a da ne raspolaže pravim argumentima za svoje odluke. **Općedruštveni pristup** eutanaziji i umiranju može se pratiti preko novinskih »Zahvala« rodbine pokojnika, no o tome ćemo posebno govoriti.

Empirijska istraživanja o eutanaziji i situacijama umiranja u našim uvjetima

1988., 1989. i 1990. godine na ovu je temu provedeno sistematsko istraživanje u Republici Hrvatskoj u hospitalnoj djelatnosti. Anketiranjem bili su obuhvaćeni svi gradovi koji imaju hospitalnu djelatnost, odnosno stavovi medicinskih sestara srednje i stručne spreme, viših medicinskih sestara i liječnika. Rezultati istraživanja iz 1990. godine i njihova interpretacija dati su u ovom broju u drugom tekstu istog autora, a rezultati istraživanja iz 1988. i 1989. godine iznose se ovdje i interpretiraju onim redoslijedom kojim su bili prezentirani i u upitniku. Upitnik je u tri godišta bio sličan ali ne i isti. Samo su neka pitanja, radi provjere, postavljena u istom obliku. Anketiranjem je 1988. godine bilo obuhvaćeno 50% sestara iz »jedinica intenzivne njege«, jer se pošlo od pretpostavke da ćešće prisustvuju smrti i umiranju.

5. Valentin Pozaić: Život dostojan života, eutanazija u prosudbi medicinske etike. Zagreb, 1985. p. 112.

6. Bronislaw Malinowski: Magie, Wissenschaft und Religion, und andere Schriften. Poglavlje: Tod und Reintegration der Gruppe. S. Fischer Verlag, Frankfurt a/M, 1973. pp. 32—38.

Anketirano je ukupno 665 medicinskih sestara i to:

Klinički bolnički centar, Zagreb	228	34,3%
Ostale bolnice u Zagrebu	208	31,3%
Bolnice u Hrvatskoj (Bjelovar, Čakovec, Karlovac, Ogulin, Split, Varaždin)	229	34,4%

1989. godine osim medicinskih sestara bili su, radi mogućnosti uspoređivanja anketirani i liječnici, pa je to rezultiralo i drugačijom konstrukcijom uzorka. Evo osnovnih podataka o uzorku iz 1989. godine.

Broj zaposlenih zdravstvenih radnika u bolničkoj djelatnosti u Republici Hrvatskoj u 1989. godini

	Opće bolnice	Specijalne bolnice	Stacionari i rodilišta
Liječnici	3421	760	57
Više sestre	2583		
Sred. sestre	12156	4054	335

Veličina uzorka zdravstvenih radnika u 1989. godine

Liječnici	N 706	Uzorak	17,39%
Više sestre i			
Srednje sestre	N 1575	Uzorak	8,23%
Prosječan uzorak sestara i liječnika	N 2281		9,83%

1. Anketirani su zdravstveni radnici u jedinicama intenzivnih njega, skrbi (IJ) i u neintenzivnim jedinicama (NJ) IJ 868 ili 38,05%, NJ 1413 ili 61,95%

2. Anketirani su zdravstveni radnici muškarci i žene. Ukupno je bilo: Ž 1668 ili 73,12%, M 613 ili 26,88%

3. Anketirani su liječnici (L), više sestre (VS) i srednje sestre (SS).

Utvrđeno je:

L 706 ili 30,95%

VS 298 ili 13,06%

SS 1277 ili 55,98%

Odnosno u IJ: L 242 VS 121 SS 505

NJ: L 464 VS 177 SS 772

U postocima od ukupnog broja to iznosi:

IJ: L 10,60% VS 5,30% SS 22,13

NJ: L 20,34% VS 7,75% SS 33,84%

4. Osnovnu školu završili su u sljedećim tipovima naselja:

Selo (S) Mješovito naselje (M) Gradsko naselje (G)

Lm 53 ili 2,32%

56 ili 2,45%

251 ili 11%

Lž 103 ili 4,51%

36 ili 1,57%

207 ili 9,07%

Selo (S)	Mješovito naselje (M)	Gradsko naselje (G)
VSm 10 ili 0,43%	18 ili 0,78%	5 ili 0,21%
VSŽ 59 ili 1,70%	59 ili 2,63%	147 ili 7,21%
SSm 128 ili 5,61%	19 ili 0,83%	73 ili 3,20%
SSŽ 300 ili 13,15%	251 ili 11,00%	506 ili 22,18%
Ukupno: 633	440	1208

5. Po vjerskom uvjerenju ispitanici su: Katolici: 1600 ili 70,14%, Muslimani i pravoslavci 219 ili 9,60%, Ateisti: 462 ili 20, 25%.

Muslimani i pravoslavni stavljeni su u jednu kategoriju jer su po broju beznačajni i nikada ne prelaze brojčano ateiste. Svjesni smo da oni ne predstavljaju jedinstvenu religijsku kategoriju.

Katolici (Rkt)	Muslimani i pravoslavni	Ateisti (A)
Lm 216 ili 9,46%	33 ili 1,44%	111 ili 4,86%
LŽ 218 ili 9,55%	25 ili 1,09%	103 ili 4,51%
VSm 22 ili 0,96%	3 ili 0,13%	8 ili 0,35%
VSŽ 191 ili 8,37%	18 ili 0,78%	56 ili 2,45%
SSm 177 ili 7,75%	14 ili 0,61%	29 ili 1,27%
SSŽ 812 ili 35,59%	90 ili 3,94%	155 ili 6,79%
Ukupno: 1600	219	462

U ovim istraživanjima osnovni je cilj bio da se istraži hospitalni, nešto šire – medicinski i konačno društveni kontekst umiranja u suvremenim sve medikaliziranim uvjetima. Uz to trebalo je testirati neke opće paradigme o umiranju i stanju njihove rasprostranjenosti u hospitalnoj djelatnosti.

Dok najveći dio društva može »pobjeći od tuđe smrti«, medicinsko osoblje to ne može učiniti tim više što će ubuduće sve više ljudi umirati u bolnicama. Medicinsko osoblje također će morati uvesti neke standardne »rituale« umiranja pacijenata i vlastitih postupaka pri tome. Ti postupci sigurno neće biti jedinstveni, stereotipni, već će ovisiti o dijagnozi i godinama starosti. Medicinsko osoblje koje se brine o umirućima i prati ih na njihovom putu prema smrti imat će još nekoliko društveno sankcioniranih uloga, a to su ponajprije: praštanje umirućima, ako u tim časovima uopće postoji osjećaj grijeha; praštanje rodbini osjećaja krivnje što su svog dragog, oca, majku, dijete, prijatelja prepuštali njihovoj skrbi, svjedočenje humaniteta društva prema umirućima. Medicinsko osoblje svjedočit će »istinitost« zadnjih nada umirućih pacijenata. Ove nove uloge medicinskog osoblja i medicinskih institucija nametnut će se spontano. Jedna uloga hospitalne institucije već se sada vrlo jasno iskristalizirala, a to je: smanjiti bolove pacijenta, pri čemu izbija problem razlike između uklanjanja bola, smanjenja patnji i eutanazije? Postoji jasna razlika u motivu kojim se medicinsko osoblje rukovodi, jer motivi su apsolutno humani, ali što je s posljedicama smanjenja bolova i patnji.

Umiranje i smrt pacijenata najprije se odražava na medicinskom osoblju. Prisustvovanje nečijem umiranju ostavlja teške posljedice na medicinsko osoblje, ponajprije i najviše na sestre, rjeđe na liječnike. Sestre svaku smrt teško doživljavaju, posebno smrt mlade osobe. Smrt starije osobe podrazumijeva se i smatra normalnom i prirodnom. Sestrinski je stav da život valja proživjeti i onda umrijeti bez žaljenja. Najteže je kad umire dijete. Osoblje tada doživljava besmislenost života, bespomoćnost što se gasi jedan mladi život. Mogućnost identifikacije s pacijentom također je u relaciji s godinama: što je osoba mlađa identifikacija je češća. U situaciji kad netko umire nastoji se pružiti odgovara-

juća njega i ne razmišlja se puno o smrti. Stres i nelagoda dolaze kasnije. Sestre su mišljenja da mlade osobe ne bi smjele umrijeti, posebno ne djeca. Kod umiranja mladih osoba sve ide iznenada i dramatično, osobito ako one umiru pri svijesti. Nije – razmišlja dio sestara – tragedija u godinama već u tome što je jedan život završen i ne znamo kamo je otišao, gdje će se i kako nastaviti. Poistovjećenje s bolima i situacijom pacijentata u relaciji je i s jačinom bolova: što su bolovi jači i sestrinska identifikacija s pacijentom je veća. Dio sestara poistovjećuje se sa svakim pacijentom, bez obzira na godine i svaku smrt osjeća kao gubitak dijela sebe. Identifikacija s bolima, patnjom i situacijom pacijenta u vezi je i s dijagnozom. Akutno stanje pacijenta izaziva više identifikacije nego kronična stanja, posebno kod starih ljudi. Smrt kao da je neobjašnjiva, nestvarna, neprihvatljiva. Mlade osobe umiru od akutnih stanja, a starije od kroničnih bolesti i smrt starije osobe je oslobođenje od patnji i daljnjih muka. Razlika je i u tome da li osoba umire u komi ili pri svijesti. Mladi teže umiru i sestre pri tome osjećaju revolt i grižnju savjesti. Dio sestara smatra da je kod stariji ljudi, posebno teško bolesnih, smrt oslobođenje od staračkih patnji.

Interpretacija rezultata ankete iz 1988. godine

Pitanja broj 1 i 2 povezana su. Ona glase: **postoji li razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika te postoji li razlika u prihvatanju smrti između vjernika i nevjernika?** Jedva 51%, odnosno 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 podataka i američkih vjerojatno proizlazi iz stupnja sekularizacije našeg i američkog društva.⁷

Uz svako pitanje sestre su mogle izraziti svoje mišljenje i pismeno, što su one, bez obzira na ponuđene odgovore i učinile, a tako je i kod ostalih anekta, odnosno godišta anketiranja. Iz njihovih primjedbi proizlazi da vjernici umiru lakše, lakše prihvaćaju činjenicu bliske smrti. Ne rasputuju se tko je vjernik a tko je nevjernik, međutim zaključuju da je kod nevjernika strah veći. Međutim, pojava straha ovisi o ličnosti, ali dio izjavljuje u svojim pismenim primjedbama da se to sa sigurnošću ne može reći.

3. Što prakticirate u situacijama umiranja pacijenta? U zauzetim stavovima dominira podatak da sestre ponajprije nastoje smanjiti bol i trpljenje pacijenta, ispuniti njegove sitne posljednje želje. Međutim, začuđuje podatak da je samo u 17,4% slučajeva sestra stalno prisutna uz umirućeg. O ovom problemu pratnje umirućeg, tj. stalne prisutnosti do kraja umiranja, do kliničke smrti, raspravljat ćemo i na drugim mjestima.

4. Osjećate li se bespomoćni u času umiranja pacijenta ili imate nadu i u skladu s tim nešto poduzimate? Jedno nam ovdje govore brojke, odnosno zauzeti stavovi, a sasvim drugo pismenao izražene primjedbe medicinskih sestara. Nada uvijek postoji, medicinske sestre pomažu umirućima i onda kada je ta pomoć besmislena. Nada je očito metafizička kategorija kod svih ljudi. Možda bi trebalo ljudskim agonima pribrojiti i nadu, uz već poznate i hormonalno dokazane nagone. Dakle, nada uvijek postoji i medicinske sestre u skladu s time nešto poduzimaju. Dobro je ako reanimacija uspije, a kad se više ništa ne može učiniti javlja se osjećaj bespomoćnosti: »Ako je pacijent beznadežan slučaj osjećam se bespomoćno ali uza sve to nastojim ga održati na životu«. U nekim slučajevima nada kod medicinskog osoblja ne postoji, i toga su svjesni i prije početka toka umiranja. Sestre vrlo često osjećaju da sve što poduzimaju nema smisla, ali

7. E. K. Ross, op. cit. 197. p.

ipak poduzimaju sve što je u njihovoj moći vjerujući da čudo nije isključeno, da nada uvijek postoji. Prkos medicinskih sestara prema smrti izaziva divljenje i ima u sebi nečega metafizičkog. Sve što se poduzima, smisleno i besmisleno, ima svoju osnovu u nadi, čudo se može dogoditi, medicina je božanski posao. Upravo na ovom primjeru vidljivo je da će u vrlo bliskoj budućnosti medicinska djelatnost postati osnov naše nove društvenosti, naše međuljudske ljubavi i razumijevanja, shvaćanja ljudskih postupaka i novog praštanja koje će u sebi imati medicinsku osnovu. Gledajući na čovjeka i ljudsku prirodu s medicinskog stanovišta razumijevanje i praštanje će porasti, i time osporiti tezu S. Freuda da će osjećaj krivnje, grijeha, agresije rasti s porastom civilizacije i kulture. Nada, kao i postupanje u skladu s nadom kod nas je 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.

5. Da li saopćavate stanje (dijagnozu) pacijentu ili ga samo nastojite tješiti? U domenu sestrinskog rada ne spada saopćavanje dijagnoze, dijagnozu saopćava liječnik, sestrinsko je samo tješiti i tješiti. Većina pacijenata zna svoju dijagnozu bez obzira da li im je saopćena ili ne. Većina sestara ne saopćava dijagnozu pacijentu, a ako to čini onda pacijent već zna tu dijagnozu i samo je provjerava. Umirućem je besmisleno saopćavati dijagnozu, njega valja tješiti. Ako pacijent zna svoju dijagnozu, onda slijedi sestrinska utjeha, uz nadu da će biti bolje. U toj situaciji važna je sestrinska prisutnost uz pacijenta

6. Do koje je granice, prema Vašem mišljenju, dozvoljena intervencija osoblja u situacijama smrti? Ovo pitanje direktno se odnosi na liječnike a samo indirektno na sestre. Mišljenja su vrlo podijeljena i nema brojke koja bi prevladavala, osim brojke bez odgovora i ostalo. Evo što kažu primjedbu sestara, koje uvijek govore više od brojaka i bolje objašnjavaju situaciju u kojoj se odvijaju medicinski zahvati. Ponajprije to ovisi o uputama liječnika. Sestre su mišljenja da bi intervencije trebale ići sve dotle dok postoji odgovor na reanimaciju, sve dok ima nade, do sigurne smrti, nema granice za medicinske intervencije, treba intervenirati do zadnjeg trenutka, do granica medicinske etike. Ako su u pitanju medicinske intervencije sve je dozvoljeno. Ljudski organizam je nepredvidiv i zato nema granica medicinskim intervencijama. Moramo primijetiti da pojmovi »dok ima nade« i »do granica medicinske etike« nisu jasno definirani. Jedan dio sestara vezivao je svoje odgovore za stanje pacijenta, dijagnozu, godine starosti, rad vitalnih organa, rad srca, cerebralnu smrt, dakle sve dok ne postane vidljivo da je stanje pacijenta nepopravljivo; kad bi ga trebalo ostaviti da na miru umre. Gdje su granice medicinskih zahvata, da li su krajnje mogućnosti medicine ujedno i njezine granice? Da li sve što je moguće u medicini ujedno i dozvoljeno i misleno, svrhovito? Pojavljuje li se dostojanstvena smrt tek kad prestanu medicinske intervencije ili bi medicinske intervencije trebale doprinijeti dostojanstvenosti umiraja?

7. Da li primarno sanirati fizičke ili psihičke patnje umirućega? Podaci pokazuju da medicinske sestre obično smatraju da najprije treba sanirati fizičke boli i patnje, pa tek iza toga psihičke; odnosno, tamo gdje je moguće, saniraju se jedne i druge. U primjedbama sestre su mišljenja da pacijenta valja priključiti na aparate i dati mu sedative, odnosno dati mu neki analgetik ili učiniti ono što će najprije dati rezultate, ali o tome odlučuje liječnik. Pri svemu tome pacijentu valja iskazati razumijevanje njegovih bolova i patnji. Neke sestre su mišljenja da kod manifestacije bolova i patnji valja za pacijenta moliti, molitva unosi smirenje, navodno čak može imati i terapijski efekt. (8)

8. Vojislav Kuzmanović, Zapis o vlastitom umiranju, Zagreb, 1979. g. p. 194.

8. **Da li suosjećate s umirućim pacijentima?** Sudeći po brojkama najveća većina sestara u intenzivnim jedinicama suosjeća s bolima i patnjama pacijenata. Pacijenti u svojim bolima i patnjama nisu prepušteni sebi samima. Sestre suosjećaju s umirućim pacijentima iako se to često puta ne vidi na njihovoj vanjštini.

9. **Bez obzira što činie u času umiranja pacijenta, biste li ga ipak, intimno, najviše voljeli napustiti u tom času?** Prisustvovati nečijem 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.

10. **Nastojite li do zadnjeg časa komunicirati s pacijentom?** Komunikaciji s umirućim danas se 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. (9) Ta komunikacija ima karakter ispovijedi, rješavanja zadnjih problema pacijenta, mirenje s činjenicom smrti, pomirenje i opraštanje. Ovakva komunikacija s umirućim, kao i sadržaj komunikacije podsjeća na religijsko-sakralnu situaciju iako svećenik nije prisutan.

11. **Izaziva li umiranje kod vas stanje konflikta s obzirom na ono što ste još mogli, eventualno, učiniti za pacijenta?** 30% sestara doživljava stanje konflikta s obzirom na ono što se još moglo učiniti, ali samo kad je u pitanju mlada osoba. Stanje konflikta izaziva i prebrzo umiranje. Međutim, i ovo tzv. stanje konflikta ne treba shvatiti doslovno. To nije stanje konflikta već neka vrsta preispitivanja savjesti, preispitivanja svojih postupaka prema bolesnicima. Osjećaj nelagode ipak postoji bez obzira što se učinilo sve što se moglo. Većina sestara iza smrti još jednom proanalizira svoje postupke. Stanje konflikta kod medicinskog osoblja ovisi i o zahtjevima pacijenta. Ako je bolesnik imao mnogo zahtjeva, a dio tih zahtjeva je ostao neispunjen, stanje konflikta je izrazito povećano. Naime, iza smrti pacijenta uvijek ostane nešto neučinjeno. Stanje konflikta vezano je i za pretjerane reanimacije, za zahvate koji nisu dali uspjeha. Stanje konflikta vezano je i za kašnjenje hitne pomoći. Sestre su mišljenja da se u većini slučajeva moglo učiniti više, i da uvijek postaji »sumnja« da se moglo učiniti više. Osoblje nastoji potisnuti osjećaj konflikta jer je on uzaludan.

