

STAVOVI STUDENATA MEDICINE, PRAVA I PSIHOLOGIJE PREMA DISTANAZIJI I PRAVU PACIJENATA NA SUODLUČIVANJE O POSTUPCIMA LIJEČENJA U TERMINALNOJ FAZI BOLESTI

BRANKICA JURANIĆ, ŠTEFICA MIKŠIĆ i DAMIR LJUBOTINA¹

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet, Osijek i

¹*Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, Zagreb, Hrvatska*

Distanazija se odnosi na primjenu medicinskih zahvata s ciljem održavanja života u slučajevima kada ne postoji nikakva nada za izlječenjem, pri čemu ti postupci mogu dovesti do produljenja patnje i boli kod bolesnika. U ovom istraživanju ispitani su stavovi 370 studenata prve i završnih godina studija medicine, prava i psihologije o distanaziji te o pravu pacijenta na suodlučivanje u procesu liječenja u terminalnoj fazi bolesti. Stavovi studenata prema distanaziji su pretežno pozitivni u slučajevima kada se to liječenje doživljava kao borba za život pacijenta, dok je u slučajevima naglašavanja patnje pacijenta i obitelji stav prema distanaziji blago negativan. Studenti završnih godina studija medicine imaju statistički značajno negativniji stav prema distanaziji od studenata prve godine, te studenata ostalih studija. Sve ispitane skupine studenata imaju pozitivan stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje u procesu liječenja, s tim da studenti prve godine medicine imaju relativno najniže procjene. Pozitivan stav prema distanaziji nisko je povezan s većom religioznošću ispitanika ($r=-0,308$), te vrlo nisko s konzervativnim životnim svjetonazorom ($r=0,162$), dok je osobno iskustvo tijekom studija vezano uz zahvat koji ne može pomoći pacijentu tek neznatno povezano s negativnijim stavom prema distanaziji ($r=0,131$). Korelacija između stava prema distanaziji i eutanaziji niska je i negativna ($r=-0,354$) što može ukazivati na blagu tendenciju da ispitanici odustajanje od distanazije mogu doživljavati kao neki oblik pasivne eutanazije. Rezultati ukazuju na složenost koncepta distanazije i potrebu multidisciplinarnog pristupa ovom problemu.

Ključne riječi: distanazija, pravo pacijenta na suodlučivanje, eutanazija, stavovi

Adresa za dopisivanje: Damir Ljubotina
Filozofski fakultet Zagreb
Odsjek za psihologiju
Ivana Lučića 3
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: dljuboti@ffzg.hr

UVOD

Razvoj medicinske znanosti i tehnologije, terapijskih postupaka, tehnika reanimacije i farmakologije omogućio je znatne pomake u učinkovitosti liječenja velikog broja kroničnih i neizlječivih bolesti što je omogućilo produžavanje vremena preživljavanja osobe i odgađanje trenutka

smrti. S druge strane to je povećalo očekivanja i zahtjeve pacijenata, kao i članova obitelji, vezane uz učinke pojedinih vrsta tretmana te provođenje različitih vrsta dijagnostičkih postupaka. Odluke o trajanju, opravdanosti i svrsishodnosti pojedinih medicinskih zahvata osobito su

složene kod bolesnika koji su životno ugroženi, odnosno kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. U preporuci 1418 Vijeća Europe iz 1999. naglašava se da ovi postupci ne smiju zanemarivati kvalitetu života umirućih, a „medicinska praksa ne bi smjela imati kao isključivi cilj samo produženje života, već se mora posvetiti i ublažavanju patnje“ (1).

U takvoj situaciji u kojoj je pacijent često izložen neizdrživim bolovima i patnji moguće je načelno ustrajati u liječenju, provesti postupke kojima se ubrzava proces umiranja ili se odlučiti za neki smjer palijativne skrbi usmjeren na ublažavanje boli i patnje bolesnika. U ovom radu nastojali smo analizirati neke aspekte koncepta distanzije, te njezin odnos s eutanazijom i pravom pacijenta na suodlučivanje u postupcima liječenja povezanim s terminalnom fazom bolesti.

Distanzija (grč. *dys*=loš, s greškom; *thanatos*=smrt) je noviji pojam razvijen u okviru bioetike, a odnosi se na primjenu medicinskih zahvata s ciljem održavanja života i onda kada ne postoji nikakva nada za izlječenjem, pri čemu su ti zahvati praćeni produljenjem patnje i boli pacijenta. Srodni termini koji se koriste u našoj literaturi su medicinska beskorisnost i terapijska ustrajnost (2). Distanzija označava sporu i bolnu smrt, odnosno umiranje kod kojega pacijent gubi kvalitetu života i mogućnost na dostojanstveno umiranje, a postavlja se i pitanje autonomije bolesnika u donošenju odluke pri takvu stanju (3). Detaljan prikaz biomedicinskih i moralno-etičkih aspekata distanzije razmatra se u radu Vuletić i sur. (4).

Medicinsku beskorisnost povežujemo s procjenom kvalitete života pri čemu je jasno da nema prikladnog testa, norme ili drugog postupka na osnovi kojih bismo mogli jednoznačno procijeniti da „život nije vrijedan življenja“ (5). Neka od pitanja na koja je potrebno ponuditi odgovor jesu: je li moguće i uz koje kriterije s pozicije medicinske znanosti utvrditi situacije u kojima nema dvojbe da je nastavak liječenja beskoristan; kakva su prava pacijenta da (su)odlučuje u takvim situacijama; kako riješiti pitanje prava pacijenta u situacijama kada pacijent zbog svog stanja nije u mogućnosti donositi odluku; koliko je opravdano s ekonomskog stanovišta ulaganje velikih sredstava u zahvate čiji je učinak upitne koristi za pacijenta (6); kako zakonski regulirati ovu problematiku te je uskladiti s općim društvenim i svjetonazorskim načelima koja uključuju vrijednosti i vjerska osjećanja građana i pacijenata.

U empirijskom istraživanju na medicinskim sestrama Menezes i sur. (7) nalaze da sestre uglavnom prepoznaju distanziju u svakodnevnom poslu, ne slažu se s njom i zalažu se za provedbu palijativne skrbi. Medicinske sestre interpretiraju distanziju kao produljenje života uz bol i trpljenje pacijenata (7). Biondo i sur. (8) naglašavaju da medicinske sestre imaju osobito važnu ulogu u detekciji distanzije, a u njihovom istraživanju u Brazilu čak 82,35 % sestara zaposlenih na odjelima intenzivne njege navodi da uočavaju probleme distanzije u svom svakodnevnom radu.

O bioetici umiranja može se raspravljati s različitim aspektima medicinske struke, prava, psihologije, teologije, etike, a redovito u kontekstu određenog društva i vremena (9). Neka od postavljenih pitanja dijelom su formalno-pravno regulirana dokumentima kao što su Zakon o liječništvu (10), Kodeks medicinske etike i deontologije (11), Zakon o zaštiti prava pacijenata (12) i Zakon o zdravstvenoj zaštiti (13).