12. **Podržavate li uvijek nadu pacijenta u dobar ishod njegove bolesti?** Jedno srednjevjekovno načelo medicine glasi: pacijent ima pravo na nadu, dakle, nada mu se ne smije oduzeti. Drugo načelo glasi: smije li pacijent ostati u sumnji od čega boluje i koji je ishod njegove bolesti? Sve ovisi o situaciji, pacijentu i dijagnozi, a posebno o njegovim godinama. Ako je u pitanju mladi pacijent sve se komplicira i dramatičnije. Ivan Ilić misli da pacijenta treba sukobiti s njegovom egzistencijalnom situacijom. Smatramo da je to pretjerivanje, jer liječnici i sestre savršeno dobro znaju kojem pacijentu se ne smije oduzeti nada, kojem pacijentu se govore krive dijagnoze i dosije s nalazima se čuva na drugom odjelu. Nisu svi ljudi isti. Nitko nema pravo odlučivati i nagovještavati nečiju smrt. Život je metafizička kategorija a takovm je treba ostaviti. Svetost života, pa i u času umiranja, treba poštivati. Svaki čovjek, pa i ateist, želi transcendirati ogra-

9. E. K. Ross, op. cit. p. 36. O istom problemu komunikacije s umirućim, odnosno s pacijentom općenito, raspravljaju mnogi autori, na primjer Philippe Ariès: »Da li bi jedna bolja psihosociološka informacija omogućila medicinskom osoblju da pripitomi smrt, da je zatvori u okvire novog rituala koji je inspiriran napretkom društvenih znanosti? Autori ozbiljno smatraju da bi". Ph. Ariès: Eseji o istoriji smrti na Zapadu, Beograd, 1989. Pod autorima Ph. Aries misli na A. L. Strausa i B. G. Glasera.

ničenost svoje fizičke egzistencije. Nitko ne želi umrijeti zauvijek. Sestre primjećuju da im susjedi kvare posao, oni dođu posjetiti pacijenta i sve mu kažu, bilo direktno bilo indirektno. Možda je to i zato što sestre nisu zadovoljile pacijentovu znatiželju, pa makar i krivom dijagnozom, ali nada postoji usprkos dijagnozi, u tome i jeste bit nade.

13. Da li su za utjehu potrebne riječi (verbalizacija) ili je dovoljna sama prisutnost druge, bliže osobe? Potrebne su riječi, iako su često suvišne. Potrebne su riječi utjehe, ali i prisutnosti druge osobe, ali i drage osobe. O samom pacijentu ovisi da li treba riječi utjehe, drugu osobu, ili dragu osobu. Ovdje se zbiva nbešto čudesno. Ako nema druge osobe, ako nema drage osobe, sestra će ih sve zamijeniti, ona sama po sebi dovoljna je da riješi problem. Ako se radi o intenzivnoj jedinici riječi malo znače, tu su potrebna djela i znanja. U većini slučajeva druga ili draga osoba ne može biti prisutna i mora ih zamijeniti medicinska sestra. Medicinsko osoblje smatra da bi prisutnost rodbine riješilo mnoge probleme pacijenata. pacijenti u najvećem broju slučajeva svoju rodbinu ne žele opterećivati sobom, bilo zbog osjećaja krivice ili stida, ili smatrajući da se kroz samoću otkupljuju od nekog nedefiniranog osjećaja grijeha. Zbog toga dolazi do nespo razuma između rodbine i osoblja. Ostaje činjenica da pacijenti umiru sami, bez rodbine a često puta i bez medicinskog osoblja.

14. Možete li procijeniti kad nastupa smrt i kad medicinski zahvati postaju besmisleni? Kada medicinski zahvati postaju besmisleni o tome odlučuje liječnik, ali sestre često znaju procijeniti kada nastupa smrt i kada zahvati postaju besmisleni. Dio sestara smatra da intervencije ovise i o psihičkoj snazi samog pacijenta. naime ako se sam pacijent prestane boriti i vjerovati u život, produženje muka je besmisleno. (10)

15. Da li je s umirućima moguća komunikacija? Većina sestara smatra da s umirućima nije moguće komunikacija, ali gotovo isto toliko njih da je komunikacija moguća. Ovdje ponajprije moramo spomenuti najnovija istraživanja Michel Hulina, Moodya Raymonda i drugih. (11) Mogući su različiti oblici komunikacije. bez obzira da li smo dobili povratnu informaciju, uspostavili komunikaciju ili ne, s komunikacijom valja pokušati, pa makar to bilo držanje za ruku pacijenta. Komunikacija ne mora ovisiti samo o stanju svijesti pacijenta.

16. Doživljavate li stvarne emocije straha pokraj umirućeg pacijenta? Vrlo mali broj sestara doživljava emocije straha, a i te emocije ne mogu se nazvati stra-

10. »Smrt je postala fenomen tehničke prirode i nastupa zbog obustavljanja nege, posle manje-više javne odluke lekara i bolničkog osoblja. Uostalom, u najvećem broju slučajeva, samrtnik je odavno nesvestan. Smrt je raskomadana, podeljena na niz malih etapa i na kraju se ne zna koja od njih stvarno predstavlja smrt; da li ona tokom koje je bolesnik izgubio svest, ili pak ona kad je ispustio dah. Sve te male, tihe smrti zamenile su i izbrisale dramatičnu akciju smrti i niko više nema snage ni strpljenja da sedmicama čeka na trenutak koji je delimično izgubio svoj smisao«. Ph. Ariès, op. cit. p. 69. O istom problemu govori i E. Kubler Ross. »Dakako, mnogo imade razloga što bježimo od stvarnosti smrti, a najvažniji je možda taj što umiranje danas i jest jezovitije negoli je bilo nekoć: ono je tako osamljeno, mehanizirano i neosobno da se, katkada, ne može odrediti niti čas kada smrt nastupa«. op. cit. p. 13.
11. O komunikaciji s umirućim pacijentom, ili pacijentom u komi, stanju nesvijesti počelo se više govoriti poslije pojave knjige R. Moodyja koji govori o doživljajima »tik do smrti«, odnosno doživljajima ljudi koji su bili reanimirani, ili ljudima koji su doživjeli, odnosno preživjeli teške nesreće. To su knjige: 1. Život poslije života, Zagreb, 1982. i 2. Svjetlost s onu stranu života, Zagreb, 1989. O istim doživljajima govori i Michel Hulin, koji ih naziva doživljaj »nesmrti«. Na tu vrstu doživljaja prvi je ukazao R. Moody i tim doživljajima posvetio dostojnu znanstvenu pažnju. O doživljaju »nesmrtnosti« i predodžbama onostranosti kroz povijest u različitim kulturama Hulin govori u djelu: Skriveno lice vremena«, Zagreb, 1989.

hom u pravom smislu riječi. radi se o jednom osjećaju bespomoćnosti koji raste s godinama radnog staža, mlađe sestre imaju mnogo više nade u dobar ishod bolesti pacijenta. One spore mogućnost adaptacija, jer smatraju da je svaka smrt i umiranje nešto posebno. Ne postoji propisano ponašanje medicinskog osoblja uz umirućeg pacijenta. Moguće je uvesti opće postupke, ali ne i propise budući da je svaka smrt individualna i osoben čin.

17. Da li u stanovitoj mjeri mijenjate stav s obzirom na to da li je umirući poznata ili sasvim nepoznata osoba? 26% sestara mijenja stav prema umirućem s obzirom na to u kojoj je mjeri riječ o (ne)poznatoj osobi. To je normalno i ljudski. Jedino časte sestre smatraju da uopće ne mijenjaju stav prema umirućem s obzirom na to da li je umirući poznata osoba.

18. Da li smatrate da postoji adaptacija na situacije umiranja nakon određenog vremena rada u intenzivnoj jedinici, skrbi? Izvjesna adaptacija postoji, ali nikada potpuna. Smrt se nikada ne može u cjelini prihvatiti, bez obzira što se radi o smrti drugoga. Smrt se prima teško i šokantna je. Medicinsko osoblje lakše se adaptira na situacije umiranja ako pacijenti umiru bez svijesti i ako su stariji, sasvim je suprotno ako umiru mladi ljudi i to naglo, iznenada. Kod takvih slučajeva adaptacija nije moguća. Ipak treba priznati da dio sestara smatra da u stalnom dodiru sa smrću čovjek brzo otupi te da na činjenicu umiranja treba gledati profesionalno. Dio sestara šokiran je smrću siromašnih osoba. One prema njihovim izjavama, umiru lakše nego bogate, koje pokazuju i veći strah pred smrću.

19. Na kakav način se oslobadate od doživljenog šoka smrti? Dio sestara uvijek pomisli da bi možda bilo i gore da je pacijent preživio, više bi patio ako je teško bolestan. Smrt pacijenata s neizlječivim dijagnozama doživljava se kao oslobađanje od muka koje bi duljim životom samo potrajale, pa takav stav služi kao utjeha medicinskom osoblju. Dio sestara smatra kako mora proći izvjesno vrijeme da bi se oslobodile šoka smrti pacijenta, taj šok izražava se kao tuga i potištenost; lik umirućeg dugo ostaje u sjećanju. Neke sestre i plaču. Dio sestara ima strogo profesionalan odnos prema umiranju pacijenata. Smrt je dio njihove profesije i kao takvu je primaju, nema šoka smrti. One u smrti pacijenata psihički ne sudjeluju, nastoje ne razmišljati o tome, već o novim slučajevima. Smatraju kako ne smiju dozvoliti da smrt svakog pacijenta utječe na njih, primoravaju se da ne razmišljaju o tome i potiskuju takve misli. Nema šoka smrti već samo neugodnog osjećaja koji nakon izvjesnog vremena nestaje. Međutim, ako je u pitanju mlada osoba to i njima, koje smrt primaju profesionalno, nije moguće izbjeći šok umiranja i smrti. Sestre nisu posebno emotivno opterećene ako se za pacijenta poduzelo sve, a on je ipak umro. (12)

Smrt pacijenta mnogim sestrama je prilika za filozofske refleksije, za meditaciju o prolaznosti života, konstantnosti smrti. Smrt je prilika za ispit savjesti. Mnoge sestre primijetile su da su postale pažljivije prema drugim pacijentima, a ta pažnja rezultat je abreagiranja na prethodnu smrt pacijenta. Sestre se spontano okreću prema onim pacijentima kojima je potrebna njihova pomoć. Smrt je opomena.

12. Evo što o tome kaže pacijent koji je zapisao vlastito umiranje. »Kad bi liječnik patio, zaista stvarno patio nad svakim pacijentom koji umire, onda bi takav liječnik morao jednostavno otići u ludnicu ili prestati biti liječnik, jer ne bi mogao izdržati stalno opterećenje. Tako je isto i s umirućima. Jednostavno se ne može izdržati to stalno opterećenje. Koliko god čovjek bio slabiji i slabiji, ništa se ne mijenja. Čovjek još uvijek misli na obične, male, sitne stvari«. V. Kuzmanović, op. cit. p. 215.

Mali dio sestara posebno teško doživljava smrt svojih pacijenata. Takvima se događa čak i da sanjaju one koji su umrli na odjelu.

Dio sestara smatra da smrt nije kraj, to je prijelaz u drugi život. One vjeruju u prekgrobni život i za njih nema šoka smrti pa nema ni abreagiranja. Smrt je prelazak u vječni život, iz materijalnog u duhovni svijet. Smrt je bila rješenje za patnju i bol, svi moramo umrijeti.

20. **Da li je po vašem mišljenju izražavanje suosjećanja dovoljno za suzbijanje straha (panike) pacijenta?** Iz podataka proizlazi da je pacijent ipak prepušten sebi samom. Izražavanje suosjećanja ne može odagnati strah i svatko je sam prisiljen suočiti se sa svojom egzistencijalnom situacijom. Svako umire sam, bez obzira na prisutnost medicinskog osoblja ili rodbine. Svatko mora sam riješiti problem svoga straha pred odlazak u nepoznato.

Interpretacija rezultata ankete iz 1989. godine

1. Što je za vas eutanazija?

Već samo pitanje o eutanaziji izazvalo je mnogo revolta kod medicinskog osoblja. Taj revolt izrazili su pismenim primjedbama. Međutim taj revolt izgleda nešto drukčije kad se pogleda raspodjela podataka, odnosno zauzetih stavova. Samo 33% liječnika smatra da je eutanazija »namjerno usmrćivanje teških pacijenata jer okolina i rodbina ne mogu podnositi njihovu patnju«. U pismenim primjedbama stajalo je da ni sami pacijenti ne mogu podnositi bol i patnju. Kod viših sestara tako ih misli 25%, a kod srednjih sestara 30%. Liječnici se najviše protive takvom shvaćanju eutanazije. Između drugog i trećeg ponuđenog odgovora nema bitne razlike, ali je vidljivo da je medicinsko osoblje svjesno da je ipak jedno »skratiti muke« a drugo »olakšati patnju i umiranje«. Ta su dva pojma jasno prisutna i u javnom mnijenju našega društva, što je vidljivo iz »Zahvalnica« što ih rodbina pokojnika upućuje medicinskom osoblju. Većina ih završava ...»hvala svima onima koji su joj olakšali posljednje trenutke njezinog plemenitog života«, ...»koji su mu maksimalno olakšali posljednje dane.«

U svojim komentarima dio medicinskog osoblja zalaže se za eutanaziju ako ona ne bi vodila zloupotrebama, ali pri tome je potrebna velika humanost i stručnost da se donese takva odluka. Može se primijeniti da nitko od medicinskog osoblja ne bi htio donijeti takvu odluku. Ono se zalaže za jedan postupak koji bi bio između olakšavanja patnji i skraćivanja muka, jer eutanazija izvorno nije i ne može biti medicinski postupak. Osoblje je opravdava samo kao skraćenje muka na zahtjev pacijenta; zahtjev rodbine javlja se samo jednom. Medicinsko je osoblje protiv eutanazije, smatrajući je običnim ubojstvom, ali je svjesno da mora ukloniti bol i patnju.

2. Što prisustvovanje nečijoj patnji i umiranju izaziva kod vas?

Ispitanci su mogli zaokružiti više odgovora među predloženima. Najveći broj medicinskog osoblja ima osjećaj sažaljenja i bolesnom nastoji pružiti utjehu i osjećaj da nije sam. Taj osjećaj nije jednak kod svakog pacijenta, uvjetovan je dijagnozom i starošću pacijenta, tokom bolesti, te bolima i patnjama pacijenta. Kada se javi osjećaj revolta i ljutnje to je zbog osjećaja nemoći da se pomogne umirućem s tim da se osjećaji ispre-

pliću. To nikada nije jedan jedinstven osjećaj. Samo dio osoblja uspjeva uspostaviti strogo profesionalan odnos, odnosno shvatiti svoju ulogu u odnosu na pacijenta i distancirati se od njega zbog očuvanja vlastitog duševnog zdravlja i optimalnog stručnog ophođenja oslobođenog velikih emocija. Onaj tko sudbinu stoički prihvaća, tko je na neki način fatalist, treba prihvatiti neminovnost patnji i umiranja. Pacijentu treba pomoć u osobnom rastu, zrelosti u odnosu na prihvaćanje svoje smrti. U tom času mnogi osjećaju neugodu zbog nemoći medicinske profesije, a ne samo zbog umiranja pacijenta.

3. Tko bi, po Vašem mišljenju, trebao izvršiti eutanaziju?

Nitko ne smije izvršiti eutanaziju, eutanazija nije dozvoljena. Ako bi već trebalo izvršiti eutanaziju, onda 14% ispitanika smatra da bi to trebalo učiniti liječnik. Većina osoblja u svojim komentarima smatra da bi to trebalo biti stručna komisija, ali koja zbog eliminiranja osjećaja krivice ne bi znala u kojoj injekciji je otrov. Eutanaziju bi trebao izvršiti onaj tko eutanaziju predlaže. Zatim, to bi trebalo biti stručni kolegij liječnika. Neki se zalažu za profesionalnog ubojicu. Zatim, eutanaziju bi mogla izvršiti službena i kvalificirana komisija. Većina osoblja u svojim komentarima smatra da nitko ne smije izvršiti eutanaziju.

4. Treba li graditi posebne ustanove, bolnice samo za umiranje?

75% osoblja smatra da takve ustanove samo za umiranje ne bi trebalo graditi, dok 14% smatra da bi takve ustanove trebalo graditi. 9% ispitanika nije se odlučilo u svom odgovoru. Ako bi se takve ustanove ipak gradile ne bi se smjele zvati bolnice samo za umiranje, već možda kuće za njegu. Pacijenta koji umire, nije pri svijesti komatozan je i inkontaktilan treba smjestiti u posebnu sobu, da se zaštite drugi pacijenti. Ovo pitanje nije pobudilo veći broj komentara medicinskog osoblja i ostalo je gotovo nekomentirano. Medicinsko osoblje očito ne vidi u tome nikakav veći problem.

5. Kod jasnog i definitivnog smrtnog ishoda bolesti borba za život pacijenta je besmislena?

605 medicinskog osoblja smatra da boraba za život pacijenta, usprkos smrtnog ishoda, nije besmislena, pa prema tome treba poduzeti sve za spas pacijenta, nastaviti sa svim zahvatima, reanimacijom itd. Samo 27% smatra da je ta borba za život besmislena, pa prema tome treba pacijenta ostaviti da na miru umre. 12% ispitanika priznaje da ne zna kako bi trebalo postupiti. Samo 8% liječnika smatra da se ne može odlučiti, ali je njih 58% za nastavljanje s medicinskim zahvatima bez obzira na očekivani smrtni ishod. 32% liječnika smatra da su takvi napori besmisleni. Mišljenja liječnika, kao i ostalog medicinskog osoblja, očito su podijeljena. Primjedbe su također raznovrsne: tko može imati stopotnu sigurnost u smrtni ishod, tko je taj koji definira siguran smrtni ishod sigurnim. Osoblje smatra da im pitanje nije dovoljno jasno. Smatramo da su podaci do kojih smo došli anketiranjem jasan odraz prakse koja se prevodi na odjelima, da razlike postoje samo ako je u pitanju mladi život. Osoblje, liječnik posebno, u najvećem broju slučajeva mogu jasno prepoznati kada je borba za život pacijenta uzaludna.

Javnost odobrava sve postupke medicine, naravno u granicama medicinske profesije i etike. To je vidljivo iz »Zahvalnica« što ih rodbina upućuje medicinskom osoblju. U tim oglasima odobravaju se svi postupci medicine od ublažavanja zadnjih časova života do zavata medicine na svjetskom nivou: »hvala na bezgraničnom zalaganju za život našeg

supruga; hvala na vrhunskoj ljudskoj i profesionalnoj brizi; hvala im jer su maksimalno produljili njezine zadnje trenutke života; hvala koronarnoj jedinici koja je učinila sve što je u granicama medicine, hvala doktoru ... koji je svojom humanošću i plemenitošću pratio našu majku do posljednjeg trenutka«. Ipak, dominiraju oglasi u kojima se zahvaljuje na ublažavanju bola i patnji u zadnjim trenucima života. Prigovora, barem ne javnih, protiv medicinskih zahvata nema. Sve što se poduzima to se i odobrava.

6. Medicinsko osoblje mora se boriti za život pacijenta dok god postoji nada u život?

Od sveg medicinskog osoblja 92,94% smatra da se medicinsko osoblje mora boriti za život pacijenta dok god postoji nada, samo 4% smatra da to ne treba raditi, i 2% ne zna kako bi postupilo u tim situacijama. Liječnici su još određeniji, njih 94,5% smatra da se za život pacijenta treba boriti do kraja, odnosno dok god postoji nada u život. Samo 3% smatra da to nije potrebno, i 2% ne zna kakav stav bi zauzelo. Interesantno je što medicinsko osoblje smatra da nakon što su sve medicinske intervencije zakazale i nakon što se odustalo od svih intervencija, pacijent ima pravo na dostojanstvenu smrt. Međutim, prije tih intervencija nitko od medicinskog osoblja ne spominje pravo na dostojanstvenu smrt. Oni smatraju da nada uvijek postoji, ali šanse za preživljavanje samo do određenih granica, a to određuje i uglavnom zna – liječnik; to nije posao medicinskih sestara.

7. U kritičnim, konačnim i jasnim smrtnim situacijama ne treba poduzimati ništa posebno za život pacijenta?

Pitanje broj 7 nešto je malo drugačije formulirano od pitanja broj 5. Odgovori na ova pitanja izraženi brojčano gotovo se podudaraju. Odgovori svog medicinskog osoblja su konzistentni, dosljedni, uvijek jednaki, što je vidljivo iz pitanja koja se podudaraju u anketiranju kroz više godišta.

Sve medicinsko osoblje apsolutno je suglasno da se medicinske intervencije u smislu olakšanja bolova i smrtnih patnji moraju odvijati. Takova intervencija nikada ne dolazi u pitanje. Jedino intervencije koje idu za tim da pod svaku cijenu produlje život pacijenta, uz bol, patnju i traumatiziranje dolaze u pitanje, ali i ta vrsta intervencija nije sporna ako je u pitanju mladi život.

8. Dok god je pacijent živ medicinske intervencije i njega moraju se poduzimati?

Njega se mora poduzimati ali intervencije se ne moraju poduzimati. Pod pojmom njega podrazumijeva se olakšanje bola i patnje bez obzira koje to posljedice imalo. Suglasnost medicinskog osoblja o ovom pitanju gotovo je potpuna.

9. Kritične i jasne smrtno slučajeve treba prepustiti da bez intervencija na miru umru?

A koji su kritični slučajevi jasni? U medicini nema apsolutne sigurnosti. To je stav 32% medicinskog osoblja, a za taj stav oslučilo se 36% liječnika. Uglavnom liječnici znaju koji pacijenti su stigli *in extremis*, posebno ako se radi o starijim ljudima i dugoležćim pacijentima čiji tok bolesti su pratili dulje vrijeme. Za donošenje takve oc-

jene presudno je iskustvo u liječničkom radu. Medicinsko osoblje smatra da takve slučajeve treba pustiti da na miru umru, ali im se može i treba pomoći na druge načine, smanjenjem bolova i patnji i stalnom prisutnošću. Intervencije koje bi samo produljile patnju ne bi se smjele poduzimati. Na ovo pitanje nadovezuje se sljedeće pitanje.

10. Većina pacijenata, koji umiru u bolnici, umiru ovako:

1. **uz medicinske intervencije**
2. **sami, u miru**
3. **uz prisutnost rodbine**
4. **uz prisutnost medicinskog osoblja**

Donekle se razlikuju podaci dobiveni od sestara i oni od liječnika. Liječnici u većem postotku navode da pacijenti umiru uz medicinske intervencije, a u značajno manjem postotku navode da pacijenti umiru uz prisutnost medicinskog osoblja. Institucija praćenja pacijenta u toku njegovog umiranja još nije u cjelini prihvaćena. Većina primjedaba medicinskog osoblja bila je da pacijenti umiru, uglavnom, sami i ne na miru, jer su uplašeni, ne prihvaćaju smrt, jako se boje. Inače svaki je slučaj specifičan, mnogo ovisi o dijagnozi i starosti pacijenta. Sigurno je da umiru bez rodbine i najdražih. Razlog je u tome što pacijenti ne žele opterećivati rodbinu svojom smrtnom agonijom, a vjerojatno se radi i o osjećaju stida i krivice. Umiranju pacijenta medicinsko bi osoblje trebalo biti prisutno u mnogo većem postotku. Što se tiče situacije umiranja pacijenata ona će se sigurno izmijeniti, uvest će se institucija praćenja umirućeg. To praćenje samo ponekad će obavljati svećenik a u većini slučajeva tu ulogu svećenika preuzet će medicinsko osoblje, uglavnom medicinske sestre, koje će za tu novu ulogu morati biti i posebno osposobljene. (13).

11. Za vrijeme umiranja pacijenata u bolnici ne može se primijetiti razlika u umiranju između religioznih i nereligioznih pacijenata?

Razmjerno jednak postotak smatra da te razlike nema, odnosno da je ima i da se može primijetiti, a gotovo je jednako i onih koji nisu zauzeli nikakav stav, odnosno onih za koje je taj problem nevažan. Medicinsko osoblje primjećuje da oni koji ne vjeruju u prekogrobni život u momentu umiranja često očajavaju. I liječnici i sestre nerijetko spominju da pred kraj i najveći ateisti počinju vjerovati u boga. Iz osobnog iskustva medicinskog osoblja proizlazi da lakše smrt prihvaćaju i podnose religiozni pacijenti. Svi pacijenti bez obzira na svoj vjerski odgoj i kojoj vjeri pripadaju voljni su prihvatiti molitvu i sami mole i vjeruju u božju prisutnost. Ovi podaci bitno se razlikuju od podataka koje je, dubinskim intervjuom, sakupila doktorica E. K. Ross, (14).

»Zapisi o vlastitom umiranju« Vojislava Kuzmanovića zanimljiv su primjer opisa vlastitog umiranja koji je nažalost prekinut mnogo prije konačne smrti: »Pomišljao sam da ću, ako budem umirao, tražiti svećenika, ne zato što vjerujem, nego jednostavno zato

13. Valentin Pozaić, Briga za teško bolesne i umiruće. »No, biti uz umirućeg, držati ga za ruku, hrabriti ga, nije lako umijeće i treba ga učiti. Biti uz umirućega, pratiti ga u njegovom umiranju znači iskusiti vlastitu potpunu nemoć pred činjenicom smrti. Pred silinom smrti uzmiče i jakost ljubavi. Naša ljubav ne može zadržati umirućega u životu, ali ga može pratiti na putu u smrt«. *Obnovljeni život*, 1989, 5; 371.

14. E. Kubler Ross, op. cit. p. 197.

da ne budem sam, da postoji netko tko će me držati za ruku i tko će govoriti bilo što zapravo. Svejedno mi je što će govoriti, ali će me držati za ruku i nešto mi govoriti. To je velika prednost onih koji su religiozni i koji umiru u bolnici. Svaki ateizam, svaki racionalizam gubi bitku, jer ne može onom koji umire i koji do kraja ostaje konzekventno logičan, ne može mu baš ništa pružiti u zamjenu«. (15) Izgleda da većina ljudi, posebno oni pacijenti koji dugo leže, postavlja sebi pitanje smisla, svrhe smrti. V. Kuzmanović, nevjernik, ovako je formulirao svoj problem smisla smrti. »Ne borim se ni za kakvu ideju, ne borim se ni za što određeno, čak ne otimam milijune, ne izlažem život opasnosti da bih nešto postigao. Ja jednostavno umirem, ni za što. I to ni za što, to je ono što čovjeku zapravo ne daje mira. To je ono pred čim su zapravo i religije ustuknule. Jer, kad bih bar vjerovao u nešto, možda bih našao ipak rješenje«. (16) Iako je smrt strogo individualni čin, ipak većina onih koji umiru u bolnici traže i žele nečiju prisutnost. Ovdje ljudska prisutnost ima karakter sakralne situacije, svetog koje je stvoreno ljudskom prisutnošću nečijem umiranju. Da ljudska prisutnost nečijem umiranju može imati metafizički, sakralni karakter navodi Paul Tournier u djelu »Učimo starjeti«: »Svaki čovjek, dok umire, osjeća najveću potrebu da se pred licem smrti ne nađe sam – kao da je prisutnost čovjeka (makar i nevjernika) garancija božje prisutnosti. Prisutnost - šutljiva, diskretna, puna poštovanja, stvarna, prisutnost srca, udioništvo. Američki liječnik Eissler prekrasno je to izrazio u svojoj knjizi »Psihijatar i čovjek na samrti«: »Za umirućeg možemo učiniti to da s njime umremo«. (17)

12. Postupak prema umirućim bolesnicima morao bi biti sasvim drukčiji nego što je sada?

Prema podacima kojima raspoložemo liječnici se značajno više od sestara zalažu za promjene u postupku prema umirućem pacijentu, pa te promjene treba i očekivati. Vjerojatno će biti provedene kroz humaniziranje čina umiranja, kroz edukaciju osoblja, kroz instituciju posljednje pomasti ili dežurstvo, prisutnost svećenika činu umiranja. Smatramo da rodbina pri tome neće imati značajniju ulogu, da će druge osobe taj problem riješiti bolje od rodbine, jer ostaje vrlo nejasno da li umirući pacijenti žele svoju rodbinu kraj sebe u tom času ili ne? Pacijenti iz skladnih obitelji, obitelji prožetih ljubavlju ne žele umrijeti u bolnici već u krugu svoje obitelji.

13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako:

1. sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju)
2. prisutnost rodbine
3. prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju
4. prisutnost svećenika (bilo koje religije)
5. ništa posebno

57% medicinskog osoblja odlučilo se za prvu od ponuđenih solucija. Liječnici i medicinske sestre od rodbine, uglavnom, ne očekuju ništa. Postotak onih koji su se odlučili za drugu soluciju gotovo je identičan i iznosi za liječnike 17,84%, za srednje ses-

15. V. Kuzmanović, op. cit. 194.

16. V. Kuzmanović, op. cit. 194.

17. Paul Tournier, Učimo starjeti, p. 239.

tre 15,97%, a za više sestre 32,21%. Više sestre očito od rodbine očekuju veću pomoć za njihove bližnje u času umiranja. Prosjek za sve osoblje je 18,05%.

U primjedbama medicinsko osoblje navodi da bi se čin umiranja trebao odigrati po želji pacijenta, jasno ako je on takvu želju izrazio. Međutim, i medicinsko osoblje naglašava »prisutnost čovjeka", uvidajući iz vlastitog iskustva da je umiranje sveta, sakralna situacija, bez obzira umire li vjernik ili nevjernik. U svojim primjedbama medicinsko osoblje također od rodbine ne očekuje ništa ili vrlo malo. Umiranje bi trebalo biti na razini čovjekovog dostojanstva. Zasad taj je pojam uglavnom nedefiniran, pa ćemo kasnije dati jednu približnu definiciju dostojanstvenog umiranja. U svakom slučaju, medicinsko osoblje suglasno je da činu umiranja, uz rodbinu i svećenika, mora prisustvovati i profesionalno lice. Obavezno bi se pri tome morala poštovati volja pacijenta, ako je izražena. (18)

14. Imaju li umirući pacijenti nekih posebnih, specifičnih potreba, kao na primjer za:

1. rodbinom
2. svećenikom
3. razgovorom s medicinskim osobljem
4. samoćom
5. za priželjkivanjem i prizivanjem smrti

Elizabeth Kubler-Ross prva je uvidjela da umirući pacijenti imaju nekih posebnih, specifičnih potreba pred smrt (19). To su male, sitne potrebe, beznačajne u odnosu na medicinsko osoblje koje te potrebe treba zadovoljiti. Ponajprije to je potreba za rodbinom; čak 64% medicinskog osoblja smatra da je to doista potreba za rodbinom. Dakle, umirući pacijenti imaju nekih važnih stvari reći svojim bližnjima, uputiti zadnje riječi, reći nešto važno, pomiriti se, zatražiti oprost i pomirenje s onima s kojima su živjeli. (20). Na drugom mjestu u hijerarhiji tih potreba je potreba za svećenikom, ali nju zagovara samo 19,24%. Smatramo da postoji jedan osnovni nesporazum između medicinskog osoblja i rodbine umirućeg pacijenta, nesporazum oko dijagnoze, prognoze toka bolesti, blizine smrti, općeg stanja pacijenta, kako i kojim intenzitetom pacijent doživljava bol i koje su njegove patnje. Medicinsko osoblje vrlo je škrtu u takvim informacijama, smatrajući da ako zadržava informacije zadržava i svoju moć nad pacijentom.

18. Ph. Ariès: »Kako, prema tome, priliči umreti u našem društvu? To je predmet istraživanja koje vrši jedna grupa američkih sociologa (A. L. Straus, i B. G. Glaser) proučavajući svakodnevnu praksu u bolnicama starog i novog kontinenta, naročito novog (Kalifornija). U citiranoj knjizi *Awareness of Dying*, ovi autori su dokazali da u industrijskim društvima samrtnik ne oseća više dolazak svoje smrti; on nije prvi koji dešifruje znake; oni će mu ubuduće biti skriveni str. 222«.

19. E. Kubler Ross, op. cit. p. 53, 84, 183 i posebno p. 199.

20. »Izvesno je da nikada nije bilo lako umreti, ali su tradicionalna društva imala običaj da se bave samrtnikom i da ostaju s njim u vezi do njegovog poslednjeg daha. Danas u bolnicama, posebno u klinikama, više se ne komunicira sa samrtnikom. On se ne sluša kao umno stvorenje već se na njega gleda isključivo kao na klinički subjekt koji je izolovan, kad god je to moguće, kao rđav primer prema kome se ljudi ponašaju kao prema neodgovornom detetu, čija reč nema ni smisla ni autoriteta. Sigurno je da mu se pruža efikasnija stručna pomoć nego što su mu je mogli pružiti rođaci i susedi. Ali on je sam postao, iako lečen i dugo vremena održavan u životu, usamljena i ponižena stvar.« F. Arijes: *Eseji o istoriji smrti na Zapadu*, p. 229.

Rodbina i javnost često se nažalost mire s postupcima koji imaju pokriće u medicinskoj etici ili u prividu medicinske etike. Pojedini pacijenti, i ne samo pacijenti već čitave nacije bol i patnju doživljavaju različito.(21). Rodbina pacijenta trebala bi biti obaviještena kako pacijent doživljava svoju bol i patnju, možda je to doživljavanje izvan uobičajenih normi. Dakle, da bi rodbina mogla prihvatiti svoju ulogu u odnosu na pacijenta mora, ponajprije, biti obaviještena o cjelokupnom njegovom stanju.(22)

Samo 6% pacijenata po mišljenju medicinskog osoblja želi biti samo, usamljeno prilikom umiranja. Dakle, komunikacija je iskonska ljudska potreba i njome se mogu riješiti mnogi ljudski problemi. E. K. Ross u tom je smislu u pravu kada kaže da se komunikacijom mogu riješiti problemi umiranja, jasno ako je pacijent pri svijesti.(23). Među 6% pacijenata koji u času svoga umiranja žele biti sami, osoblje prepoznaje uglavnom, intelektualce, intelektualce razočarane u logiku svog razmišljanja, sliku svijeta, svjetonazor kojeg su do tada imali i koji se siguran i funkcionalan, odjednom srušio.

Među primjedbama medicinskog osoblja ima i takvih koje navode da umirući pacijenti ne bi smjeli imati nekakvih posebnih potreba neposredno prije umiranja. Međutim, smatraju da 5,61% pacijenata priziva smrt, dakle da postoji činjenica prizivanja smrti.

Medicinsko osoblje predlaže da se u školi posveti više pažnje ophođenju s umirućima i uređenju mrtvog. Sestre dolaze u bolnice a da ne znaju osnovno o činu umiranja. Pacijenti ako su pri svijesti često prije umiranja zovu sestru i liječnika, izražavajući želju za životom, ozdravljenjem. Osoblje navodi da ne postoji neka posebna želja, sve je to vrlo individualno, ali dio osoblja priznaje da nikome ne bi poželjelo da umre u bolnici. Dakle, čin umiranja valja humanizirati, uvesti neke nepisane standarde od kojih bi obavezno moralo biti ublažavanje bolova i patnji, ordinacija jakih analgetika i sestrinska njega. Na to je medicinsko osoblje obavezno i Deklaracijom o pravima pacijenata koju je 1976. godine donio Evropski savjet Interparlamentarne unije u Strasbourgu. Tu spada i psihička priprema pacijenta za slučaj nepovoljnog, infaustnog ishoda bolesti. Osnovni postulat te Deklaracije glasi da »pacijenti ne smiju trpjeti bol«. Medicinsko osoblje navodi da bi se sve moglo urediti s puno pažnje i obzira, ali da o tome nisu razmišljali. Moralo bi postati pravilo da činu umiranja svakako prisustvuje netko od medicinskog osoblja. Umiranje bi se trebalo odvijati u posebnoj prostoriji da se psihički ne ugrožavaju drugi pacijenti. Međutim, ono što pacijent i rodbina želi često puta uvjeti ne dopuštaju. Ima pacijenata koji predosjete smrt, žele da im se zapali svijeća i da ih se drži za ruku. Sramotno je za XX stoljeće da umirući pate od teških bolova kod neizlječivih bolesti, a još je sramotnije umiranje u mukama. Trebalo bi organizirati posebne uvjete

21. Slaven Letica: Zdravstvena politika u doba krize, Zagreb, 1989.

22. »Inače, kulturalne razlike u odnosu prema bolu prvi je otkrio američki anesteziolog Beecher još za vrijeme drugog svjetskog rata: on je iskustveno utvrdio da kod različitih ljudi očito istovjetne rane ne izazivaju istovjetnu bol, te da ranjenici trebaju različite doze morfija. Općenito, on je zaključio da ljudi u ratu lakše podnose ozljede — rane nego u miru. On zaključuje »... ne postoji jednostavan i izravni odnos između određene rane per se i iskustva bola. Bol je velikim dijelom određena drugim činiocima i od velike je važnosti ovdje priroda rane ... kod ranjenog vojnika odgovor na ranu bila je vjera, zahvalnost što se izvukao živ iz područja borbe; za civila veća je operacija bila depresivni, zlosretan događaj«. Slaven Letica: Zdravstvena politika u doba krize, Zagreb, 1989., p. 57.