U Kodeksu medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora (11) u članku 4. detaljno se opisuju postupci vezani uz umirućeg pacijenta: „1. *Ublažavanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg pacijenta, kada će liječnik pacijentu uz lijekove nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući pacijentovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i pacijentove bližnje o njegovu stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju pacijentovih tegoba.* 2. *Namjerno skraćivanje života (eutanazija) u suprotnosti je s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produživanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise.* 3. *Nastavljanje intenzivnog liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju je medicinski neutemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.*“

Odustajanje od distanzije ima sličnosti s konceptom pasivne eutanazije. Pojam eutanazije (grč. *eu*=dobro i *thanatos*=smrt) prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji odnosi se na namjerno bezbolno usmrćivanje ili nesprječavanje smrti zbog prirodnih uzroka primarno u situacijama neizlječive bolesti ili nepovratnog stanja kome (14). Srodni termini koji se koriste su ubojstvo iz samilosti i/ili dostojanstvena smrt (2). Aktivna eutanazija uključuje djelovanje kojim se izaziva prekid vitalnih funkcija, npr. primjenom smrtonosne injekcije. Pasivna eutanazija podrazumijeva prestanak medicinskih postupaka potrebnih za održavanje života pacijenta, prestanak davanja terapije i isključenje uređaja nužnih za umjetno održavanje na životu (15) te u osnovi odgovara odluci o odustajanju od distanzije ili liječničke ustrajnosti. Turković i sur. (16) navode da je pasivna eutanazija prema mišljenju pojedinih autora u Hrvatskoj dopuštena, iako pravna regulacija pasivne eutanazije ostavlja dvojbe. Ipak dio autora kritizira ovu podjelu naglašavajući da razlika između aktivne i pasivne eutanazije nije potpuno jasna, jer npr. liječnik pri isključenju pacijenta s respiratornog aparata čini radnju koja za posljedicu ima smrt pacijenta (17).

Distanzija, kao umjetno produžavanje života, moralno je neopravdana i prema mišljenju Katoličke crkve. Crkva zagovara dostojanstveno uvažavanje svetosti ljudskoga života te promiče odustajanje od terapijske upornosti beskorisnih tretmana (4).

Papinska akademija za život ističe da „poštovanje prema osobi koja umire zahtijeva obvezu izbjegavanja svake

vrste terapijske ustrajnosti i prihvaćanje smrti“. Zalaganje liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja treba se nastaviti pažljivom i učinkovitom terapijom i palijativnom skrbi (18). Iz teološke pozicije eutanazija kao ubrzanje smrti iz samilosti je neprihvatljiva, ali je podjednako neprihvatljiva i distanzija kao produžavanje procesa umiranja bez milosti (19,20), iako je odnos prema distanziji nešto složeniji. Religijski se pristupi ponajprije zasnivaju na svetosti života, dok nereligijski naglašavaju pravo na osobni izbor i smanjenje patnje bolesnika (16).

U suvremenoj medicini, a osobito u liječenju terminalnih bolesti, tradicionalna paradigma asimetričnog i paternalističkog odnosa liječnika i pacijenta polagano se mijenja u partnerski i suradnički odnos pri čemu je važno da se u tom odnosu sačuva autoritet i povjerenje u liječnika (21). U tom procesu osobito su važne komunikacijske vještine medicinskog osoblja i članova tima koje uključuju prikladno priopćavanje loših vijesti, raspravu o prognozi i mogućim rizicima različitih postupaka te uključivanje pacijenta u proces odlučivanja kao i umijeće komunikacije u zadnjem razdoblju života (22).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti u članku 22, stavak 6 (13) navodi da „...osoba ima pravo na odbijanje liječenja i pregleda, osim u slučaju kada bi odbijanjem ugrozila zdravlje drugih...“. U članku 6. Zakona o zaštiti prava pacijenata (12) navodi se da „Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka“, dok se u članku 16. ovi uvjeti detaljnije razrađuju. Prihvaćanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti. U Zakonu se razrađuju i postupci zaštite pacijenata koji ne mogu dati pristanak.

Međusobni odnosi liječnika i pacijenta opisani su u članku 19. Zakona o liječništvu (10) u kojemu se navodi: „Svi postupci medicinske prevencije, dijagnostike i liječenja moraju se planirati i provoditi tako da se očuva ljudsko dostojanstvo, integritet osobe i prava pacijenata, a posebno pravo na informiranost i samostalno odlučivanje.“

Spomenuta Preporuka 1418 Vijeća Europe (1) odnosi se na zaštitu ljudskih prava i dostojanstva smrtno bolesnih i umirućih osoba, pravo osobe na istinito i sveobuhvatno, ali i suosjećajno informiranje o njezinom zdravstvenom stanju uz poštivanje moguće želje osobe da ne bude informirana.

Istraživanje stavova prema postupcima liječenja osoba s teškim dijagnozama od posebne su važnosti kao i analiza faktora povezanih sa stavovima. Stavovi se mogu definirati kao stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu (23). Postoje brojna istraživanja stavova prema eutanaziji čiji rezultati ukazuju da je pozitivniji stav prema eutanaziji povezan s manjom religioznošću (24), liberalnijim životnim svjetonazorom i podržavanjem lijeve političke opcije (25), osobnim iskustvom s bliskim osoba-

ma koje su neizlječivo bolesne (26). Osim toga pronađene su i vrlo niske korelacije pozitivnog stava prema eutanaziji i nekih osobina ličnosti poput makijavelizma ili psihopatije (27).

U području distanzije gotovo da i nema empirijskih istraživanja osobito među budućim stručnjacima koji su na različite načine uključeni u navedenu problematiku. Studenti medicine tijekom svoje profesionalne karijere u manjoj ili većoj mjeri susreću se s problemom neizlječivo bolesnih pacijenata. S druge strane psiholozi se sve više uključuju u timove u zdravstvenim ustanovama čiji je cilj priopćavanje vijesti o zloćudnim bolestima te podrška pacijentima u terminalnoj fazi bolesti. Pravnici su uključeni u donošenje različitih zakonskih propisa kojima se reguliraju prava liječnika i pacijenata u ovom osjetljivom području. Pri kreiranju istraživačkih problema zanimalo nas je i postoje li razlike između studenata prve i završnih godina ovih studija budući da se tijekom studija susreću s ovom vrstom problema što je posebno izraženo kod studenata medicine.

Cilj ovog istraživanja je ispitivanje stavova studenata tri različita studija o distanziji odnosno liječenju od kojega nema jasne koristi za bolesnika, te stavova o pravu pacijenta na (su)odlučivanje pri odlukama povezanim s postupkom liječenja u terminalnoj fazi bolesti.

U okviru ovog općeg cilja određena su tri specifična problema:

- ispitati razlike u stavovima između studenata medicine, prava i psihologije,
- ispitati razlike u stavovima studenata prve i završnih godina studija,
- ispitati povezanost stavova s nekim relevantnim karakteristikama ispitanika: religioznost, politički svjetonazor, spol, osobno iskustvo s liječenjem osoba u terminalnoj fazi bolesti.

METODA

Korišteni instrumenti

Podatci su prikupljeni terenskim istraživanjem koje je uključivalo primjenu upitnika konstruiranih za potrebe ovoga istraživanja.

a) Ispitivanje stavova prema distanziji

Za potrebe ispitivanja stavova prema distanziji u ovom istraživanju konstruiran je upitnik koji se sastojao od 8 pitanja. Autorice preliminarne verzije upitnika su B. Juranić i Š. Mikšić. Prema saznanjima autora ovoga rada kod nas do sada nije postojao prikladan upitnik za ispitivanje stavova prema distanziji, stoga je na osnovi postojeće literature i kliničkog iskustva izrađen preliminarni oblik upitnika. Zadatak ispitanika jest da navedu

stupanj slaganja sa sadržajem svake od 8 tvrdnji na ljestvici od 5 stupnjeva (1 = uopće se ne slažem, 5 = u potpunosti se slažem). Ukupni rezultat izražen je kao zbroj odgovora na svih 8 pitanja podijeljen s brojem pitanja (tj. 8), tako da ukupni rezultati mogu varirati u rasponu od 1 do 5. Veći ukupni rezultat ukazuje na pozitivniji stav odnosno slaganje ispitanika s postupkom distanzije, tj. produljenjem liječenja u situacijama kada je očito da se pacijentu više ne može pomoći. Prilikom izračunavanja ukupnog rezultata pojedina pitanja potrebno je obrnuto bodovati. Analiza zadataka ove verzije od 8 pitanja pokazuje da koeficijenti diskriminativne valjanosti pitanja variraju od 0,25 (pitanje 6) do 0,54 (pitanje 1), pri čemu je pouzdanost ukupnog rezultata izražena Cronbachovim alfa koeficijentom iznosila 0,71. Faktorska analiza provedena metodom glavnih komponenti rezultirala je jednim značajnim faktorom.

b) Ispitivanje stavova prema pravu pacijenta na suodlučivanje

S ciljem ispitivanja stavova prema pravu pacijenta da samostalno donosi odluke o vlastitom liječenju te s time povezanim postupcima sačinjena je preliminarna verzija upitnika od 8 pitanja. Autorice preliminarne verzije ovoga upitnika su B. Juranić i Š. Mikšić, a zadatak ispitanika je također bio da navedu stupanj slaganja sa sadržajem svake od 8 tvrdnji na ljestvici od 5 stupnjeva (1=uopće se ne slažem, 5=u potpunosti se slažem). Na osnovi provedene faktorske analize, te sadržajne i psihometrijske analize preliminarne verzije upitnika od 8 tvrdnji, koje su se odnosile na različite aspekte prava pacijenta na odlučivanje o vlastitom liječenju i tretmanu, odabrane su četiri tvrdnje (11,12,14,15) koje su u analizi pokazale da mjere jednu homogenu dimenziju stava. Kako ostale čestice zahvaćaju druge dimenzije prava pacijenta zadržane su u kvalitativnoj analizi odgovora ispitanika, ali su isključene iz formiranja ukupnog rezultata u upitniku.

Stoga je odlučeno da se u svim daljnjim analizama koristi verzija upitnika od 4 pitanja.

Ukupni rezultat izražen je kao zbroj odgovora na 4 odabrana pitanja podijeljen s brojem pitanja (tj. 4), tako da ukupni rezultati mogu varirati u rasponu od 1 do 5. Veći ukupni rezultat ukazuje na pozitivniji stav odnosno slaganje ispitanika s pravom pacijenta da sam odlučuje o vlastitom liječenju, dok niži rezultat ukazuje na stav da o liječenju i medicinskim zahvatima treba u većoj mjeri odlučivati medicinsko osoblje.

Analiza zadataka ove verzije od 4 pitanja pokazuje da koeficijenti diskriminativne valjanosti pitanja variraju od 0,40 (pitanje 14) do 0,54 (pitanje 11), pri čemu je pouzdanost ukupnog rezultata izražena Cronbachovim alfa koeficijentom iznosila 0,72. Faktorska analiza provedena na skupu ovih 4 pitanja metodom glavnih komponenti rezultirala je jednim značajnim faktorom.

c) Ispitivanje nekih potencijalnih korelata stavova prema distanziji i pravu ispitanika na (su)odlučivanje

U zasebnom dijelu anketnog upitnika uključena su pitanja koja su se odnosila na neke karakteristike ispitanika za koje se na osnovi ranijih istraživanja može očekivati da su povezane s glavnim predmetom ispitivanja. Ovaj dio upitnika uključivao je procjenu vlastite religioznosti (1-5, veći rezultat = manja religioznost), procjenu vlastitog političkog svjetonazora na dimenziji liberalno – konzervativno (1-5, veći rezultat = konzervativniji svjetonazor), te stav prema legalizaciji eutanazije (1-5, veći rezultat = pozitivniji stav prema legalizaciji eutanazije). Uz to ispitanici su trebali navesti jesu li se do sada u obitelji ili među bliskim osobama susreli s bolesnikom u neizlječivoj i završnoj fazi bolesti, te jesu li tijekom studija imali iskustva uz zahvat koji ne može pomoći bolesniku.

d) Ispitivanje sociodemografskih karakteristika ispitanika

Prvi dio upitnika koji se sastojao od 13 pitanja sačinjavala su pitanja o socio-demografskim karakteristikama ispitanika koja su uključivala spol (1=muškarci; 2=žene) i dob ispitanika, vrstu završene srednje škole, veličinu mjesta boravka (ljestvica od 5 stupnjeva u rasponu od 1 do 5, veći rezultat = veće mjesto boravka), stupanj obrazovanja roditelja (1-4, veći rezultat=veći stupanj obrazovanja), vjeroispovijest, vrstu i godinu sveučilišnog studija, te prosječnu ocjenu u dosadašnjem dijelu studija.

Uzorak

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 370 studenata, od čega 112 studenata medicine s Medicinskog fakulteta u Osijeku, 117 studenata prava (97 studenata studija prava s Pravnog fakulteta u Osijeku i 20 studenata s Pravnog fakulteta u Zagrebu), te 141 student psihologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Prema spolnoj strukturi ima više žena (N=267, 72,2 %) u odnosu na muškarce (N=103, 27,8 %) što odražava strukturu analiziranih studija. Prosječna ocjena studenata uključenih u istraživanje iznosila je 3,87.

U skladu s polaznim hipotezama u uzorak su odabrani studenti prve godine svih triju studija, dok su u uzorak studenata završnih godina uključeni studenti četvrte, pete i šeste godine studija zbog različitog trajanja pojedinih studija. Ispitivanje je provedeno sredinom drugog semestra, što znači da su studenti prve godine završili jedan semestar studija. U tablici 1 prikazana je struktura uzorka s obzirom na vrstu i godinu studija.