23. E. K. Ross, op. cit. p. 23. »Uvjeravam se sa začuđenjem uvijek iznova da samo jedna jedina seansa može pacijenta osloboditi nepodnošljivog tereta, a također se uvijek iznova čudimo što bolesničkoj ili kućnoj okolini ne uspijeva otkriti bolesnikove potrebe, premda bi za to bilo dovoljno jedno jedino pitanje.»

za njegu teških terminalnih bolesnika, jer njihova smrt djeluje vrlo depresivno na druge pacijente. »Nakon mnogih godina rada u intenzivnoj jedinici u jedno sam sigurna: smrt je sveta i prava stvar«, izjavljuje jedna medicinska sestra. U časovima umiranja često se priziva majka, izražava se želja za putovanjem kao predznak smrti, a muškarci prije smrti često su agresivni i ljubomorni na svoga bračnog druga. Umiranje na selu, kod kuće razlikuje se od umiranja u bolnici. Evo dugogodišnjeg iskustva jednog seoskog liječnika: »S obzirom na veliki udio starije populacije imao sam mnogo prilike susretati se s umirućim pacijentima, pa odgovore dajem prema iskustvu s pacijentima koji umiru kod kuće. Želja za smrću, u smislu eutanazije, uglavnom nikada nije bila prisutna kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti, nego prije kod starijih neurotičnih ili senilnopsihotičnih osoba isključivo ženskog spola«.

Medicinsko osoblje izjavljuje da bi rodbina trebala biti prisutna cijelom toku umiranja, jer da je ljepše i lakše umrijeti kraj onih s kojima ste živjeli. Valja naglasiti da kod nas, kako izjavljuje medicinsko osoblje, nedostaje poštovanje prema tijelu umrlog. Zatim, dio osoblja smatra da bi se morao poštovati stari običaj, tradicija paljenja svijeće umirućim i to onima koji su taj običaj imali kod kuće. Također valjalo bi pripaziti na transport tijela umrlog. Naime, rodbina sve registrira, sve vidi, iako ne reagira. Uz to, morala bi se povesti briga o tradiciji umiranja u našim krajevima koja je u bolnici sasvim zanemarena.

Međutim, ima i stavova medicinskog osoblja, pismeno izraženih, koji su suprotni onome što je rečeno maločas: »Pacijenti rijetko imaju potrebu za rodbinom, jer ne žele da rodbina to vidi. Rodbina samo otežava umiranje, za razliku od medicinskog osoblja koje ublažava umiranje i osjećaj približavanja smrti«. Za rodbinu, medicinsko osoblje muči pacijenta u zadnjim časovima života, jer rodbina sve to drugačije doživljava, doživljava na svoj način. Reakcije pacijenata koji su u terminalnoj fazi su depresivne. Treba povesti računa o doživljavanjima pacijenata koji su reanimirani, pacijenata koji su u stanju kome, intubiranosti itd. Nakon što se pacijent probudi iz kome trebalo bi ga pažljivo ispitati o njegovim doživljajima za vrijeme kome. O tome što čuju, što osjećaju ništa ne znamo, odnosno znamo ono što kažu neki pacijenti, oni koji prežive vlastitu agoniju, komu. Kad dođu k svijesti spominju imena prisutnih, ishod njihovog liječenja. Dakle, oni umiru sa spoznajom da mi znamo da je njima kraj i da više nade nema. Bolnice samo za umiranje ne bi trebalo graditi jer to bi bile grozne kuće bez nade. Međutim, onima koji su u komatoznom stanju takve ustanove za njegu dobro bi došle, a i njihovoj rodbini. Ima dijagnoza koje moraju biti hospitalizirane.

Primjena medicinskih intervencija u času umiranja, kada se pacijentu više ne može pomoći, može zagorčati posljednje trenutke života. Naša je etička dužnost, izjavljuje medicinsko osoblje, održati ga što dulje na životu. Teško je biti pametan i odgovoriti što je bolje. Grozno je gledati umiranje, a ne moći pomoći tim ljudima, ali bol i patnja mogu im se ublažiti. Naime, medicinsko osoblje često doživljava unutrašnje konflikte koji su rezultat sukoba između profesionalnog postupka i vlastitih uvjerenja.

Dosad smo o eutanaziji i problemima umiranja raspravljali dosta općenito, medicinsko osoblje zauzimalo je općenite stavove, međutim situacija nije nimalo drukčija kada su u pitanju pojedinačni slučajevi. Tek u opisu pojedinačnog slučaja eutanazijske situacije ili situacije umiranja dolazi do izražaja sva dramatičnost situacije, ali i dramatičnost liječničkog poziva. Iz podataka proizlazi da bismo bili voljni svoju egzistenciju povjeriti u ruke liječničkog konzilija, pa iza toga mješovitom odboru za etička pitanja. Dakle, stručnost se preferira više od etike, a profesionalnost više od osjećaja.

Problem eutanazije, ubojstva iz milosrđa, kao i tzv. pravo na blagu ili dostojanstvenu smrt izaziva sve veće rasprave u medicini, pravu, sociologiji, etici, teologiji, psihologiji, a pojedini sporni ili karakteristični slučajevi već su obišli svijet. Zanimalo nas je kako medicinske sestre, srednje i više, gledaju na neke od tih slučajeva, a to su slučajevi kritičkih životnih situacija. Svi slučajevi su realni i bili su dio hospitalne prakse medicinskih ustanova u Americi. Anketu o tim slučajevima proveo je Zvonimir Šeparović 1982. godine a ispitanici su bili studenti prava. Sada su sudionici iste ankete bile medicinske sestre, a anketa je provedena 1988. godine. Donosimo paralelne rezultate iz 1982. i 1988. godine. U anketi iz 1982. godine nije navedena veličina uzorka i apsolutni brojevi, već samo relativni brojevi.

UPITNIK 1982./88. godina (24.)

Trogodišnji Benjamin C. teško je ozlijeđen u prometnoj nesreći i u nesvjesnom stanju ostavljen u bolnici pod respirator kojim je tri mjeseca održavan u životu. Pretpostavimo da je nesumnjivo utvrđena tzv. moždana, cerebralna smrt, odnosno nepopravljivo oštećenje moždane funkcije radi čega je život održavan umjetno.

Na traženje roditelja liječnik je isključio respirator i nakon nekoliko minuta dječak je umro.

Kad biste morali odlučivati o ovom slučaju, što biste zaključili?

			Ukupno	
1. Liječnik je počinio ubojstvo?				
1. Da 275 - 32,2%	2. Ne 538 - 62,9%	3. Bez odg. 42 - 4,9%	855	88. g.
27%	73%			82. g.
2. Treba li liječnika kazniti?				
1. Da 203 - 23,7%	2. Ne 605 - 70,8%	3. Bez odg. 47 - 5,5%	855	88. g.
20%	80%			82. g.
3. Da li su roditelji počinili ubojstvo?				
1. Da 249 - 29,1%	2. Ne 556 - 65,0%	3. Bez odg. 50 - 5,8%	855	88. g.
34%	66%			82. g.
4. Treba li roditelje kazniti?				
1. Da 179 - 20,0%	2. Ne 621 - 72,6%	3. Bez odg. 55 - 6,4%	855	88. g.
25%	75%			82. g.
5. Smiju li roditelji odlučivati o tim pitanjima?				
1. Da 442 - 51,7%	2. Ne 370 - 43,3%	3. Bez odg. 43 - 5,0%	855	88. g.
67%	33%			82. g.
6. Da li bi mogao odlučivati neki nezavisni odbor stručnjaka?				
1. Da 308 - 36%	2. Ne 506 - 59,2%	3. Bez odg. 41 - 4,8%	855	88. g.
50%	50%			82. g.

Neki 67-godišnji duševno zaostao čovjek imenom Saikewicz (na stupnju razvoja dvogodišnjeg djeteta) proveo je najveći dio svog života u umobolnici. 1976. godine obolio je od leukemije. Liječnici su se, u dilemi, odlučili da ne poduzimaju ništa protiv

leukemije. Bolesnik je umro nakon tri mjeseca od bronhijalne upale pluća, što je bila posljedica njegove akutne leukemije od koje nije bio liječen. O slučaju je naknadno odlučivao Vrhovni sud države Massachussets.

Kako biste Vi odlučili?

1. Da li odobravate postupak liječnika?

1. Da 249 - 29,1%	Ne. 570 - 66,7%	3. Bez odg. 36 - 4,2%	855	88.g.
54%	46%			82.g.

2. Da li je dobro što je slučaj dospio pred sud?

1. Da 467 - 54,6%	Ne. 343 - 40,1%	3. Bez odg. 45 - 5,3%	855	88.g.
73%	27%			82.g.

3. Tko bi inače, kad pacijent nije sposoban odlučivati o sebi, a bliže rodbine nema, trebao donositi egzistencijalne odluke?

1. Sud 2. Liječnik 3. Mješoviti odbor (za etička pitanja) 4. Liječnički konzilij, savjet

Odgovori 1988. 1982.

1.	10	1,2%	2%
2.	62	7,3%	11%
3.	182	21,3%	29%
4.	537	62,8%	58%
5.b.o.	64	7,5%	

Ukupno: 855 srednjih i viših sestara

Mlada žena Jean sazna da je oboljela od raka. Stanje se pogoršava i ona najavi svom suprugu da bi ga molila ako posve onemoća i bude u teškim bolovima, da joj pomogne umrijeti. Nakon nekoliko mjeseci, kad je bolest ušla u krajnje kritičnu fazu, bolesnica je zamolila muža da joj dade smrtonosni napitak, što je on i učinio na njezin ozbiljan i izričit zahtjev izrečen pri potpuno očuvanoj svijesti. Ubrzo nakon toga ona je umrla.

Kako procjenjujete postupak muža?

1. Da li je njegov postupak human?

1. Da 442 - 51,7%	2. Ne 373 - 43,6%	3. Bez odg. 40 - 4,7%	88.g.
	66%	34%	82.g.

2. Da li je njegov postupak kriminalan?

1. Da 303 - 35,4%	2. Ne 509 - 59,5%	3. Bez odg. 43 - 5,0%	88.g.
25%	75%		82.g.

3. Da li je njegov postupak nerazuman?

1. Da 294 - 34,4%	2. Ne 517 - 60,5%	3. Bez odg. 44 - 5,1%	88.g.
27%	73%		82.g.

4. Da li je njegov postupak preporučljiv?

1. Da 146 - 17,1%	2. Ne 657 - 76,8%	3. Bez odg. 52 - 6,1%	88.g.
38%	62%		82.g.

5. Da li je njegov postupak prihvatljiv za druge?

- | | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| 1. Da 168 - 19,6% | 2. Ne 628 - 73,5% | 3. Bez odg. 59 - 6,9% | 88.g. |
| 38% | 62% | | 82.g. |

Ukupno: 855 srednjih i viših sestara

U dubokoj starosti (83 godine) istaknuti kompozitor leži pri punoj svijesti već nekoliko godina s oslabljenim gotovo svim vitalnim funkcijama. Primjenjuje se umjetni bubreg (hemodijaliza), jer su oba bubrega zatajila. Daljnji život moguć je samo primjenom teške operacije koja ima slabe izgleda na uspjeh, ali je jedini način produljenja života. Bolesnik se tuži na teške boli zbog kojih mu se daju sve veće doze morfija i drugih sredstava koja donekle ublažuju patnje, ali i smanjuju vitalne funkcije i tako skraćuju život.

Molimo Vas da procijenite?

1. Treba li poduzeti tešku operaciju?

- | | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| 1. Da 435 - 50,9% | 2. Ne 381 - 44,6% | 3. Bez odg. 39 - 4,6% | 88.g. |
| 82% | 18% | | 82.g. |

2. Treba li davati opasna, štetna umirujuća sredstva?

- | | | | |
|--------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| 1. Da 470 - 55,01% | 2. Ne 326 - 38,1% | 3. Bez odg. 59 - 6,9% | 88.g. |
| 57% | 43% | | 82.g. |

3. Treba li bolesniku dati smrtonosnu dozu morfija na njegov izričit, ozbiljan zahtjev?

- | | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| 1. Da 206 - 24,1% | 2. Ne 539 - 69,4% | 3. Bez odg. 56 - 6,5% | 88.g. |
| 57% | 43% | | 82.g. |

Ukupno: 855 srednjih i viših sestara

Sadržaj oporuke

»Kad obolim bez nade u ozdravljenje, kad postanem potpuni invalid, nesposoban da odlučujem o životu, kad više ne bude mogućnosti za liječenje s pozitivnim rezultatom, pustite me da umrem i nemojte pokušavati da me na umjetan način održite na životu. Prihvaćam smrt, a ne prihvaćam ono strašno trpljenje i muke bez smisla i svrhe, ono što sobom donosi umjetno održanje života. Bolje je da moje mjesto u bolnici zauzme netko kome će napori liječnika i osoblja zaista pomoći i tko još ima nade da će živjeti«.

1. Da li biste ovu ili sličnu oporuku potpisali da se sami nalazite u ovakovoj situaciji?

- | | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------------|-------|
| 1. Da 576 - 76,4% | 2. Ne 240 - 28,1% | 3. Bez odg. 39 - 4,6% | 88.g. |
| 73% | 27% | | 82.g. |

Što mislite o slijedećim tvrdnjama:

1. Život je upravo svet, on je najveća vrijednost i treba sve učiniti da ga se održi.

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------|
| 1. Slažem se 624 - 73,0% | 2. Ne slažem se 192 - 22,5% | 3. Bez odg. 39 - 4,6% | 88.g. |
| 62% | 38% | | 82.g. |

2. Odlučno je kakav je život, njegov kvalitet. Život u teškim patnjama, ili bez svijesti o sebi i bez ikakva izgleda ne treba održavati pod svaku cijenu.

1. Slažem se 524 - 61,3% 2. Ne slažem se 293 - 34,3% 3. Bez odg. 38 - 4,4% 88. g.
65% 35% 82.g.

Nakon jedne katastrofe na odjelu za intenzivnu njegu, omanje provincijske bolnice, koja ima samo tri kompletne aparature za održavanje vitalnih funkcija, u hodniku čeka deset unesrećenih u kritičnom stanju od kojih je svaki natprosječan u svojoj kategoriji (s obzirom na zanimanje i dob).

1. Da ste prisiljeni odlučivati, koju biste trojicu prvo priključili na aparate? Odgovorite tako da potcrtate trojicu od deset nabrojanih.

Rezultati iz 1982. godine

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. učenik (8 godina) | 6. poštarica (32 godine) |
| 2. domaćica (19 godina) | 7. arhitekt (50 godina) |
| 3. nogometaš (21 godina) | 8. radnik-poljevač ulica (60 godina) |
| 4. ratar (30 godina) | 9. političar (55 godina) |
| 5. pilot (40 godina) | 10. akademik (70 godina) |

Rezultati iz 1988. godine

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. učenik (8 godina) | 6. pilot (40 godina) |
| 2. domaćica (19 godina) | 7. arhitekt (50 godina) |
| 3. nogometaš (21 godina) | 8. političar (55 godina) |
| 4. ratar (30 godina) | 9. radnik-poljevač ulica (60 godina) |
| 5. poštarica (32 godina) | 10. akademik (70 godina) |

Na aparate za podržavanje vitalnih funkcija najprije bi došle mlađe osobe, dok ugled pri tom odlučivanju ne igra nikakvu ulogu. Ti odgovori sasvim su u skladu s izjavama i prethodnim anketama medicinskih sestara. Medicinske sestre preferiraju mlade živote, čiju smrt doživljavaju kao težak šok i za čijim životom žale.

2. U kritičnim situacijama kad nema dovoljno aparata za podržavanje vitalnih funkcija treba li odluku prepustiti savjesti?

1. Da uvijek 173 - 20,2%
 2. Ne, nikada 61 - 7,1%
 3. Samo ako nema nikakvih drugih mjerila 586 - 68,5%
 4. Bez odgovora 35 - 4,1%
4. Prilikom odlučivanja o slučajevima kao što su navedeni da li su potrebni ikakvi unaprijed utvrđeni kriteriji?

- | | | | | |
|----------------------|----|---|-------|-------|
| 1. Da potrebni su | 51 | - | 60,% | 82.g. |
| | | | 40% | 82.g. |
| 2. Ne, nisu potrebni | 30 | - | 35,3% | 88.g. |
| | | | 60% | 82.g. |
| 3. Bez odgovora | 39 | - | 4,6% | |

5. Kad bi takvi kriteriji postojali, kojim biste ih redom uvažavali? (Brojkom od 1 do 6 označite važnost koju pridajete pojedinim kriterijima. Ako neke od kriterija ne smatrate bitnima, tada označite samo one kojima pridajete važnost.)

Odgovori 1982. godine

1. medicinski kriteriji	47%
2. osobni kriteriji, dob, spol	36%
3. socijalnu vrijednost ličnosti	14%
4. kronološki red, tko prvi	2%
5. lutrijski sistem	2%
6. lista čekanja	10%

Odgovori 1988. godine

1. medicinski kriterij
2. osobni kriterij, dob, spol
3. lista čekanja
4. sistem lutrije
5. socijalna vrijednost ličnosti

Po svome porijeklu pojam »milosrđe« bitno je kršćanski pojam, iako ga se danas upotrebljava za nešto što je, navodno, bitno suprotno pojmu kršćanstva. Neka shvaćanja i pojmovi morat će se bitno izmijeniti, uskladiti s našim novim shvaćanjem problema patnje i bola, milosrđa, samaritanizma i ljubavi prema bližnjem. Da li će bol i patnja sudbonosno odrediti naše buduće življenje? Da li ćemo pisati oporuke sami sebi, oporuke o postupanju s nama u zadnjim trenucima? Odričemo li se vlastite hrabrosti? Da li odluku o svojoj egzistenciji dobrovoljno prepuštamo drugima, navodno velikim stručnjacima? Da li se tehnološki način razmišljanja uvukao u našu psihu? Da li će tehnologija porobiti sve, psihu, um, srce, metafiziku i transcendenciju?