U tablici 2 prikazane su neke osnovne sociodemografske karakteristike ispitanika uključenih u istraživanje.

Da su imali iskustvo u bližoj obitelji ili među bliskim prijateljima s bolesnikom u neizlječivoj fazi bolesti navodi 196 ispitanika (53,1 %), dok 173 (46,9 %) nema takvo

Tablica 1.

Struktura uzorka s obzirom na vrstu i godinu studija (N= 370)

	A – Studenti medicine	B – Studenti prava	C – Studenti psihologije	Ukupno
Prva godina	N=47	N=81	N=66	N=194
Završne godine (4,5,6)	N=65	N=36	N=75	N=176
	N=112	N=117	N=141	

Tablica 2.

Sociodemografske karakteristike uzorka

Obrazovanje roditelja		Veličina mjesta boravka		Samoprocjena religioznosti		Vjeroispovijest		Politički svjetonazor	
Osnovna škola	8 (2,2 %)	Manje od 1000	35 (9,5 %)	U potpunosti	77 (20,8 %)	Katolička	266 (71,9 %)	1-liberalan	73 (19,8%)
Srednja škola	154 (41,6 %)	Od 1000 do 10000	87 (23,5 %)	Uglavnom da	109 (29,5 %)	Pravoslavna	5 (1,4 %)	2	111 (30,1%)
Viša stručna sprema	52 (14,1 %)	Od 10000 do 50000	86 (23,2 %)	Osrednje	71 (19,2 %)	Islam	2 (0,5 %)	3	128 (34,7%)
Visoka stručna sprema	156 (42,2 %)	Od 50000 do 100000	42 (11,4 %)	Uglavnom ne	63 (17,0 %)	Agnostik	49 (13,2 %)	4	52 (14,1%)
		Više od 100000	120 (32,4 %)	Uopće ne	50 (13,5 %)	Ateist	40 (10,8 %)	5-konzervativan	5 (1,4%)
						Ostali	8 (2,2 %)		

iskustvo. Na pitanje jesu li tijekom studija imali iskustva vezana uz zahvat koji ne može pomoći bolesniku pozitivno odgovara 49 ispitanika (13,2 %), dok 321 ispitanik (86,8 %) nema takvo iskustvo. Među ispitanicima koji su odgovorili pozitivno na ovo pitanje ima 63,3 % studenata medicine, 20,4 % studenata psihologije, te 16,3 % studenata prava.

Postupak

Upitnici su primijenjeni za vrijeme redovite nastave na studentima medicine, prava i psihologije. Prije primjene studentima je objašnjena svrha istraživanja, te navedeno da se u slučaju bilo kakvih pitanja mogu obratiti ispitivaču. Ispitivanje je bilo anonimno, a vrijeme primjene trajalo je oko 10 minuta.

REZULTATI

Analiza rezultata podijeljena je u tri dijela. U prvom dijelu analizirali smo stavove o distanzaciji, u drugom dijelu analizirani su stavovi prema pravu pacijenta na suodlučivanje u postupcima liječenja, dok su u trećem dijelu analizirane korelacije između stavova i nekih karakteristika ispitanika.

Stav prema distanzaciji

Prvi dio analize odnosi se na stavove prema liječenju od kojega nema koristi za pacijenta.

Ispitanici su stupanj slaganja s pojedinom tvrdnjom davali na ljestvici od 5 stupnjeva pri čemu vrijednosti ispod 3 ukazuju na pretežno neslaganje sa sadržajem tvrdnje, dok vrijednosti iznad 3 ukazuju na pretežno slaganje s tvrdnjom. Vrijednost 3 označavala je odgovor „nisam siguran“ što ukazuje na neutralan stav.

Kako bi se mogli uspoređivati odgovori ispitanika na 8 pitanja koja se odnose na stav prema distanzaciji, sva su pitanja bodovana tako da veći rezultat ukazuje na pozitivan stav prema distanzaciji, tj. slaganje s nastavkom liječenja u slučaju kada je korist od medicinskih zahvata upitna ili je nema. U skladu s time, odgovori na pet pitanja (2, 4, 5, 6 i 8) obrnuto su bodovani. Frekvencije odgovora i vrijednosti aritmetičkih sredina navedeni su u tablici 3.

Na osnovi rezultata prikazanih u tablici 3. proizlazi da ispitanici pozitivan stupanj slaganja pokazuju uz tvrdnje koje opisuju direktne aspekte distanzacije. S tvrdnjom da je „liječnik dužan primjenjivati postupke od kojih bolesnik neće imati koristi, sve dok postoji nada za život“ (zbrojeni odgovori slažem se u potpunosti i uglavnom se slažem)

Tablica 3.

Deskriptivna statistika odgovora ispitanika na 8 tvrdnji vezanih uz stav o distanziji

Tvrdnje	Postotak odgovora na pojedino pitanje 1=uopće se ne slažem; 2=uglavnom se ne slažem; 3=nisam siguran; 4=uglavnom se slažem; 5= u potpunosti se slažem					Deskriptivna statistika	
	1	2	3	4	5	M*	SD
1. Kod bolesnika je opravdano održavanje života trajnom primjenom izvanrednih sredstava čak i onda kada ne postoji nikakva nada za izlječenjem (npr. umjetna ventilacija, beskorisni kirurški zahvati i eksperimentalne intervencije).	6,5%	26,2%	31,1%	23,8%	12,4%	3,09	1,119
*2. Dugotrajna upornost u oživljavanju bolesnika (reanimaciji) nakon izostanka vitalnih funkcija je uplitanje u prirodni proces umiranja.	25,9%	33,0%	18,6%	19,2%	3,2%	3,59	1,159
3. Liječnik je dužan primjenjivati postupke od kojih bolesnik neće imati koristi, sve dok postoji nada za život.	5,1%	9,7%	24,9%	35,1%	25,1%	3,65	1,111
*4. Pojedini medicinski postupci prvenstveno doprinose produženju patnje, a ne poboljšavaju kvalitetu života.	5,7%	25,9%	29,2%	31,1%	8,1%	2,90	1,056
*5. Zahvat od kojeg bolesnik nema nikakvu korist, povećava njegovu patnju i patnju njegovih bližnjih.	3,2%	20,0%	29,2%	37,8%	9,7%	2,69	1,002
*6. Prilikom donošenja odluke o primjeni medicinskog zahvata za kojeg je jasno da ne može pomoći bolesniku treba voditi računa i o troškovima tog zahvata.	10,8%	15,9%	17,8%	40,0%	15,4%	2,67	1,225
7. Nije moguće odrediti trenutak kada se može zaključiti da produženje liječenja ne može donijeti nikakvu korist pacijentu.	1,9%	19,0%	30,4%	32,0%	16,8%	3,43	1,038
*8. Kod umirućeg bolesnika cilj liječenja treba biti smanjenje patnje i boli, a ne produživanje života pod svaku cijenu	3,5%	7,8%	20,3%	40,8%	27,6%	2,19	1,037

*Prilikom izračunavanja aritmetičkih sredina sva pitanja su bodovana tako da veći rezultat ukazuje na pozitivniji stav prema distanziji. Postoci odgovora na pojedino pitanje odnose se na pitanja postavljena u originalnom obliku.

slaže se 60,2 % ispitanika, 58,9% se ne slaže s tvrdnjom da je „dugotrajna upornost u oživljavanju bolesnika (reanimaciji) uplitanje u prirodni proces umiranja“, 48,8 % smatra da „nije moguće odrediti trenutak kada se može zaključiti da produženje liječenja ne može donijeti nikakvu korist pacijentu“, dok 36,2 % smatra da je „opravdano održavanje života trajnom primjenom izvanrednih sredstava čak i onda kada ne postoji nikakva nada za izlječenjem“. Na pitanja u kojima je eksplicitno navedena patnja pacijenata ispitanici su iskazali pretežito negativan stav prema distanziji. Tako se 68,4 % ispitanika slaže da „cilj liječenja treba biti smanjenje patnje i boli, a ne produžavanje života pod svaku cijenu“, 55,4 % se slaže da treba voditi računa i o troškovima liječenja, te 47,6 % smatra da „zahvat od kojeg bolesnik nema nikakvu korist, povećava njegovu patnju i patnju njegovih bližnjih“.

U istraživanju je ispitanicima postavljeno i pitanje „Kakav je vaš stav prema legalizaciji eutanazije?“ na koje je 13,5 % ispitanika navelo da se uopće ne slaže, 13,8 % se uglavnom ne slaže, 28,4 % nisu sigurni, 26,8 % se uglavnom slaže i 17,6 % se u potpunosti slaže. Aritmetička sredina ove varijable iznosi $M=3,21$.

Razlike u stavovima između studenata triju različitih studija

Kako bismo ispitali utjecaj vrste i godine studija na stavove prema distanziji proveli smo složenu analizu varijance. Kako bismo 8 tvrdnji koje se odnose na ovaj stav sveli na jednu vrijednost, zbrojili smo odgovore na svih 8 pitanja te ih podijelili s brojem tvrdnji. Pri tom su zbog različite orijentacije pitanja 2, 4, 5, 6 i 8 obrnuto bodovana tako da veći rezultat ukazuje na pozitivniji stav prema distanziji. U tablici 4. prikazane su aritmetičke sredine svih 6 podskupina ispitanika te njihove standardne devijacije. Na korištenim ljestvicama rezultati niži od 3 ukazuju na pretežno neslaganje s distanzijom, vrijednost 3 ukazuje na neutralan stav, dok se vrijednosti iznad 3 mogu interpretirati kao pretežno pozitivan stav prema distanziji.

Provedena analiza varijance pokazala je značajan glavni učinak obih nezavisnih varijabli. Učinak vrste studija pokazuje da se studenti ovih triju studija razlikuju prema stavu o distanziji [$F(2, 369)=3,899, p<0.03$], dok značajan učinak godine studija [$F(1, 369)=13,378, p<0,01$] ukazuje na općenito pozitivniji stav prema distanziji kod

Tablica 4.

Aritmetičke sredine i standardne devijacije studenata prve i završnih godina tri studija u upitniku stava prema distanzaciji

	A – Studenti medicine	B – Studenti prava	C – Studenti psihologije	Cijeli uzorak
Prva godina	M=3,14 (SD= 0,50) N = 47	M=3,22 (SD=0,65) N = 80	M=3,07 (SD=0,65) N = 63	M=3,15 (SD=0,62) N = 193
Završne godine	M=2,66 (SD=0,55) N = 65	M=3,02 (SD=0,63) N = 36	M=3,04 (SD=0,57) N = 75	M=2,89 (SD=0,60) N = 176
	M=2,86 (SD= 0,58) N = 112	M=3,16 (SD=0,65) N = 116	M=3,05 (SD=0,61) N = 138	

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

studenata prve godine. Osim toga utvrđen je i značajan interakcijski učinak vrste i godine studija [(F(2, 369)=4,329; p<0,02].

Iz tablice 4 može se uočiti izvor značajnosti interakcijskog učinka. Studenti prve godine studija medicine imaju pozitivniji stav prema distanzaciji (M=3,16) od studenata viših godina završnih godina studija medicine (M=2,66). Ova razlika testirana t-testom za nezavisne uzorke statistički je značajna (t=4,721; p<0,001). Kod studenata prava i psihologije razlika u stavu između studenata prve i završnih godina nije statistički značajna (pravo: t-omjer=1,559, p>0,05; psihologija: t-omjer=0,293, p>0,05).

Zbog značajnog interakcijskog učinka razlika između tri vrste studija testirana je zasebno na studentima prve i završnih godina analiziranih studija. Jednostavna analiza varijance provedena na studentima prvih godina sva tri studija nije statistički značajna i pokazuje da među njima nema značajne razlike u stavu prema distanzaciji [(F(2, 192) =1,067; p>0,05)]. Razlika među studijima provjerena je i na studentima završnih godina ova tri studija. U ovom slučaju jednostavna analiza varijance statistički je značajna [(F(2, 175) =8,677; p<0,001] dok Scheffeov test ukazuje na značajno negativniji stav prema distanzaciji kod studenata završnih godina medicine u odnosu na studente prava (p<0,12) i studente psihologije (p<0,01).

Stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti

I u ovoj analizi su radi lakše usporedbe odgovora sva pitanja bodovana tako da veći rezultat ukazuje na pozitivniji stav prema pravu pacijenta da odlučuje o postupcima vezanim uz vlastito liječenje. Stoga su pitanja 9, 13 i 16 obrnuto bodovana. Niži rezultat ukazuje na stav prema kojemu je to pravo ponajprije pravo liječnika odnosno medicinskih stručnjaka.

Na pitanja koja se izravno odnose na pravo pacijenta na suodlučivanje ispitanici su iskazali visok stupanj slaganja:

93,4 % ispitanika se slaže (zbrojeni odgovori slažem se u potpunosti i uglavnom se slažem) da „bolesniku treba omogućiti pravo na odbijanje ili prihvaćanje zahvata, uz informiranje i pouku o mogućnosti slobodnog izbora“, 91 % se slaže da „medicinsko osoblje treba uvažavati etički prihvatljivu i provedivu bolesnikovu volju i odluke koje je izrazio dok je bio u svjesnom stanju“, 87,5 % smatra da „prilikom donošenja odluke o primjeni nepotrebnih i skupih medicinskih zahvata koji ne mogu pomoći bolesniku treba uzeti u obzir bolesnikove želje, vrijednosti i vjerovanja“, dok 67,7 % smatra korisnim pripremu „biološke oporuke“.