Rađa se jedna nova kultura umiranja, ona je i prije bila prisutna, ali smrt kao pojava nije bila priznata, a socijalističke kulture ignorirale su svaki kult sjećanja na mrtve, a takva pojava nije poznata u povijesti ljudske kulture i civilizacije. Smrt je doista bila svedena na pornografiju. (25). Smrt je bila stjerana u geto, u ustanove u kojima se ona uvijek događa drugima. Nametala se jedna slika svijeta u kojoj se nama samima smrt nikada neće desiti. Umiranje i smrt bili su prikazivani kao posvudašnji i zato neindividualni. Razvojem tehnološke medicine pojavio se problem: može li smrt biti nezavisna od medicinske tehnologije? O smrti se još uvijek raspravlja kao da medicinska tehnologija nije prisutna. Rasprava »O eutanaziji, i situacijama umiranja« možda je pogrešno naslovljena, možda je naslov trebao glasiti »Medicinska tehnologija umiranja«, možda bi nam time tema postala bliskija? Nisu li protivnici eutanazije protivnici medikalizacije smrti? Podaci iz ankete govore da je smrt strogo individualni, nepodjeljivi događaj u životu pojedinca, a smrt i umiranje nastoje se stjerati u kalupe. Smrt na televiziji djeluje nestvarno, kao neka pastvarnost, polustvarnost. Umiranje je istrgnuto iz konteksta kulture, posebno kulturne simbolike u kojoj je čovjek dotada živio. Bolničke sobe nemaju na zidovima nikakve simbolike, čovjek je okružen isključivo tehnikom, često puta ni medicinsko osoblje nije prisutno. Hoće li tehnika porobiti umiranje i smrt, umjesto da umiranje i smrt budu prožeti kulturom i moralitetom? »Tradicija govori da se licu koje je društvo osudilo na smrt obezbjeđuje najbolja zaštita od smrti. Jer društvo oseća da mu preti opasnost da se čovek koji je već krenuo putem smrti može obesiti o sopstvenu kravatu. Mogućnost da on sam sebi oduzme život pre određenog roka, može biti izazov upućen vlasti. Lice na koje se danas najviše motri da samo sebi ne bi učinilo kraj jeste bolesnik u kritičnom stanju. Društvo koje dejstvuje preko medicinskog sistema donosi odluku kada će i posle kojih poniženja i sakaćenja bolesnik umreti. Medikalizacijom društva okončana je epoha prirodne smrti. Čovek na Zapadu izgubio je pravo da vodi glavnu reč za vreme sopstvenog čina umiranja. Zdravlje, odnosno autonomna borbenost,

25. Geoffrey Gorer, *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, New York, Doubleday, 1965. g. On je prvi primijetio da je smrt u našoj kulturi interdictum, zabrana. Govoriti o smrti nije nikako preporučljivo. U smislu zabrane smrt je zamijenila zabranu govorenja o seksu, smatra g. Gorer. Kako govorenje o seksu prodire u društvenu javnost, smrt biva potiskivana iz društvene javnosti.

eksplozivno je do posljednjeg daha. A mehanička smrt je savladala i uništila sve ostale smrti«. (26). Smatamo da je kritika Ivana Ilića pretjerana, da on generalno negira svako pozitivno značenje suvremene medicine, iako sjajno uviđa u čemu su problemi suvremene medicine. Zbog generalne kritike čitave suvremene medicine njegovo djelo »Medicinska Nemezis« nije imalo nikakvog utjecaja na promjene suvremene medicine. Odmah po izlasku tog djela pojavile su se kritike koje su odbacile takav pristup suvremenoj medicini. (27).

Premještanje mjesta umiranja iz vlastite kuće u bolnicu ima za posljedicu da se pojedinac sve rjeđe susreće neposredno sa smrću svojih bližnjih, iako ih umirući priželjkuju i medicinsko osoblje smatra da bi tek u njihovoj prisutnosti smrt bila lakša, ljudskija i dostojanstvenija. Spomenusmo da na toj liniji komunikacije između medicinskog osoblja, rodbine i pacijenta postoji jedan temeljni nesporazum. D. Rihtman-Auguštin navodi dva stava prema smrti, ti stavovi rezultat su kulture življenja. (28). Možemo razlikovati smrt kao dio života u predindustrijskim društvima. U toj kulturi postojala je institucija pripreme za smrt i umiranje. Industrijsko društvo odnosilo se prema smrti kao prema interdiktumu, kao prema zabrani, smrt je sistematski potiskivana iz života. Socijalistička društva donijela su herojsku smrt za svoje vođe, iako te vođe nisu živjele nimalo herojski život. Njihovoj smrti bilo je zapovjedbno da mora biti herojska, sve ostale smrti mogle su biti bezlične, anonimne i bez obavijesti u štampi. (29).

Uz pojam smrti bitno je vezan pojam krivice, posebno ako se radi o smrti u prometnoj nesreći. Prisjećanjem na smrt u nesreći ljudi se prisjećaju i tuđe krivice. Za pojam smrti spontano se vezuje i pojam vječnosti, besmrtnosti. To ne mora biti besmrtnost, vječnost kakvu poznaju sve religije, bila personalna ili impersonalna; to može biti, a vrlo često i jest, obična »ljudska vječnost«. Naime, pokojnik »živi« u sjećanju svojih

26. Ivan Ilić, *Medicinska Nemezis*, Beograd, 1976. g., p. 178.

27. Razgrađena na svoje elemente, »kritike medicine« zato i postaje »derivat« — izveden iz kritike širih društvenih struktura: ideologije, znanosti, načina proizvodnje i sl. Iako su sve kritike medicine u pravilu vrijedna kritička literatura, koja je u trenutku publiciranja bila pravi »ispit savjesti« i »kulturni šok« za samozadovoljstvo medicinskog osoblja (to se prije svega odnosi na knjige R. Dubosa, 1959. i Ilića, 1975), njihov realni utjecaj na svijest »korisnika« i »davalaca« bio je vrlo malen.« Slaven Letica, op. cit. p. 23.

28. D. Rihtman-Auguštin: *Etnologija naše svakodnevice*, p. 120, iznosi slijedeće modele stavova prema smrti:

Smrt kao dio života
eksplicitna riječ o smrti,
pripremanje na smrt,
život poslije smrti.

Smrt u zajednici
aktivno sudjelovanje u
zajednici do kraja života,
čovjek umire kao subjekt.

Autentičan dodir sa smrću
već od djetinjstva čovjek
je svjedok smrti bližnjih,
usmena obavijest o smrti,
pogrebni običaji i žalovanje.

29. D. Rihtman-Auguštin, op. cit. p. 160.

Smrt izvan života
samo implicitna misao o smrti,
smrt kao interdikt,
život je konačan.

Birokratska smrt
profesionalna smrt
prije fizičke smrti,
čovjek umire kao objekt.

Posredan dodir sa smrću
pojedinac rijetko
prisustvuje smrti,
obavijesti o smrti preko medija,
novinske osmrtnice.

bližnjih i prijatelja. Njegova rodbina javno se zahvaljuje onima »koji ga nisu zaboravili«, kako to proizlazi iz oglasa u novinskim rubrikama »Sjećanja«. Pojam i osjećaj krivice dolazi do izražaja i pri ukopu pokojnika. Mnogi pojedinci svoje bližnje pokapaju uz vjerski obred iako nisu bili vjernici. Tu se radi o aktu pomirenja s pokojnikom a ne o religioznosti. Naime, profani, civilni čin pokajanja kao da nema moć opraštanja. Zahvala za njegu u medicinskoj ustanovi, u kojoj je i pokojnik umro, također je čin iskupljivanja od krivice. Njegu bolesnika, njegovo umiranje rodbina je prepustila bolnici. Doduše, ima slučajeva, dijagnoza koje moraju biti hospitalizirane. U takvim slučajevima rodbina je nemoćna i mora se obratiti bolnici za pomoć. U oglasima zahvale za brigu koja je ukazana umirućem bolesniku rodbina se zahvaljuje na nečemu što kao da je izuzetno, a ne normalno. (30). Sam čin umiranja, kako proizlazi iz novinskih oglasa, osmrtnica uvijek je izražen eufemizmima. Dijagnoza je obavezno prešućena, iako se iz zahvale medicinskom osoblju, po imenu odjela lako može zaključiti od čega je bolesnik bolovao. U svijesti onih koji daju oglase za svoje pokojnike kao i u javnom mnijenju, jedinica intenzivne njege shvaćen je kao područje moralne djelatnosti i mjesto za suosjećanje s umirućima. Također u javnom se mnijenju formira stav da se oni koji toleriraju patnju drugih, patnju pacijenata, mogu smatrati mučiteljima, sadistima. Dakle, prisustvujemo formiranju jednog novog milosrđa koje se rađa u jedinici intenzivne njege, skrbi. Istovremeno u jedinici intenzivne njege došlo je do nestanka praktične razlike između religije i ateizma. U mnogim slučajevima vjericin se ponašaju kao nevjernici, a nevjernici kao vjernici. Jedinica intenzivne njege shvaća se kao ostvarenje metafizičkog zajedništva među ljudima, tj. nije važno tko je uz mene, tko me tješi, tko ublažava moje patnje, bitno je da je to čovjek, ljudsko biće. Međutim, istodobno postoji još jedna predodžba jedinice intenzivne njege, posebno u sredstvima komuniciranja. Naime medicina se prikazuje kao savršeno umijeće koje može sve, pa kad pacijent umre javljaju se predodžbe rimske arene, odnosno kao da je život pacijenta ovisi o police recto odnosno police verso!

Poseban problem suvremenog društva problem je patnje i bola. Naime, patnja i bol nisu više u funkciji čovjekovog spasa. Dosadašnja religiozna kultura, onima koji su patili, garantirala je spas na onome svijetu. Ona čini to i danas, ali za spas sama patnja i bol nisu dovoljni. Naime, pate vjernici kao i nevjernici, ali uz patnju i bol potrebna je i vjera. Upravo zbog toga patnja nevjernika kao da je suvišna, uzaludna, apsurdna i besmislena. A i inače u društvu se na patnju gleda kao na nešto suvišno, uzaludno, kao na nešto što treba hitno eliminirati. Pojam »pakao« je ukinut, pa se onaj svijet više ne percipira kao mjesto vječite patnje. Patnja prestaje na ovom svijetu i ne prenosi se u onaj svijet. Bez obzira što se radi o metafizičkom i transcendentnom poimanju onostranosti ipak to možemo smatrati napretkom. Patnja se više ne perpetuira, prestaje sa smrću. Budući da svi žele da se patnja i bol uklone, a medicina tako i postupa, patnja je izgubila religijski smisao i značenje. O patnji i bolu psihičkih bolesnika vrlo malo znamo, na njih smo zaboravili. Bol i patnja postali su problem XX stoljeća, ali to nije javni problem, to je individualni problem. XX stoljeće stidi se svoje boli i patnje; ne vidi u smrti nikakav smisao, jer ne vidi smisao života.

Smrt za današnjeg čovjeka nije izgubila značenje misterija, premda je posvudašnja, ali ta posvudašnja slika smrti je prasluka smrti, to nije realnost. Realnost smrti je nešto sasvim drugo. Mnogi pacijenti doživljavaju prije neposredne smrti paničan strah, zovu medicinsko osoblje koje im ne može pomoći, jer ne zna što da učini, odnosno već prije toga neposrednog čina umiranja trebalo je nešto učiniti. Razgovor o smrti spadao je u

30. D. Rihtman-Auguštin, op. cit. p. 151, navodi mišljenje da se radi o »protuteži plavim kuvertama».

područje interdictuma, a isto tako nestalo je kolektivnog stava prema smrti, smrt je potisnuta u individualno područje. Pojedinaac je nemoćan da se nosi s problemom smrti, pa makar to bila i vlastita smrt. Na područje umiranja i smrti također su došli profesionalci, thanatokrati. (31). Ovi thanatokrati vode smrt pacijenta prema tehničkim normama, oni daju definiciju smrti, ali i kontroliraju tu definiciju smrti, odnosno samu smrt. Da li je pojavom thanatokrata pacijent izgubio pravo na vlastitu smrt? Philippe Ariès, navodi slijedeće: »Treba umreti na način koji nikada nije bi uobičajen. Ali ko odlučuje o načinu umiranja? Najpre gospodari u novom prostoru, osoblje iz bolnice, lekari i bolničari, koji uvek mogu da računaju na podršku porodice i društva«. (32). Američki sociolozi B. G. Glaser i A. L. Strauss u svojoj studiji o problemima umiranja govore da je stvoren jedan stil umiranja na Zapadu. (33). Ustalio se jedan način ponašanja američkog društva pred smrću. Naše društvo do sada nije o tome govorilo, ne moramo u svemu slijediti Zapadni svijet, ali morat ćemo ustaliti svoje norme. (34).

Evo konačno jedne aproksimativne, približne definicije dostojanstvenog umiranja. Dostojanstveno umiranje je umiranje: 1. bez jakih bolova, 2. u ljudskom prisustvu, 3. uz samopoštovanje i poštovanje prisutne okoline, 4. bez straha, 5. uz poštovanje sitnih želja pacijenta, kao i potreba umirućeg, 6. uz dojam umirućeg da je shvaćen u svom bolu, 7. da mu nije oduzeta nada u ozdravljenje i život, 8. da mu se ulijeva pouzdanje da će hrabro podnijeti ono što ga još čeka. 9. Dostojanstvena je smrt i onda kada pacijent poriče mogućnost svoje smrti, 10. kad ima dojam da mu je rodbina i okolina oprostila, 11. kad umire bez stida i osjećaja krivice. 12. Dostojanstvena smrt je i onda kada biramo i prihvaćamo smrt, kada se mirimo sa smrću i okolinom. I na kraju da bi ova definicija bila moguća nužna je i komunikacija s umirućim, jasno ako je on želi i ako je u stanju komunikativnosti. Da bi dostojanstveno umiranje uopće bilo moguće ono se mora desiti u pravi trenutak, dakle hora certa, a to znači da se ne bi smjelo manipulirati s časom smrti. Svjesni smo da je ova definicija glomazna, preširoka. Zato treba reći da će pacijent umrijeti dostojanstvenom smrću i onda ako budu ispunjeni samo neki uvjeti/elementi ove definicije. Svi elementi ove definicije ne mogu biti ostvareni kod svakog umirućeg. »Ostaje, znači, da se pronađe status za samrtnika, s jedne strane, i da se odrede pravila za lekare, gospodare života, s druge strane. O tome se razmišlja a ta razmišljanja vode, malo-pomalo one koji se njima bave, na ponovno otkrivanje, jedno vreme izbrisane, putanje smrti«. (35) Postoje i nešto drukčije definicije dostojanstvenog umiranja; evo definicije koju daje Valentin Pozaić:

»Umrijeti u dostojanstvu znači umrijeti u pravi trenutak, vlastitom naravnom smrću, tako da su poštivane sve sastavnice i odrednice ljudske osobnosti. To je nastojanje da umiranje postane osmišljeno i svjesno proživljeno dovršenje života. Umiranje tada više ne znači morati umrijeti, već smjeti umrijeti. Umiranje tada više nije

31. Jean Ziegler, *Les vivants et la mort*, Seuil, Paris, p. 178.

32. Ph. Ariès, op. cit. p. 222.

33. Ph. Ariès, op. cit. p. 221.

34. U tradicionalnim ali i suvremenim društvima i kulturama, utjecaj etničkog faktora na stavove pojedinca prema bolu, bolesti i medicini te na njegovo zdravstveno ponašanje izuzetno je važan. Jugoslavija kao etnički heterogena državna zajednica, nije poklonila dovoljno pažnje istraživanju utjecaja tog faktora na stavove o rađanju, smrti, starenju, bolesti, tradicionalnoj i znanstvenoj medicini i sl. Slaven Letica, op. cit. p. 57.

35. Ph. Ariès, op. cit. p. 222.

zaslužujuće, već oslobađajuće. To je umiranje u miru sa samim sobom, s drugima i s Bogom.

Dostojanstvo umiranja pretpostavlja i zahtijeva da se ono odvija, koliko je moguće, pri punoj svijesti i da je umirući svjestan onoga što se s njim zbiva. Ima pravo na istinu. Drugim riječima, umirući ima pravo na to da bude obaviješten o stvarnome stanju svojega zdravlja odnosno bolesti i tijeku umiranja u koje je već ušao. Dakako, toliko i tako da mu istina bude na dobro, na rast u osobno svjesnom prihvaćanju stvarnosti i predanju u ruke Gospodara života i smrti. Istina mu ne smije biti nepravedno uskraćena niti pak bezobzirno bačena u lice. Istinu mu treba darovati, priopćiti u ljubavi«. (36)

I Analiza zdravstvenih radnika koji su obuhvaćeni anketom 1989. godine

Interpretacija podataka
ZNAČAJNI X2 TESTOVI

Tvrđnja	SPOL Hi ² -test d.f.	OBRAZOVANJE Hi ² -test d.f.	S – M – G Hi ² -test d.f.	VJERA Hi ² -test d.f.
1.	15,71 2	15,94 2	16,17 4	2,57 4
2.	27,84 6	2728,28 2	40,75 12	57,75 12
3.	47,77 5	1186,81 2	58,87 10	13,41 10
4.	1,37 2	1834,61 2	7,47 4	9,32 4
5.	28,71 2	802,84 2	5,01 4	2,89 4
6.	2,18 2	3645,79 2	15,51 4	2,69 4
7.	5,12 2	692,04 2	0,91 4	2,92 4
8.	13,43 2	3663,99 2	18,07 4	7,87 4
9.	3,16 2	729,63 2	3,33 4	7,19 4
10.	40,73 2	1575,41 2	11,97 6	13,48 6
11.	5,20 2	346,78 2	6,51 4	6,16 4
12.	15,81 2	126,75 2	2,26 4	8,17 4
13.	120,07 4	2010,72 2	12,96 8	12,96 8
14.	8,69 4	2641,23 2	13,33 8	43,33 8
15.	693,64 1	30,70 2	52,12 2	32,34 2
16.	490,50 2	466,76 2	95,47 4	63,68 4
17.	—	—	—	—
18.	1158,51 2	8,67 2	49,29 4	1397,60 1
19.	737,30 2	169,39 2	409,19 2	50,08 4
20.	—	—	—	—

Objašnjenje kratica

S – selo, M – mješovito naselje, G – grad.