Među ostalim pitanjima vezanima uz odlučivanje pacijenta 28,8 % ispitanih slaže se da bolesnik u završnoj fazi bolesti nije u stanju stvarno procijeniti svoje zdravstveno stanje, dok se podjednak postotak (31,3 %) ne slaže s tom tvrdnjom, a 87,5 % ispitanih slaže se s tvrdnjom da u slučaju potrebe suglasnost mogu dati dobrohotni članovi obitelji ili skrbnik.

Razlike u stavovima između studenata triju različitih studija

U ovoj analizi zavisna varijabla je stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje u postupku liječenja. U poglavlju s opisom instrumenata navedeno je da je nakon preliminarnih analiza upitnik stavova o pravu pacijenta na odlučivanje skraćen na četiri pitanja (11,12,14,15) koja su činila homogenu jednofaktorsku ljestvicu. Ukupni rezultat u ovom skraćenom upitniku varira od 1 do 5 pri čemu viši rezultat ukazuje na pozitivniji stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje.

U tablici 6. prikazane su aritmetičke sredine svih 6 podskupina ispitanika te njihove standardne devijacije. I u ovom slučaju vrijednosti iznad 3 mogu se interpretirati kao pretežno pozitivan stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje u postupku liječenja. Kao što se vidi iz tablice ni jedna skupina nije imala prosjek ispod 3.

Provedena analiza varijance pokazala je značajan glavni učinak vrste studija [F(2, 368)=7,178, p<0.001] dok se

Tablica 5.

Deskriptivna statistika odgovora ispitanika na tvrdnje vezane uz stav o pravu pacijenta na suodlučivanje u postupku liječenja

Tvrdnje	Postotak odgovora na pojedino pitanje 1=Uopće se ne slažem; 2=Uglavnom se ne slažem; 3=Nisam siguran; 4= Uglavnom se slažem; 5=U potpunosti se slažem					Deskriptivna statistika	
	1	2	3	4	5	M*	SD
*9. Liječnik treba obavijestiti bolesnika i njegovu obitelj o svojoj prosudbi da je medicinski postupak beskoristan, te sam donijeti konačnu odluku o njegovoj primjeni.	16,5 %	31,9 %	20,5 %	21,4 %	9,7 %	3,24	1,236
10. Kada zbog bolesnikova stanja zdravstveni djelatnici nisu u mogućnosti od njega dobiti suglasnost za pojedini postupak, suglasnost mogu dati dobrohotni članovi obitelji, roditelji, djeca, braćni/izvanbraćni partneri, zakonski zastupnik ili skrbnik.	1,1 %	3,3 %	8,2 %	43,2 %	44,3 %	4,26	,828
11. Bolesniku treba omogućiti pravo na odbijanje ili prihvaćanje zahvata, uz informiranje i pouku o mogućnosti slobodnog izbora	0,0 %	1,9 %	4,6 %	23,6 %	69,8 %	4,61	,667
12. Prilikom donošenja odluke o primjeni nepotrebnih i skupih medicinskih zahvata koji ne mogu pomoći bolesniku treba uzeti u obzir bolesnikove želje, vrijednosti i vjerovanja.	1,1 %	3,8 %	7,6 %	33,7 %	53,8 %	4,35	,861
*13. Bolesnik u neizlječivoj i završnoj fazi bolesti nije u stanju izvršiti stvarnu procjenu svoga zdravstvenog stanja.	4,9 %	25,6 %	40,6 %	22,3 %	6,5 %	3,00	,969
14. Bolesnik dok je sposoban odlučivati treba pripremiti pravni dokument „biološku oporuku o životu“ kojim zahtijeva ograničenja koja se odnose na izbor terapije i primjenu medicinskih postupaka u terminalnoj fazi života.	2,2 %	6,5 %	23,6 %	45,4 %	22,3 %	3,79	,935
15. Medicinsko osoblje treba uvažavati etički prihvatljivu i provedivu bolesnikovu volju i odluke koje je izrazio dok je bio u svjesnom stanju.	0,3 %	2,2 %	6,5 %	42,9 %	48,1 %	4,36	,726
*16. Liječnik bi s članovima tima trebao odlučivati o potrebnoj primjeni pojedinih medicinskih zahvata kod umirućeg bolesnika.	0,8 %	6,5 %	20,4 %	50,7 %	21,5 %	2,14	,858

*Prilikom izračunavanja aritmetičkih sredina sva pitanja su bodovana tako da veći rezultat ukazuje na pozitivniji stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje. Postoci odgovora na pojedino pitanje odnose se na pitanja postavljena u originalnom obliku.

Tablica 6.

Aritmetičke sredine i standardne devijacije studenata prve i završnih godina tri studija na varijabli stav prema pravu pacijenta na odlučivanje

	A – Studenti medicine	B – Studenti prava	C – Studenti psihologije	Cijeli uzorak
Prva godina	M=3,98 (SD= 0,67) N = 47	M=4,29 (SD=0,65) N = 81	M=4,40 (SD=0,50) N = 66	M=4,25 (SD=0,62) N = 194
Završna godina	M=4,28 (SD=0,54) N = 65	M=4,19 (SD=0,57) N = 34	M=4,40 (SD=0,50) N = 75	M=4,31 (SD=0,53) N = 174
	M=4,15 (SD= 0,61) N = 112	M=4,26 (SD=0,63) N = 115	M=4,40 (SD=0,50) N = 141	

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

glavni učinak godine studija nije pokazao značajnim [F(1, 368)=1,238, p>0,05]. Interakcijski učinak vrste i godine studija i u ovom se slučaju pokazao značajnim [(F(2, 368) =3,405; p<0,05)].

Rezultati pokazuju da studenti prve godine studija medicine imaju općenito najniže rezultate na ovoj ljestvici stava prema pravu pacijenta na suodlučivanje. T-testovi za nezavisne uzorke pokazali su da studenti završnih godina studija medicine imaju značajno viši (pozitivniji) rezultat na ovoj ljestvici od studenata prve godine medicine (t=-2,624; p<0,01), dok razlike između studenata prve i završnih godina studija prava (t=0,747; p>0,05) i psihologije (t=-0,066; p>0,05) nisu bile statistički značajne.

Zbog značajnog interakcijskog učinka razlika između tri vrste studija testirana je zasebno na studentima prve i završnih godina analiziranih studija. Jednostavna analiza varijance provedena na studentima prvih godina svih triju studija statistički je značajna [(F(2, 193) =6,800; p<0,001] pri čemu Scheffeov test pokazuje da studenti medicine imaju značajno niže rezultate (tj. manje pozitivan stav) od studenata prava (p<0,023) i studenata psihologije (p<0,002). Razlika među studijima provjerena je i na studentima završnih godina ovih triju studija. U ovom slučaju jednostavna analiza varijance nije statistički značajna [(F(2, 173) =2,144; p>0,05] što znači da se studenti završnih godina ovih triju studija ne razlikuju značajno prema stavu o pravu pacijenta na suodlučivanje.

Korelacije stavova s nekim prediktorskim varijablama

U završnom dijelu analize ispitali smo povezanost stavova prema distanzaciji i pravu pacijenta na suodlučivanje s nekim sociodemografskim varijablama i karakteristikama ispitanika.

Četiri korištene varijable korelirale su nisko, ali statistički značajno sa stavom prema distanzaciji. Veća religioznost povezana je s pozitivnijim stavom prema distanzaciji (r=-0,308; p<0,01), kao i konzervativniji životni svjetonazor (r=0,162; p<0,01). Osobno iskustvo tijekom studija vezano uz zahvat koji ne može pomoći bolesniku nisko je povezano s negativnijim stavom prema distanzaciji (r=0,131; p<0,01). Stav prema distanzaciji negativno je povezan sa stavom prema eutanaziji (r=-0,368; p<0,01).

pozitivniji stav prema pravu pacijenta na suodlučivanje, vrlo je nisko, ali statistički značajno povezan sa ženskim spolom (r= 0,116; p<0,05), nižom religioznošću (r= 0,133; p<0,05), te pozitivnijim stavom prema eutanaziji (r= 0,211; p<0,01).

Iako je stav prema eutanaziji ispitan samo jednim pitanjem pronađene su četiri značajne korelacije pri čemu je pozitivniji stav prema eutanaziji povezan s manjom religioznošću (r=0,524; p<0,001), liberalnijim svjetonazorom (r=-0,352; p<0,01), većim mjestom boravka ispitanika (r=0,180; p<0,01), te osobnim iskustvom s neizlječivo bolesnom osobom (r=0,140; p<0,01).

Konačno, pozitivniji stav prema distanzaciji povezan je s negativnijim stavom prema pravu pacijenta na odlučivanje (r=-0,241; p<0,01).

Tablica 7.

Korelacije stava prema distanzaciji, stava prema pravu pacijenta na odlučivanje te stava prema eutanaziji s nekim karakteristikama ispitanika (N=349)

	Stav prema distanzaciji	Stav prema pravu pacijenta	Stav prema eutanaziji
Spol ispitanika	,079	,116*	-,057
Veličina mjesta boravka	-,038	,100	,180**
Stupanj obrazovanja roditelja	-,083	-,066	,078
Samoprocjena religioznosti ispitanika	-,308**	,133*	,524**
Prosječna ocjena na studiju	,028	-,033	-,097
Samoprocjena svjetonazora	,162**	-,090	-,352**
Iskustvo s neizlječivo bolesnom osobom u obitelji 1=da, 2=ne	,057	,042	,140**
Iskustvo tijekom studija sa zahvatom koji ne može pomoći bolesniku 1=da, 2=ne	,131*	-,082	,071
Stav prema eutanaziji	-,368**	,211**	1,000

Kod sve tri mjere stava veći rezultat ukazuje na pozitivniji stav; spol (1=muškarci; 2=žene), veličina mjesta boravka (1-5, veći rezultat = veće mjesto boravka), stupanj obrazovanja roditelja (1-4, veći rezultat=veći stupanj obrazovanja), samoprocjena religioznosti (1-5 veći rezultat manja religioznost), prosječna ocjena (2-5, veći rezultat viša ocjena), politički svjetonazor (1-liberalno – 5 konzervativno), iskustvo s bolesnikom u neizlječivoj i završnoj fazi bolesti u obitelji (1-da, 2-ne), iskustvo tijekom studija sa zahvatom koji ne može pomoći bolesniku (1-da, 2-ne).

RASPRAVA

U raspravi su analizirani rezultati s obzirom na tri postavljena istraživačka problema. U prvom dijelu rasprave interpretirane su razlike u stavovima prema distanzaciji i pravu pacijenta na (su)odlučivanje između studenata medicine, prava i psihologije. U drugom dijelu rasprave komentirane su razlike vezane uz stavove studenata prve i završnih godina studija, dok je u završnom dijelu rasprave komentirana povezanost stavova s nekim relevantnim karakteristikama ispitanika.

Rezultati provedenog istraživanja vezani uz prvi problem ukazuju da su stavovi studenata prema distanzaciji pretežito pozitivni kada se općenito navodi ustrajavanje u liječenju. Tako npr. 60,2 % ispitanika navodi da se uglavnom ili u potpunosti slaže da je obveza liječnika da nastavi primjenjivati postupke liječenja od kojih bolesnik neće imati koristi, sve dok postoji nada za život. U ovim tvrdnjama, kod kojih je stav pretežno pozitivan, naglašeno je da se tim zahvatima održava život što ispitanicima vjerojatno ima konotaciju humanosti, odnosno borbe za život pacijenta. To je na tragu drugih istraživanja u kojima se studenti medicine kao i studenti ostalih fakulteta češće odlučuju za nastavak, nego za prekid terapije održavanja života (28). Tvrdnje kod kojih ispitanici iskazuju pretežno negativan stav prema distanzaciji sadržavaju neke specifične okolnosti poput troška zahvata, naglašavanja moguće patnje i boli koje ti zahvati mogu izazvati kod pacijenta i obitelji. U studiji provedenoj u Poljskoj 59 % studenata medicine pete i šeste godine odabralo bi prirodnu smrt u slučaju kada se radi o rođacima ili u slučaju vlastite neizlječive bolesti (29).

Kod većeg dijela ispitanika očito je da postoji određena sličnost između distanzacije, kao odustajanja od liječenja, i pasivne eutanazije koja predstavlja odustajanje od borbe za život pacijenta što za posljedicu ima smrt pacijenta. Čini se da u većini slučajeva ispitanici prosuđuju da je distanzacija, čak i u slučajevima kada je medicinski upitna ili beskorisna, etički opravdana od prestanka aktivnosti koje imaju određena obilježja pasivne eutanazije.

U okviru drugog problema istraživanja pokazalo se da su jedino kod studenata medicine stavovi prema distanzaciji pozitivniji na prvoj godini studija u odnosu na završne godine, dok kod studija prava i psihologije razlike nema. Možemo pretpostaviti da ova razlika proizlazi iz iskustva s primjerima liječničke ustrajnosti koje su studenti završnih godina studija stekli tijekom studija. U istraživanju Gruber i sur. veći postotak studenata medicinskog fakulteta nižih godina studiranja ima stav da se kardiopulmonalna reanimacija treba uvijek provoditi (28). Ove razlike se dijelom mogu objasniti osobnim iskustvom ili nazočnošću liječenju pacijenata u terminalnoj fazi bolesti kod studenata medicine, a više od 70 % onkologa, obiteljskih liječnika i odvjetnika vjeruje da se život ne treba produživati pod svaku cijenu (30).