36. Valentin Pozaić, Briga za teško bolesne i umiruće, *Obnovljeni život*, 1989, 5: p. 368. Ponešto drukčije o humanom umiranju govori Franz Böckle: *Umrijeti dostojno čovjeka*, p. 27. »Humano umiranje ne ovisi o mjestu, nego o skrbi i njezi koju smrću obilježen čovjek doživljava. Ali za to nije dovoljna samo dobra volja. Za to su prijeko potrebni stanovito iskustvo i duševna zrelost. Nužno je umijeće koje omogućuje da se jasno osjeti što to pacijent kuša izraziti svojim govorom, šutnjom ili gestom, što želi ili što osjeća. U skladu s time tad ima pravo na poštenu informaciju i podršku, na bivanje uz njega, što mu omogućava da se na osobnoj razini obračuna sa svojim umiranjem i umre svojom vlastitom smrću. Paul Sporken kaže u svojoj knjizi »Umrijeti ljudski« da je nerazložno pitati tko umirućem treba dati tu osobnu podršku. To bi u biti određivao sam umirući dajući na znanje koga bi želio kao pomoć. Može to biti liječnik, sestra, rođak ili svećenik. Taj mogući krug osoba mora u tom smjeru razumijeti znakove koje bolesnik može izraziti.«

	Žene	Muški	Srednje sestre njege, skrb int - neintenz.	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetoazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavljeni	Ateisti
Ukupno	1057	220	1277	428	270	579	957	136	184
1. Eutanazija je:	1	321	70	391	141	177	291	42	58
1. Namjerno usmrćivanje teških pacijenata jer okolina i rodbina ne mogu podnositi njihovu patnju.	%	82	18	100	36	19	74	11	15
2. Skraćivanje muka teškim bolesnicima	2	343	66	409	132	83	305	42	62
3. olakšavanje patnji i umiranja.	%	84	16	100	32	20	74	10	15
	3	393	84	477	155	114	361	52	64
	%	82	18	100	32	24	76	11	13
	1	149	43	192	69	26	144	21	27
	%	78	22	100	36	13	75	11	14
	2	256	35	291	106	55	214	35	42
	%	88	12	100	36	19	73	12	14
	3	33	8	41	14	18	15	20	6
	%	80	20	100	34	44	37	49	15
2. Pristupovanje nečijoj patnji i umiranju izaziva kod vas:	4	503	119	622	204	129	460	61	101
1. Revolt i ljutnju	%	81	19	100	33	21	74	10	16
2. Poistovjećujem se s bolima pacijenta	5	136	19	155	45	43	123	9	23
3. Indiferentnost	%	88	12	100	29	28	79	6	15
4. Sažaljenje	6	31	9	40	9	11	30	1	9
5. Neugodu i strah	%	77	22	100	22	27	75	2	22
6. najradije bih napustila(o) pacijenta	7	26	2	28	7	9	17	8	3
7. Nervozi	%	93	7	100	25	32	61	28	11
3. Tko bi, po vašem mišljenju, trebao	1	377	83	460	136	106	348	53	59

izvršiti eutanaziju												
1. Liječnik												
2. Sestra												
3. Rodbina pacijenta												
4. Slučajno izabrana komisija dobrovoljaca												
5. Sam pacijent ako je u mogućnosti												
6. Ne znam												
%	82	18	100	36	29	23	47	76	12	13		
2	13	4	17	17	2	11	4	14	3			
%	76	24	100	1	12	65	24	82	18			
3	36	9	45	15	15	7	23	37	3	5		
%	80	20	100	3	33	15	52	82	6	12		
4	92	28	120	43	43	27	50	86	11	23		
%	76	23	100	9	36	22	42	72	9	19		
5	217	23	240	77	77	39	124	172	22	46		
%	90	10	100	19	32	16	52	72	9	19		
6	351	86	437	175	175	86	176	328	50	59		
%	80	20	100	34	40	20	40	75	11	13		
1	137	36	173	51	51	35	87	144	11	18		
%	79	21	100	14	29	20	50	83	6	10		
2	796	154	950	315	315	203	432	695	112	143		
%	84	16	100	74	33	21	46	73	12	15		
3	124	30	154	62	62	32	60	119	13	22		
%	80	19	100	12	40	21	39	77	8	14		
1	237	76	313	113	113	55	145	225	38	50		
%	76	24	100	24	36	18	46	72	12	16		
2	665	116	781	252	252	176	353	590	83	108		
%	85	15	100	61	33	22	45	75	10	15		
3	155	28	183	60	60	39	84	146	15	22		
%	85	15	100	14	33	22	45	79	9	12		
1	1007	203	1210	409	409	247	554	919	132	159		
%	83	17	100	95	34	20	46	76	11	13		
2	25	13	38	38	11	8	19	30	2	6		
%	65	35	100	3	29	21	50	80	5	15		
4. Treba li graditi posebne ustanove, bolnice samo za umiranje?												
1. Da												
2. Ne												
3. Ne znam												
5. Kod jasnog i definitivnog smrtnog ishoda bolesti borba za život pacijenta je besmislena?												
1. Da												
2. Ne												
3. Ne znam												
6. Medicinsko osoblje mora se boriti za život pacijenta dok god postoji nada u život?												
1. Da												

	Žene	Muški	Srednje sestre int - neintenz. njege, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetoazor			
				Selo	Mješkovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani	Ateisti	
Ukupno	1057	220	1277	428	270	579	957	136	184	
	3	25	4	29	7	14	20	2	7	
	%	86	14	100	28	24	48	69	6	25
7. U kritičnim konačnim i jasnim smrtnim situacijama ne treba poduzi- mati ništa posebno za život pacijen- ta.	1	303	74	377	121	82	174	289	40	48
	%	80	20	100	32	21	47	77	11	12
	2	622	124	746	250	163	333	550	85	111
1. Da	%	83	17	100	33	22	45	77	11	12
	3	132	22	154	57	25	72	118	11	25
	%	85	15	100	37	16	47	76	8	16
8. Dok god je pacijent živ medicinske intervencije i njega moraju se poduzi- mati?	1	1015	205	1220	416	257	547	917	133	170
	%	83	17	100	34	22	44	75	11	14
	2	19	11	30	6	6	18	20	2	8
1. Da	%	63	37	100	20	20	60	66	7	27
	3	23	4	27	5	7	15	19	1	7
	%	85	16	100	18	26	56	70	3	27
9. Kritične i jasne smrtno slučajeve treba prepuštiti da bez intervencije na miru umru	1	313	80	393	128	84	181	299	36	58
	%	79	21	100	33	22	45	76	9	15
	2	622	116	738	244	158	336	563	81	94
1. Da	%	84	16	100	33	22	45	76	11	13
	3	122	24	146	55	28	63	97	17	32
	%	83	17	100	37	19	44	66	11	23
1	524	113	637	229	136	272	488	55	94	

10. Većina pacijenata, koji umiru u bolnici, umiru ovako: 1. Uz medicinske intervencije 2. Sami, u miru 3. Uz prisutnost rodbine 4. Uz prisutnost medicinskog osoblja	%	82	18	100	50	35	21	44	77	8	15
	2	47	13	60	15	15	15	30	41	10	9
	%	78	22	100	5	25	25	50	68	16	16
	3	9	2	11	8	2	2	1	7	2	2
11. Za vrijeme umiranja pacijenata u bolnici ne može se primijetiti razlika u umiranju između religioznih i nereligioznih pacijenata? 1. Može 2. Ne može 3. Nevažno	%	81	19	100	72	18	18	10	63	18	19
	4	483	103	586	186	118	282	431	71	84	84
	%	82	18	100	46	32	21	47	73	12	15
	1	315	98	413	157	76	180	324	36	53	53
12. Postupak prema umirućim bolesnicima morao bi biti sasvim drugačiji nego što je sada? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam	%	76	24	100	32	38	18	44	78	8	14
	2	539	102	641	201	143	297	473	74	94	94
	%	84	16	100	50	32	22	46	74	11	15
	3	203	20	223	70	51	102	160	26	37	37
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost svećenika (bilo koje religije) 4. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju. 5. Ništa posebno	%	91	9	100	17	32	23	45	72	11	17
	1	413	88	501	166	90	245	392	42	67	67
	%	82	18	100	39	33	18	49	78	8	14
	2	345	82	427	151	109	167	310	56	61	61
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost svećenika (bilo koje religije) 4. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju. 5. Ništa posebno	%	80	20	100	33	35	25	40	72	13	15
	3	299	50	349	113	69	167	170	123	56	56
	%	85	15	100	27	32	20	48	50	35	15
	1	615	124	739	234	166	339	554	75	110	110
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost svećenika (bilo koje religije) 4. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju. 5. Ništa posebno	%	83	17	100	58	32	22	46	75	10	15
	2	162	42	204	83	29	92	156	17	31	31
	%	79	21	100	16	40	14	46	76	8	16
	3	93	15	108	39	21	48	84	12	12	12
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost svećenika (bilo koje religije) 4. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju. 5. Ništa posebno	%	86	14	100	8	36	19	45	77	11	12
	4	53	21	74	22	14	38	60	4	10	10
	%	71	29	100	6	30	50	80	5	15	15

	Žene	Muški	Srednje sestre int - neintenz. njega, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
Ukupno	1057	220	1277	428	270	579	957	136	184
5	151	31	182	64	48	70	124	32	26
%	82	18	100	35	26	39	68	17	15
1	640	127	767	178	156	433	516	114	137
%	83	17	100	24	20	56	67	14	19
2	207	48	255	117	65	73	225	12	18
%	81	19	100	45	25	30	88	4	8
3	101	42	143	84	30	29	115	9	19
%	70	30	100	59	21	20	80	6	14
4	72	34	106	62	20	24	89	5	12
%	68	32	100	58	20	22	83	4	13
5	73	21	94	63	11	20	80	6	8
%	78	22	100	67	12	21	85	6	9

14. Imaju li umirući pacijenti nekih posebnih, specifičnih potreba, kao na primjer za:

1. Rodbinom
2. Svećenikom
3. Razgovorom s medicinskim osobljem
4. Usamljenošću
5. Za priželjkivanjem i prizivanjem smrti

1. Spol:

1. Utvrđena je značajna razlika (z.r.) između muškaraca i žena: nađeno je manje M koji odgovaraju da je eutanazija »skraćenje muka teškim bolesnicima« (Ž značajno više) uz povećani broj M koji tvrde da je to »olakšavanje patnji i umiranja« (Ž značajno manje) od teoretski očekivanog broja. Razlika je statistički signifikantna, uz pogrešku manju od 0,01.
 2. Utvrđena je z.r. između M i Ž: manji je broj M kod kojih prisustvovanje nečitoj patnji i umiranju izaziva »neugodu i strah« (broj Ž veći) uz povećani broj onih koji odgovaraju da to kod njih izaziva »sažaljenje« (kod Ž manje). Broj Ž koje se »poistovjećuju s bolima pacijenta« je značajno povećan. Razlika je s. s.
 3. Utvrđena je z.r. između M i Ž: veći je broj M koji tvrde da bi eutanaziju trebao izvršiti »liječnik« ili »slučajno odabrana komisija sastavljena od dobrovoljaca« (Ž značajno manje). Razlika je s.s.
 5. Utvrđena je z.r. između M i Ž: više je M i manje Ž koji tvrde da je »kod jasnog i definitivnog ishoda bolesti borba za život besmislena". Razlika je s.s.
 8. Utvrđena je z.r. kod M: broj onih koji smatraju da »dok je pacijent živ medicinske intervencije i njega moraju se poduzimati' značajno smanjen, broj onih koji to ne smatraju ili »ne znaju« je povećan u odnosu na očekivane vrijednosti. Razlika je s.s.
 10. Utvrđeno je da postoji z.r. između M i Ž: većina M. smatra da »pacijenti umiru u bolnici uz medicinske intervencije«, Ž smatraju da »umiru sami, u miru«. Razlika je s.s.
 15. Utvrđeno je da postoji z.r. između M i Ž: povećan je broj Ž, a smanjen M. Razlika je s.s.
 16. Utvrđeno je da postoji z.r. između M i Ž; s obzirom na kvalifikaciju: značajno je više liječnika-žena, a značajno manje muških sa srednjom spremom. Razlika je s.s.
 18. Utvrđeno je da postoji značajna razlika između M i Ž s obzirom na vjeru: značajno je više ateista kod muškaraca, a značajno manje kod žena. Razlika je s.s.
 19. Utvrđeno je da postoji z.r. između M i Ž s obzirom na porijeklo: značajno je više muškaraca iz grada, a manje sa sela. Razlika je s.s.
 12. Utvrđena je značajna razlika između M i Ž: povećan je broj M koji »ne smatraju da bi postupak prema umirućim bolesnicima morao biti sasvim drukčiji nego do sada«, dok je smanjen broj Ž koje »ne znaju« odgovor na to pitanje. Razlika je s.s.
 13. Utvrđena je z.r. između M i Ž: smanjen je broj M koji smatraju da bi čin umiranja trebao biti »uz prisustvo rodbine", dok istovremeno Ž smatraju da bi trebao biti uz prisustvo svećenika«. Također povećan broj M, a smanjen broj Ž koji smatraju da »ništa posebno« ne treba mijenjati. Razlika je s.s.
2. Nivo naobrazbe (liječnik, viša medicinska sestra, srednja medicinska sestra)
 2. Utvrđena je z.r. među L-VS-SS: znatno je povećan broj L koji izražavaju »sažaljenje' i smanjen broj onih koji izražavaju »neugodu i strah«, dok je naprotiv smanjen broj VS koje izražavaju »sažaljenje«, a povećan broj SS koje izražavaju »neugodu i strah' kod prisustva nečijoj patnji i umiranju. Razlika je s.s.

	Žene	Muški	Više sestre, int - neintenz, njeđa, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
Ukupno	265	33	298	69	77	152	213	21	64
1. Eutanazija je:	67	10	77	15	19	43	54	8	15
1. Namjerno usmrćivanje teških pacijenata jer okolina i rodbina ne mogu podnositi njihovu patnju.	87	13	100	19	25	56	70	10	20
2. Skraćivanje muka teškim bolesnicima	84	12	96	15	23	58	71	7	18
3. Olakšavanje patnji i umiranja.	87	13	100	15	25	60	73	7	20
	114	11	125	19	36	70	88	6	31
	91	9	100	15	30	55	70	4	26
	32	5	37	10	9	18	23	4	10
	86	14	100	27	24	49	62	10	28
	73	8	81	8	16	57	62	3	16
	90	10	100	9	20	71	76	3	21
2. Prisuštvovanje nečijoj patnji i umiranju izaziva kod vas:	7	2	9		2	7	8	1	
1. Revolt i ljutnju	77	23	100		23	77	88	12	
2. Poistovjećujem se s bolima pacijenta	118	16	134	20	41	73	95	21	18
3. Indiferentnost	88	12	100	15	30	55	70	15	15
4. Sažaljenje	37	1	38	8	16	14	23	4	11
5. Neugodu i strah	97	3	100	21	42	37	60	10	30
6. Najradije bih napustila(o) pacijenta	6	1	7	2	3	2	4		3
7. Nervozu	85	15	100	28	42	30	58		42
	10		10	1	2	7	8	1	1
	100		100	10	20	7	80	10	10
3. Tko bi, po vašem mišljenju, trebao	97	10	107	19	26	62	64	9	34

izvršiti eutanaziju 1. Liječnik 2. Sestra 3. Rodbina pacijenta 4. Slučajno izabrana komisija dobrovoljaca 5. Sam pacijent ako je u mogućnosti 6. Ne znam	%	90	10	100	36	18	24	58	60	8	32
	2	20		20				20	20		
	%	100		100	7			100	100		
	3	5	1	6	3	2	2	1	5		1
	%	83	17	100	2	50	30	20	85		15
	4	22	5	27	4	5	18	16	2	2	9
4. Treba li graditi posebne ustanove, bolnice samo za umiranje? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam	%	81	19	100	9	15	18	67	59	7	34
	5	46	8	54	7	13	34	34	37	2	15
	%	85	15	100	18	12	25	63	68	3	29
	6	84	9	93	22	32	32	39	70	8	15
	%	90	10	100	21	24	34	42	75	8	17
	1	67	7	74	11	16	16	47	57	8	9
5. Kod jasnog i definitivnog smrtnog ishoda bolesti borba za život pacijenta je besmislena? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam	%	90	10	100	25	15	20	65	77	10	13
	2	182	23	205	37	55	55	113	142	11	52
	%	88	12	100	69	18	27	55	70	5	25
	3	16	3	19	2	6	6	11	14	2	3
	%	84	16	100	6	10	30	60	75	10	15
	1	63	13	76	10	18	18	48	57	6	13
6. Medicinsko osoblje mora se boriti za život pacijenta dok god postoji nada u život? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam	%	82	18	100	25	15	25	60	75	7	18
	2	161	16	177	32	44	44	101	124	11	42
	%	90	10	100	59	18	25	57	70	6	24
	3	41	4	45	7	18	18	20	22	6	7
	5	91	9	100	15	15	40	45	70	15	15
	1	219	26	245	47	68	68	130	170	18	57
6. Medicinsko osoblje mora se boriti za život pacijenta dok god postoji nada u život? 1. Da	%	90	10	100	82	20	30	50	70	7	23
	2	33	1	34	2	6	6	26	28		6
	%	97	3	100	11	5	17	78	82		18

	Žene	Muški	Više sestre, njega, skrb int – neintenz.	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
Ukupno	265	33	298	69	77	152	213	21	64
2. Ne	13	6	19		4	15	15	2	2
3. Ne znam	70	30	6	100	20	80	80	10	10
1	89	15	104	18	28	58	79	6	19
%	85	15	35	100	27	56	75	6	19
2	136	11	147	25	36	86	102	10	35
%	92	8	49	100	24	59	70	6	24
1. Da	40	7	47	6	14	27	32	5	10
2. Ne	85	15	16	100	30	58	68	10	22
3. Ne znam	225	28	253	48	70	135	179	17	57
1	88	12	85	18	27	57	70	6	24
%	25		25		2	23	21	2	2
2	100		8		8	92	84	8	8
%	15	5	20	1	6	13	13	2	5
3	75	25	7	5	30	65	65	10	25
%	78	12	90	18	21	51	66	4	20
1	86	14	30	20	24	56	75	4	21
%	155	17	172	24	51	97	121	14	37
2	90	10	58	15	30	55	70	8	22
%	32	4	36	7	6	23	26	3	7
3	88	12	12	20	15	65	75	10	15
%	124	18	142	22	41	79	102	7	33
1									

10. Većina pacijenata, koji umiru u bolnici, umiru ovako: 1. Uz medicinske intervencije 2. Sami, u miru 3. Uz prisutnost rodbine 4. Uz prisutnost medicinskog osoblja	%	87	13	100	47	15	30	55	72	8	20
	2	39	3	42			9	33	31	4	7
	%	92	8	100	14		20	80	75	10	15
	3	7		7			2	5	4	1	2
11. Za vrijeme umiranja pacijenata u bolnici ne može se primijetiti razlika u umiranju između religioznih i nereligioznih pacijenata? 1. Može 2. Ne može 3. Nevažno	%	100		100	2		30	70	60	15	25
	4	97	12	107	27	27	27	55	77	9	23
	%	90	10	100	36	25	25	50	75	10	15
	1	88	11	99	24	24	21	24	65	6	28
12. Postupak prema umirućim bolesnicima morao bi biti sasvim drugačiji nego što je sada? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam	%	88	12	100	33	24	21	55	65	6	29
	2	138	16	154	19	40	40	95	120	10	24
	%	89	11	100	52	12	25	63	77	6	17
	3	39	6	45	6	17	22	22	28	5	12
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodir, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje religije)	%	86	14	100	15	15	35	50	60	11	29
	1	118	17	135	18	38	38	79	97	6	32
	%	90	10	100	45	15	30	25	70	4	26
	2	94	11	105	21	18	18	66	75	7	23
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodir, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje religije)	%	90	10	100	35	20	15	65	70	6	24
	3	53	5	58	10	22	22	26	41	8	9
	%	90	10	100	19	15	40	45	70	15	15
	1	135	19	154	27	44	44	83	103	11	40
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodir, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje religije)	%	87	13	100	52	17	28	55	66	7	27
	2	75	7	82	10	15	15	57	64	6	12
	%	91	9	100	28	12	18	70	80	7	13
	3	25	3	28	2	5	5	21	21	3	4
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodir, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje religije)	%	89	11	100	9	7	17	76	75	10	15
	4	9	4	13	3	6	6	4	10	2	1
	%	70	30	100	4	23	45	32	76	14	10

	Žene	Muški	Više sestre, int - neintenz, njeaga, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mještovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
5. Ništa posebno	265	33	298	69	77	152	213	21	64
	5	2	25	7	8	10	17	1	7
	92	8	100	28	32	40	68	4	28
1	167	28	195	47	52	96	128	17	50
%	85	15	100	25	25	50	65	10	25
2	62		62	3	14	45	53	3	6
%	100		100	4	22	74	85	4	11
3	24	1	25	7		18	23		1
%	96	4	100		28	72	96		4
4	4	1	5		2	3	4		1
%	80	20	100		40	60	80		20
5	20	3	23	3	3	17	20	2	1
%	86	14	100	13	15	72	86	8	6

14. Imaju li umirući pacijenti nekih posebnih, specifičnih potreba, kao na primjer za:

1. Rodbinom
2. Svećenikom
3. Razgovorom s medicinskim osobljem
4. Usamljenošću
5. Za priželjkivanjem i prizivanjem smrti

3. Utvrđena je z.r. među L-VS-SS: znatno je povećan broj L koji tvrde da bi eutanaziju trebala »izvršiti slučajno odabrana komisija, dok je broj SS smanjen. Također je povećan broj VS koje smatra da bi to trebala »izvršiti sestra«. Razlika je s.s.
4. Utvrđena je z.r. među L-SS: značajno je smanjen broj L, a povećan SS koje »ne znaju' da li »treba graditi posebne bolnice za umiranje«. Razlika je s.s.
5. Utvrđena je značajna razlika među L: znatno je povećan broj L koji smatraju da je kod »jasnog i definitivnog smrtnog ishoda bolesti borba za život besmislena«, a istovremeno značajno smanjen broj L »koji ne znaju«. Razlika je s.s.
6. Utvrđena je z.r. kod VS: znatno je veći broj onih koje odgovaraju »ne' i »ne znam' na tvrdnju da se »medicinsko osoblje mora boriti za život pacijenta dok god postoji nada u život«. Razlika je s.s.
7. Utvrđena je z.r. među L-VŠ-SS: znatno je povećan broj L-VŠ koji smatra da »u kritičnim, konačnim i jasnim situacijama ne treba ništa posebno poduzimati, dok je broj SS značajno smanjen. Razlika je s.s.
8. Utvrđena je z.r. između VS-SS: nađeno je značajno više VS koje smatraju da »ne znaju' da li se »intervencije i njega moraju poduzimati dok god je pacijent živ«, dok je broj SS smanjen kod odgovoras »ne«.
10. Utvrđena je z.r. između L-VS: nađeno je značajno više L, a značajno manje VS koji na pitanje o tome »kako umiru pacijenti« odgovaraju »uz prisustvo medicinskog osoblja«. Razlika je s.s.
15. Utvrđena je značajna razlika između kvalifikacija: nađeno je značajno više muškaraca u intenzivnoj skrbi. Razlika je s.s.
16. Utvrđena je značajna razlika između kvalifikacija. tako je u intenzivnoj skrbi više liječnika, a u neintenzivnoj više sa srednjom spremom (srednje medicinske sestre). Razlika je s.s.
18. Utvrđena je značajna razlika među religijskim svjetonazorom: u intenzivnoj skrbi je značajno manje ateista i značajno više RKT. Razlika je s.s.
19. Utvrđena je značajna razlika među socijalnim porijeklom: značajno je više L iz grada u intenzivnoj skrbi, a manje SS iz grada u intenzivnoj skrbi. Razlika je s.s.
11. Utvrđena je značajna razlika između kvalifikacije osoblja: značajno je više L u intenzivnoj skrbi koji tvrde da nema razlike u umiranju religioznih i nereligioznih pacijenata. Razlika je s.s.
12. Utvrđena je z.r. među L-SS: znatno je veći broj L, a manji SS koje smatraju da bi »postupak prema umirućim mogao biti sasvim drugačiji«, dok je smanjen broj L, a povećan broj SS koje odgovaraju sa »ne znam«. Razlika je s.s.
13. Utvrđena je z.r. između L-VS-SS: nađeno je značajno više L, a manje VS koje smatraju da »kod čina umiranja ne treba biti' »ništa posebno«. Naprotiv značajno je povećan broj VS, a smanjen SS koje smatraju da je potrebno »prisustvo rodbine«. Razlika je s.s.
14. Utvrđena je z.r. između L-SS: nađeno je značajno manje L koji na tvrdnju »da umirući pacijenti imaju nekih posebnih, specifičnih potreba' odgovaraju »ništa posebno«, dok je broj SS značajno povećan. Razlika je s.s.
3. Porijeklo anketiranih (selo – mješovito naselje – grad)

	Žene	Muški	Liječnici int - neintez. njega, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
Ukupno									
1	360	346	706	159	92	458	430	62	214
%	106	129	235	63	36	136	149	21	65
1. Namjerno usmrćivanje teških pacijenata jer okolina i rodbina ne mogu podnositi njihovu patnju.	45	55	33	26	14	60	64	10	26
%	125	73	198	38	30	130	107	25	66
2. Skraćivanje muka teškim bolesnicima	63	37	28	20	15	65	54	12	34
%	115	158	273	55	26	192	174	16	83
3. Olakšavanje patnji i umiranja.	42	57	39	20	10	70	64	6	30
%	53	56	109	26	20	63	74	9	26
%	48	52	15	23	20	57	67	8	25
2	98	71	169	43	20	106	85	16	68
%	57	43	24	25	13	62	50	10	40
3	4	6	10	3	2	5	4		6
%	40	60	1	30	20	50	40		60
4	170	198	368	73	41	254	233	26	109
%	46	54	52	19	11	70	63	7	30
5	24	20	44	16	10	18	27	7	10
%	54	46	6	36	22	42	61	15	24
6	11	6	17	8	1	8	11	3	3
%	64	36	2	47	5	48	64	16	20
7	4	7	11	1	3	7	5	2	4
%	36	64	2	9	27	64	45	18	37
1	138	189	327	66	35	226	185	32	110
3. Tko bi, po vašem mišljenju, trebao									

izvršiti eutanaziju 1. Liječnik 2. Sestra 3. Rodbina pacijenta 4. Slučajno izabrana komisija dobrovoljaca 5. Sam pacijent ako je u mogućnosti 6. Ne znam	%	42	58	100	46	20	10	70	56	10	34
	2	8	22	30	7	1	22	21	5	4	
	%	26	74	100	4	23	3	74	70	16	14
	3	6	21	27	4	17	6	23	2	2	
	%	22	78	100	4	14	62	24	85	7	8
	4	32	33	65	14	7	44	34	8	23	
	%	49	51	100	9	21	10	69	52	12	35
	5	52	37	89	21	13	55	47	6	36	
	%	58	42	100	13	23	14	63	52	6	42
	6	125	64	189	60	20	109	134	10	45	
	%	66	34	100	27	32	10	58	70	5	25
	1	36	56	92	20	9	63	55	8	29	
	%	39	61	100	13	21	9	70	60	9	31
	2	285	282	567	127	76	364	346	47	174	
%	50	50	100	80	22	13	65	61	9	30	
3	25	22	47	9	7	31	29	6	13		
%	53	47	100	7	19	15	66	61	12	27	
1	104	128	232	49	30	153	145	16	71		
%	45	55	100	33	21	12	67	62	6	32	
2	211	200	411	94	58	259	251	37	123		
%	52	48	100	58	22	14	64	61	9	30	
3	31	32	63	13	4	46	34	9	20		
%	49	51	100	9	20	6	74	53	14	33	
1	332	333	665	147	83	435	412	54	199		
%	49	51	100	94	22	12	66	61	9	30	
2	8	17	25	6	8	11	11	7	7		
%	32	68	100	4	24	32	44	44	28	28	
4. Treba li graditi posebne ustanove, bolnice samo za umiranje? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam											
5. Kod jasnog i definitivnog smrtnog ishoda bolesti borba za život pacijenta je besmislena? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam											
6. Medicinsko osoblje mora se boriti za život pacijenta dok god postoji nada u život? 1. Da											

	Žene	Muški	Liječnici int – neintez. njega, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor			
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti	
Ukupno	360	346	706	159	92	458	430	62	214	
	3	10	16	3	1	12	7	1	8	
	%	63	100	18	6	76	43	6	51	
7. U kritičnim konačnim i jasnim smrtnim situacijama ne treba poduzi- mati ništa posebno za život pacijen- ta.	1	127	246	63	34	149	158	17	71	
	%	52	100	35	13	62	64	6	30	
	2	196	200	396	80	51	265	235	34	127
1. Da	49	51	56	20	12	68	59	8	33	
2. Ne	31	33	64	13	7	44	37	11	16	
3. Ne znam	48	52	9	20	10	70	57	17	26	
8. Dok god je pacijent živ medicinske intervencije i njega moraju se poduzi- mati?	1	314	631	142	83	406	394	48	189	
	%	49	51	89	22	13	65	62	7	31
	2	23	26	49	9	7	33	22	7	20
1. Da	46	54	7	18	14	68	44	14	42	
2. Ne	9	17	26	5	2	19	14	7	5	
3. Ne znam	34	66	4	19	7	74	53	26	21	
9. Kritične i jasne smrtnne slučajeve treba prepusiti da bez intervencije na miru umru	1	130	258	58	29	171	153	22	83	
	%	50	50	37	22	11	67	59	8	33
	2	187	202	389	89	53	247	241	34	114
1. Da	48	52	55	22	14	64	61	8	31	
2. Ne	29	30	59	9	10	40	38	4	17	
3. Ne znam	49	51	8	15	16	69	64	6	30	
	200	224	424	87	50	287	256	33	135	

	Ukupno	Žene	Muški	Liječnici int - neintez. njega, skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
					Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
5. Ništa posebno		360	346	706	159	92	458	430	62	214
	5	38	62	100	19	20	61	60	12	28
	%	38	62	100	19	20	61	60	12	28
14. Imaju li umirući pacijenti nekih posebnih, specifičnih potreba, kao na primjer za:	1	251	251	502	135	61	306	302	43	157
1. Rodbinom	%	50	50	71	26	12	62	60	8	32
2. Svećenikom	2	63	59	122	27	19	76	85	8	29
3. Razgovorom s medicinskim osobljem	%	51	49	17	22	15	63	69	6	25
4. Usamljenošću	3	25	40	65	2	11	52	35	2	28
5. Za priželjkivanjem i prizivanjem smrti	%	38	62	9	3	16	81	53	3	44
	4	18	11	29	3	3	23	20	5	4
	%	62	38	4	10	10	80	68	18	14
	5	8	3	11	5		6	5	4	2
	%	72	28	2	45		55	45	35	20

1. Utvrđena je z.r. u odgovorima na pitanje »što je eutanazija« s time da je značajno povećan broj sa S i M koji se odlučuju za tvrdnju da je to »namjerno usmrćivanje, jer rodbina i okolina ne može podnositi patnju pacijenata«. Razlika je s.s.
2. Utvrđena je z.r. između M i G: nađeno je znatno više iz M, a znatno manje iz G onih koji doživljavaju »neugodu i strah« kod prisustvovanja nečijoj patnji i umiranju«. Razlika je s.s.
3. Utvrđena je z.r. između S i G: nađeno je značajno više iz S, a značajno manje iz G koji odgovaraju sa »ne znam' na pitanje o tome »tko bi trebao izvršiti eutanaziju". Razlika je s.s.
6. Utvrđena je z.r. između S i G: na tvrdnju da se »medicinsko osoblje mora boriti za život pacijenta dok god postoji nada' značajno je smanjen broj onih sa S koji odgovaraju »ne znam«, a značajno povećan broj onih koji odgovaraju sa »ne« iz G. Razlika je s.s.
8. Utvrđena je z.r. između S i G: na tvrdnju da »dok god je pacijent živ medicinske intervencije i njega moraju se poduzimati' odgovori »ne« su značajno rjeđi na S, dok su u G značajno češći od očekivanog broja. Razlika je s.s.
15. Utvrđena je značajna razlika između porijekla osoblja: značajno manje muškaraca sa sela, a značajno više iz grada. Razlika je s.s.
16. Utvrđena je značajna razlika između porijekla: značajno je više liječnika iz grada, a manje iz mješovitog naselja. Razlika je s.s.
18. Utvrđena je značajna razlika s obzirom na porijeklo: značajno je više »ostale religije«, tj. muslimani i pravoslavni sa sela, a manje iz grada. Razlika je s.s.
19. Utvrđena je značajna razlika s obzirom na porijeklo: značajno je više porijeklka iz grada, a značajno manje sa sela. Razlika je s.s.
4. Religijska pripadnost (rkt – muslimani i pravoslavni, ateisti)
2. Utvrđena je z.r. između RKT i A: na tvrdnju »kritične i jasne smrtne slučajeve treba prepustiti da bez intervencija i na miru umru« značajno je smanjen broj odgovora »ne« kod RKT, a povećan kod A. Razlika je s.s.
10. Utvrđena je z.r. kod muslimana i pravoslavnih: na tvrdnju da »većina pacijenta koji umiru u bolnici, umiru' uz »prisustvo medicinskog osoblja« broj odgovara da »umiru uz medicinske intervencije« značajno smanjen. Razlika je s.s.
15. Utvrđena je z.r. između ateista i vjernika: značajno više, ateista među muškarcima; a manje među ženama. Razlika je s.s.
16. Utvrđena je z.r. između vjera: značajno više ateista među liječnicima, a značajno manje kod srednjih medicinskih sestara. Razlika je s.s.
18. Utvrđena je z.r. između vjera: značajno je više RKT nego muslimana i pravoslavnih. Razlika je s.s.
19. Utvrđena je z.r. među vjerama s obzirom na porijeklo: značajno je više muslimana i pravoslavnih sa sela, a manje iz grada. Razlika je s.s.
20. Utvrđena je z.r. između RKT i A: na pitanje o tome »da li umirući pacijenti imaju nekih posebnih, specifičnih potreba' znatno je povećan broj RKT koji odgovaraju da je to »svećenik«, dok je broj A značajno smanjen u odnosu na očekivane vrijednosti. Razlika je s.s.

	Žene	Muški	Sestre, V. sestre Ljčnici int – neint. skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
Ukupno	1668	613	2281	633	440	1208	1600	219	462
1. Eutanazija je:	1	494	703	219	128	356	494	71	138
1. Namjerno usmrćivanje teških pacijenata jer okolina i rodbina ne mogu podnositi njihovu patnju.	%	30	100	32	18	50	70	10	20
2. Skraćivanje muka teškim bolesnicima	2	552	703	185	136	382	483	74	146
3. Olakšavanje patnji i umiranja.	%	78	100	31	20	54	68	10	22
	3	622	875	229	176	470	623	74	178
	%	71	100	38	20	54	71	9	20
	1	234	338	105	55	178	241	34	63
	%	70	100	15	15	55	70	10	20
	2	427	541	157	91	293	361	54	126
	%	78	100	24	15	56	66	9	25
	3	44	60	17	22	21	27	21	12
	%	73	100	3	35	35	45	35	20
2. Pristupovanje nečijoj patnji i umiranju izaziva kod vas:	4	791	1124	297	211	616	788	108	228
1. Revolt i ljutnju	%	70	100	49	18	56	70	9	21
2. Poistovjećujem se s bolima pacijenta	5	197	237	69	69	99	173	20	44
3. Indiferentnost	%	83	100	10	29	42	72	8	20
4. Sažaljenje	6	48	64	19	15	30	45	4	15
5. Neugodu i strah	%	75	100	3	25	45	70	6	24
6. Najradije bih napustila(o) pacijenta	7	40	49	9	14	26	30	11	8
7. Nervozu	%	81	100	2	18	28	61	22	17
3. Tko bi, po vašem mišljenju, trebao	1	612	894	221	167	506	597	94	203

izvršiti eutanaziju	68	32	100	39	24	18	58	66	10	24
1. Liječnik	41	26	67	9	12	46	55	8	4	4
2. Sestra	61	39	100	3	13	17	70	82	11	7
3. Rodbina pacijenta	47	31	78	22	26	30	65	5	8	8
4. Slučajno izabrana komisija dobrovoljaca	60	40	100	3	28	33	39	83	6	11
5. Sam pacijent ako je u mogućnosti	146	66	212	61	39	112	136	21	55	55
6. Ne znam	68	32	100	9	28	18	54	64	9	27
	68	315	383	105	65	213	256	30	97	97
	17	83	100	17	27	16	57	66	7	27
	560	159	719	257	138	324	532	68	119	119
	77	23	100	32	35	20	45	73	9	18
1	240	99	339	82	60	197	256	27	56	56
	70	30	100	15	24	17	59	75	7	18
2	1263	459	1722	479	334	909	1183	170	369	369
1. Da	73	27	100	75	27	19	54	68	9	23
2. Ne	165	55	220	73	45	102	162	21	37	37
3. Ne znam	75	25	100	10	33	20	47	73	9	18
	404	217	621	172	103	346	427	60	134	134
	65	35	100	27	28	16	56	70	9	21
2	1037	332	1369	378	278	713	965	131	273	273
1. Da	75	25	100	60	27	20	53	70	10	20
2. Ne	227	64	291	80	61	150	212	30	49	49
3. Ne znam	78	21	100	13	27	20	53	72	10	18
	1558	562	2120	603	398	1119	1501	204	415	415
	73	27	100	93	28	18	54	70	9	21
2	66	31	97	19	22	56	69	9	19	19
1. Da	68	32	100	4	19	22	59	71	10	19

	Žene	Muški	Sestre, V. sestre Liječnici int - neint. skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
Ukupno	1668	613	2281	633	440	1208	1600	219	462
2. Ne	44	20	64	11	12	41	42	5	17
3. Ne znam	68	32	100	17	18	65	65	8	27
1	511	216	727	202	144	381	526	63	138
%	70	30	100	27	19	54	72	8	20
2	954	335	1289	355	250	684	887	126	273
%	74	26	100	27	19	54	68	10	22
1. Da	203	62	265	76	46	143	187	27	51
2. Ne	76	24	100	28	17	55	70	10	20
3. Ne znam	1554	550	2104	606	410	1088	1490	198	416
1	73	27	100	28	20	52	70	10	20
%	67	37	104	18	15	71	63	11	30
2	64	36	100	18	15	67	60	10	30
%	47	26	73	11	15	47	46	10	17
3	65	35	100	15	20	65	65	15	20
%	521	220	741	204	134	403	518	62	161
1	70	30	100	27	20	53	70	8	22
%	965	334	1299	357	262	680	921	133	245
2	75	25	100	25	20	55	70	10	20
%	183	58	241	71	44	126	161	24	56
3	75	25	100	29	20	51	65	10	25
%	848	355	1203	338	227	638	846	95	262
1									

10. Većina pacijenata, koji umiru u bolnici, umiru ovako: 1. Uz medicinske intervencije 2. Sami, u miru 3. Uz prisutnost rodbine 4. Uz prisutnost medicinskog osoblja	%	70	30	100	53	30	20	50	70	10	20
	2	114	38	152	28	36	88	100	19	33	
	%	75	25	100	7	25	55	65	15	20	
	3	17	3	20	9	4	7	12	3	5	
11. Za vrijeme umiranja pacijenata u bolnici ne može se primijetiti razlika u umiranju između religioznih i nereligioznih pacijenata? 1. Može 2. Ne može 3. Nevažno	%	85	15	100	-	20	35	60	15	25	
	4	701	248	949	272	175	502	677	104	168	
	%	73	27	100	42	20	52	71	10	19	
	1	515	241	756	235	137	384	528	66	162	
12. Postupak prema umirućim bolesnicima morao bi biti sasvim drugačiji nego što je sada? 1. Da 2. Ne 3. Ne znam	%	70	30	100	33	20	50	70	8	22	
	2	843	282	1125	297	223	605	804	114	207	
	%	74	26	100	49	20	54	71	10	19	
	3	310	90	400	101	80	219	268	39	93	
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje	%	77	23	100	18	20	55	67	9	24	
	1	691	272	963	260	176	527	692	81	190	
	%	71	29	100	41	20	54	71	9	20	
	2	555	234	789	227	158	404	537	83	169	
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje	%	70	30	100	35	20	52	68	10	22	
	3	420	107	527	148	102	277	286	140	101	
	%	79	21	100	23	19	53	54	26	20	
	1	950	358	1308	346	266	696	909	118	281	
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje	%	72	28	100	57	20	54	70	9	21	
	2	317	95	412	131	51	230	299	28	85	
	%	76	24	100	18	13	55	72	8	20	
	3	148	45	193	56	36	101	140	23	30	
13. Čin umiranja trebao bi, otprilike, izgledati ovako: 1. Sestrinska njega i komuniciranje (dodirom, riječju) 2. Prisutnost rodbine 3. Prisutnost onih koji žele prisustvovati nečijem umiranju 4. Prisutnost svećenika (bilo koje	%	76	24	100	8	18	53	72	11	17	
	4	71	41	112	32	23	57	86	11	15	
	%	63	37	100	5	20	52	76	9	15	
	1	691	272	963	260	176	527	692	81	190	

	Žene	Muški	Sestre, V. sestre Liječnici int - neint. skrb	Osnovnu školu završili u			Religijski svjetonazor		
				Selo	Mješovito naselje	Grad	Katolici	Muslimani Pravoslavni	Ateisti
5. Ništa posebno religije)	1668	613	2281	633	440	1208	1600	219	462
	212	95	307	90	76	141	201	45	61
%	69	31	13	29	24	47	65	14	21
14. Imaju li umirući pacijenti nekih posebnih, specifičnih potreba, kao na primjer za:	1058	406	1464	360	269	835	946	174	344
	72	28	64	24	18	58	64	11	25
%	332	107	439	147	98	184	363	23	53
1. Rodbinom	75	25	19	33	22	45	82	7	11
2. Svećenikom	150	83	233	86	48	99	174	11	48
3. Razgovorom s medicinskim osobljem	64	36	10	36	20	44	74	6	20
4. Usamljenošću	94	46	140	65	25	50	113	10	17
5. Za priželjkivanjem i prizivanjem smrti	67	23	6	46	14	40	80	8	12
%	101	27	128	71	14	43	105	12	11
%	78	22	6	55	10	35	82	8	10
15. Kojeg ste spola?		613	613	191	84	338	415	50	148
		100	27	27	30	15	55	67	10
1. Ženski	1668		1668	442	356	870	1185	169	314
2. Muški	100		73	25	22	53	71	10	14
%	1057	220	1277	428	270	579	957	136	184
%	82	18	56	33	22	45	75	10	15
16. Koja je vaša stručna sprema?	265	33	298	49	78	171	213	21	64
	88	12	13	16	26	58	71	9	20
1. Srednja	346	360	706	156	92	458	430	62	214
2. Viša									
3. Visoka									

Tablica H_i^2 testova na temelju grupiranja odgovora u skupinama:

IJ — NJ liječnici	
IJ — NJ više sestre	
IJ — NJ srednje sestre	
IJ — NJ liječnici, više sestre, srednje sestre, svi zajedno	
Liječnici u intenzivnim jedinicama	242 ili 34,27%
Liječnici u neintenzivnim jedinicama	464 ili 65,72%
Više sestre u intenzivnim jedinicama	121 ili 40,60%
Više sestre u neintenzivnim jedinicama	177 ili 59,39%
Srednje sestre u intenzivnim jedinicama	505 ili 39,54%
Srednje sestre u neintenzivnim jedinicama	772 ili 60,45%
Svi zajedno: intenzivne jedinice	868 ili 38,05%
neintenzivne jedinice	1413 ili 61,95%

Pitanje broj	LIJEČNICI		VS		SS		SVI	
	x^2	P	x^2	P	x^2	P	x^2	P
1.	0,40	0,05	0,96	0,05	0,00	0,05	4,75	0,05
2.	6,82	0,05	9,08	0,05	9,05	0,05	44,33	< 0,05
3.	4,30	0,05	45,21	0,01	31,05	0,01	94,83	0,01
4.	3,35	0,05	5,04	0,05	1,25	0,05	47,49	0,01
5.	34,22	0,01	1,18	0,05	31,37	0,01	19,53	0,01
6.	0,55	0,05	6,11	< 0,05	0,24	0,05	54,47	0,01
7.	15,80	0,01	1,09	0,05	8,97	< 0,05	15,97	0,01
8.	3,18	0,05	16,63	0,01	0,14	0,05	50,72	0,01
9.	22,40	0,01	11,69	0,01	35,25	0,01	14,10	< 0,05
10.	1,99	0,05	2,85	0,05	22,69	0,01	57,36	0,01
11.	5,62	0,05	14,77	0,01	14,15	0,01	4,09	0,05
12.	11,26	0,01	4,34	0,05	13,69	0,01	59,80	0,01
13.	4,40	0,05	7,20	0,05	6,50	0,05	51,34	0,01
14.	5,29	0,05	10,87	< 0,5	5,41	0,05	42,51	0,01

Svi podvučeni H_i^2 -testovi značajni su na nivou 0,01 ili 0,05.

Interpretacija značajnih H_i^2 — testova:

- SVI: utvrđena je z.r. među L i VS: Liječnici značajno češće izražavaju »sazaljenje«, a VS rjeđe, uz istovremeno manji broj liječnika sa »neugodom i strahom« od očekivanog broja. Razlika je s.s. (44,33)
 - VS: utvrđena je z.r. među VS (u IJ i NJ): VS u intenzivnoj njezi češće, a u neintenzivnim odjelima značajno rjeđe smatraju da bi »sestra« trebala izvršiti eutanaziju. Razlika je s.s. (45,21)
- SS: utvrđena je z.r. među SS (u IJ i NJ): SS u IJ značajno rjeđe, a u NJ značajno češće smatraju da bi eutanaziju trebao izvršiti »sam pacijent, ako je u mogućnosti". Razlika je s.s. (31,05)
- SVI: utvrđena je z.r. među VS i SS: VS značajno češće smatraju da bi »sestra« trebala izvršiti eutanaziju, a SS to misle znatno rjeđe od očekivanog broja. Razlika je s.s. (94,83)

4. SVI: utvrđena je z.r. između L, VS i SS: smanjen je broj L koji smatraju da treba graditi posebne bolnice za umiranje, povećan je broj VS koje smatraju da to treba učiniti, dok je broj SS povećan u odgovoru »ne znam". Razlika je s.s. (47,49)
5. L: utvrđena je z.r. među L u IJ i NJ: liječnici u IJ značajno češće, a u NJ značajno rjeđe smatraju da je kod jasnog smrtnog ishoda borba za život pacijenta besmislena. Razlika je s.s. (34,22)
SS: isti zaključak kao kod L samo se radi o SS.
SVI: utvrđena je z.r. među odgovorima L: značajno češće tvrde da »je borba za život besmislena", a značajno rjeđe se izjašnjavaju sa »ne znam«. Razlika je s.s. (19,53)
6. VS: utvrđena je z.r. među VS u IJ i NJ: sestre IJ značajno češće, a sestre NJ značajno rjeđe od očekivanog broja tvrde da se »treba boriti za život pacijenta dok postoji nada«. Razlika je s.s. (6,11)
SVI: isti zaključak kao kod VS, samo se radi o L.
7. L: utvrđena je z.r. između L u IN i NJ: liječnici IJ značajno češće, a L u NJ značajno rjeđe od očekivanog broja smatraju da u »kritičnim situacijama ne treba poduzimati ništa posebno za život pacijenta.« Razlika je s.s. (15,80)
SS: isti zaključak kao i kod L, samo se ovdje radi o SS.
SVI: utvrđena je z.r. između L i VS. dok L rjeđe, VS značajno češće odgovaraju sa »ne znam«. Razlika je s.s. (15,97)
8. VS: utvrđena je z.r. među VS u IJ i NJ: VS u intenzivnim jedinicama češće, a u NJ značajno rjeđe od očekivanog broja odgovaraju »ne« (>dok je pacijent živ med. intervencije i njega moraju se poduzimati«). Razlika je s.s. (16,63)
SVI: utvrđena je z.r. između L i SS: L značajno češće, a SS značajno rjeđe od očekivanog broja odgovaraju sa »ne« (na tvrdnju »dok je pacijent živ...«). Razlika je s.s. (50,72)
9. L: utvrđena je z.r. između L u IJ i NJ: liječnici u IJ značajno češće daju odgovor »da« a u NJ odgovor »ne« na pitanje o tome da »kritične i jasne smrtne slučajeve treba pustiti da umru«. Razlika je s.s. (22,40)
VS: isti zaključak samo se radi o VS.
SS: utvrđena je z.r. među SS i IJ i NJ: dok je značajno povećan broj sa odgovorom »da« u IJ, znatno je povećan broj sa odgovorom »ne« u NJ. Razlika je s.s. (35,25)
SVI: utvrđena je z.r. među odgovorima L: značajno je povećan broj koji odgovara sa »da«, a smanjen broj sa odgovorima »ne znam« (na isto pitanje). Razlika je s.s. (14,10)
10. SS: utvrđena je z.r. među SS u IJ i NJ: SS u IJ značajno rjeđe, a u NJ značajno češće smatraju da »pacijenti umiru sami, u miru«. Razlika je s.s. (22,69)

- SVI: utvrđena je z.r. među VS i SS: značajno je više VS koje smatraju, a značajno manje SS koje smatraju da pacijenti umiru »sami, u miru«. Razlika je s.s (57,36) (ovo je opet u kontradikciji sa odgovorom SS kad se radi o onima koji su NJ).
11. VS: utvrđena je z.r. među VS u IJ i NJ: dok VS u IJ znatna češće odgovaraju »da«, VS u NJ značajno češće odgovaraju sa »ne« na tvrdnju da se za vrijeme umiranja pacijenata...«. Razlika je s.s. (14,77)
- SS: isti zaključak samo se radi o SS (u IJ i NJ).
12. L: utvrđena je z.r. među L: značajno je smanjen broj onih koji tvrde »da«, a povećan broj onih koji tvrde »ne« na pitanje o tome da bi »postupak sa umirućima mogao biti drukčiji«. Razlika je s.s. (11,26)
- SS: utvrđena je z.r. među SS: značajno je povećan broj onih koje tvrde »ne«, a smanjen broj onih koje odgovaraju »ne znam« u odnosu na očekivani broj. Razlika je s.s. (isto pitanje kao kod L) (13,69)
- SVI: utvrđena je z.r. među L i SS: smanjen je broj L, a povećan broj SS koji odgovaraju sa »ne znam« na postavljeno pitanje o »postupku sa umirućima...«. Razlika je s.s. (59,80)
13. SVI: utvrđena je z.r. među L i VS: znatno je povećan broj L sa odgovorom »ništa posebno«, a znatno smanjen VS (na isti pitanje o tome da bi »čin umiranja trebao...) Razlika je s.s. (51,34)
14. VS: utvrđena je z.r. među VS u LJ i NJ: dok VS u IJ značajno češće, VS u NJ značajno rjeđe tvrde da »umirući pacijenti imaju potrebu za svećenikom«. Razlika je s.s. (10,87)
- SVI: utvrđena je z.r. među L i VS: dok L značajno češće smatraju da umirući imaju potrebu za razgovorom s medicinskim osobljem, VS smatra da imaju potrebu za »rodbinom«. Razlika je s.s. (42,51)

Rezultati anketiranja medicinskih sestara u Hrvatskoj 1988. godini na temu »eutanazija, medicinske tajne i situacija umiranja«

PITANJE	ODGOVOR	N	%
1. Da li postoji razlika u pojavi straha kod umirućih vjernika i nevjernika?	DA	210	31,6
	NE	349	52,5
	?	106	15,9
2. Da li postoji razlika u prihvaćanju smrti između vjernika i ne-vjernika (bez obzira na konfesije)?	DA	259	38,9
	NE	341	51,3
	?	65	9,8
3. Što prakticirate u situacijama umiranja pacijenta?	verbalizira, daje nadu	124	8,4
	nastoji smanjiti bol	453	30,7
	izražava suosjećanje	64	4,3
	ispunjava sitne želje	310	21,0
	pažljivo služe pacijenta	216	14,6
	stalno je uz pacijenta	256	17,4
	ništa posebno	34	2,3
ostalo	17	1,3	

4.	Osjećate li se bespomoćni u času umiranja pacijenta ili imate nade i u skladu s time nešto poduzimate?	imam nade	198	29,8
		bespomoćna sam	197	29,6
		nešto poduzimam	94	14,1
		bez odgovora	99	14,9
5.	Da li saopćavate stanje (dijagnozu) pacijentu ili ga samo nastojite tješiti?	ostalo	77	11,6
		nastoji tješiti	422	63,4
		ne saopćava stanje	84	12,6
		saopćava i tješi	39	5,9
		Ovisi o dijagnozi	20	3,1
		bez odgovora	59	8,9
6.	Do koje je granice, prema Vašem mišljenju, dozvoljena intervencija osoblja u situacijama smrti?	ostalo	41	6,1
		do sigurne smrti	112	16,8
		ne znam	79	11,9
		dok ima nade	54	8,2
		bez odgovora	292	43,9
7.	Da li primamo sanirati fizičke ili psihičke patnje umirućega?	ostalo	128	19,2
		fizičke	302	45,4
		psihičke	93	14,0
		i jedne i druge	224	33,7
8.	Da li suosjećate s umirućima?	ne zna	46	6,9
		DA	492	74,0
		NE	69	10,4
9.	Bez obzira što činite u času umiranja pacijenta, biste li ga ipak intimno najviše voljeli napustiti u tom času?	?	104	15,6
		DA	254	38,2
		NE	401	60,3
		?	10	1,5
10.	nastojite li do zadnjeg časa komunicirati s pacijentom?	DA	532	80,0
		NE	116	17,4
		?	17	2,6
11.	da li umiranje izaziva kod Vas stanje konflikta s obzirom na ono što ste eventualno još mogli uočiti za pacijenta?	DA	199	29,9
		NE	327	49,2
		?	139	20,9
12.	Podržavate li uvijek nadu pacijenta u dobar ishod njegove bolesti?	DA	587	88,3
		NE	37	5,7
		?	41	6,0
13.	Da li su za utjehu potrebne riječi (verbalizacija) ili dovoljno samo prisutnost druge, bliže osobe?	oboje	200	30,1
		verbalizacija	134	20,1
		prisustvo	191	28,7
		bez odgovora	80	12,0
		ostalo	60	9,0
14.	Možete li procijeniti kad nastupa smrt i kad medicinski zahvati postaju besmisleni?	DA	496	74,6
		NE	84	12,6
		?	85	12,8
15.	Da li je s umirućima moguća komunikacija?	DA	222	33,4
		NE	231	34,7
		?	212	31,9
		DA	144	21,6
16.	Doživljavate li stvarne emocije straha pokraj umirućega?	NE	377	56,7
		?	144	21,6
		DA	144	21,6
17.	Da li u stanovitoj mjeri mije-njati stav s obzirom na to da li je umirući poznata ili sasvim nepoznata osoba?	DA	242	36,4
		NE	394	59,2
		?	29	4,4
18.	Da li smatrate da postoji adaptacija na situacije umiranja	DA	415	62,4

	nakon određenog vremena rada u intenzivnoj njezi (skrbi)?	NE	230	34,6
		?	20	3,0
19.	Na kakav način se oslobađate od doživljenog šoka smrti?	zaboravom	110	16,5
		racionalizacijom	159	23,9
		pojačanim radom	79	11,9
		nikako (tuga...)	127	19,1
		bez odgovora	143	21,5
		ostalo	47	7,1
20.	Da li je po vašem mišljenju izražavanje suosjećanja dovoljno za suzbijanje straha (panike) pacijenta?	DA	104	15,6
		NE	539	81,0
		?	22	3,4

1.	Koliko dugo radite u intenzivnoj skrbi?			
	Anketirano	228	208	229
	Ukupno godina	1522	1487	1559
	Prosječno godina	6,7	7,1	6,8
2.	Kolika je učestalost umiranja kojima prisustvujete (prosječno mjesečno):	3,4	3,8	4,5
3.	Postoji li razlika u doživljavanju umiranja mlađih (do 40 godina) i starijih osoba?			
	% DA	87,3	86,0	89,8
	% NE	11,8	13,5	4,4
	% nije sigurna	0,9	0,5	0,0

EUTHANASIA AND SITUATIONS OF DYING

DRAGUTIN NOVAKOVIĆ
Faculty of Medicine, Zagreb

The study on euthanasia and situations of dying were carried out in 1989 on a sample of 2281 nurses and physicians. The examinees were followed-up as to their sex, social background, education, religion and work place (intensive or non-intensive care). All medical personnel consider euthanasia as murder. Even if euthanasia were to be permitted they would not participate in it or bring any decisions.

At the same time in 1988 and 1989, another study was carried out on situations of dying in hospitals, in intensive and non-intensive care units in all Croatian towns which have hospital care. The study dealt with the problems of dying, observing dying patients, soothing terrible pain. How are our fellow citizens dying? How does dying affect medical personnel? Significant differences were noticed between the dying of younger and older people, more and less know persons, rich and poor.

What has happened with dying and death in the last fifty years? Who are the new thanatocrates? To die was always hard, regardless of the culture and civilisation, of time and place. At the moment of dying we are all panickily frighened, whether we show it or not. In the last thirty years a new science has appeared – thanatology, which tries to study dying and death. Can death be tamed, made acceptable? Have we accepted the assumption that life is eternal or that a new metaphysics of life is being born?