Analiza razlika među studijima medicine, prava i psihologije pokazala je da među studentima prve godine svih triju studija nema razlika u stavu prema distanzaciji, dok među studentima viših godina studenti medicine imaju negativniji stav prema distanzaciji od studenata prava i medicine. Može se zaključiti da iskustvo vezano uz ovu vrstu liječenja i patnje pacijenata utječe na stav prema distanzaciji, te da stavovi prema distanzaciji variraju od izrazito pozitivnih do izrazito negativnih.

Što se tiče stavova prema pravu pacijenta na suodlučivanje sve skupine studenata u visokom postotku podržavaju to pravo pri čemu se 93,4 % studenata uglavnom ili u potpunosti slaže s pravom pacijenta da odbije ili prihvati zahvat uz prethodnu informiranost.

Razlika između prve i završnih godina studija ponovno je značajna jedino kod studenata medicine pri čemu studenti prve godine imaju nešto manje pozitivan stav prema pravu pacijenta u odnosu na studente završnih godina. Kod studenata prava i psihologije nema razlike između studenata prve i završnih godina. Ova razlika može se pripisati edukaciji tijekom studija, upoznavanju s etičkim problemima, ali i većim iskustvom u direktnom kontaktu s pacijentima, što povezujemo s činjenicom da učenje uz postelju bolesnika ima utjecaja na etičku osviještenost studenata (31). S druge strane studenti prve godine medicine imali su relativno manje pozitivne stavove u odnosu na druge studije, što dijelom može proizlaziti iz određenih očekivanja zasnovanih na tradicionalnim modelima odnosa liječnika i pacijenta pri samom upisu studija. Razlika između studenata završnih godina triju studija nije značajna. Unatoč navedenim razlikama, vrijedi naglasiti da svi uzorci studenata načelno imaju vrlo pozitivan stav prema pravu pacijenta.

Zanimljivi su i neki dodatni aspekti vezani uz odluke o liječenju pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. Tako je 87,5 % ispitanih suglasno da, kada to bolesnik nije u stanju, suglasnost mogu dati dobrohotni članovi obitelji ili skrbnik, što potvrđuje druga istraživanja na studentima medicine u kojima se ispitanici slažu da kod bolesnika koji nisu pri svijesti, odluku treba raspraviti s obitelji (28). Da bi bolesnik, dok je sposoban, trebao pripremiti pravni dokument kojim bi zahtijevao ograničenja u primjeni medicinskih postupaka za vrijeme terminalne faze smatra 67,7% studenata. Turković (16) navodi da status ovakvog dokumenta, kao ni njegov naziv, u hrvatskom zakonodavstvu nisu regulirani.

Ispitanici su značajno podijeljeni oko pitanja o sposobnosti bolesnika da u završnoj fazi bolesti stvarno procijene svoje zdravstveno stanje, pri čemu se 28,8 % ispitanih ne slaže s tvrdnjom da je bolesnik u stanju to učiniti, 40,1 % nije sigurno, dok ostali smatraju da je pacijent to u stanju. Ono što se često zanemaruje jest psihološko stanje pacijenta u kojemu se od njega očekuje da donosi racionalne i optimalne odluke vezane uz proces liječenja. Pacijenti na informaciju o teškoj ili neizlječivoj bolesti reagiraju različito, ali je vrlo često stanje šoka i nevjericе, koje može

biti praćeno različitim emocionalnim stanjima i reakcijama, poput oćaja, gubitka nade, potištenosti, te izraženog variranja emocionalnih stanja. U odrećenim slučajevima izražene anksioznosti i depresivnih reakcija moguće je da pacijent nije u stanju donositi prikladne odluke. Stoga je osobito važno da osim samog lijećnika u tim budu uključeni i drugi stručnjaci poput psihologa, svećenika, socijalnog radnika, radnog terapeuta, a osobito je važno da u cijelom procesu pacijent osjeća podršku i ukljućenost obitelji i bliških osoba. Schneider (32) navodi rezultate istraživanja prema kojemu pacijenti u većini slučajeva žele biti informirani, ali znaćajan dio njih ne želi donijeti samostalnu medicinsku odluku niti imati presudnu ulogu u procesu odlučivanja. Jušić (9) navodi da je znaćajan psihijatrijski morbiditet među bolesnicima koji zahtijevaju ubrzanje smrti. Prema nekim autorima (9) želja za eutanazijom izražava se u ranoj ili srednjoj fazi bolesti, a znaćajno manje u završnoj fazi bolesti.

Posebno su složene odluke kada se članovi obitelji i lijećnik ne slažu oko koristi tretmana i kada su uključene kulturološke razlike i nerazumijevanje (6). Roditelji trebaju sudjelovati u raspravama i odlukama o beskorisnim intervencijama na svom djetetu, trebaju imati potrebno vrijeme za razmišljanje i donositi odluke s medicinskim timom. Umjesto u beskorisnost lijećenja, napore bi trebalo usmjeriti u poboljšanje odnosa između medicinske sestre, lijećnika, bolesnika i obitelji (33), a holistićki i individualizirani pristup bolesniku temelj je dobre komunikacije između članova tima i obitelji. Dostojanstveno umiranje je kraj dostojanstvenog življenja i trenutak duhovnog jaćanja za obitelj i prijatelje koji skrbe o bolesniku (19).

Odnos prema pacijentu u terminalnoj fazi bolesti nužno zahtijeva uključivanje šireg tima pri ćemu je uloga lijećnika povezana sa smanjenjem boli i patnje na tjelesnoj razini, a pacijentu je potrebna duhovna i psihološka pomoć i podrška koja se optimalno može provoditi sustavom palijativne skrbi. Ovaj oblik skrbi zahtijeva posebnu edukaciju pripreme svih sudionika u procesu lijećenja, od medicinskog osoblja, članova obitelji do samih pacijenata. Empirijsko istraživanje Čengića i sur. iz 2013. (34) pokazalo je da 86 % ispitanika iz opće populacije, te 92 % ispitanih iz medicinske struke smatra da je potrebna edukacija javnosti o palijativnoj skrbi, dok 76 % ispitanih zdravstvenih djelatnika smatra nužnim uvođenje subspecializacije iz područja palijativne medicine. Spoznaja o vlastitoj ranjivosti i smrtnosti bitan je element pripreme za teške situacije suoćavanja s neizljećivim stadijima bolesti te donošenje primjerenih odluka o postupcima lijećenja u takvim situacijama. U situaciji kada lijećenje ne daje rezultate, primjena etićkih načela palijativne skrbi poboljšava kvalitetu života pacijenta, ublažava bol i duševnu patnju (35). U posljednje vrijeme u literaturi se javlja izraz ortotanazija (grć. ortho = ispravan, thanatos=smrt) (4,8). Na tom tragu razvija se i palijativna medicina ili palijativna skrb. Palijativna medicina (lat. pallium=plašt) relativno je

nova grana medicine koja proućava i primjenjuje postupke s bolesnicima oboljelima od aktivne, progresivne, uznapredovale bolesti s nepovoljnom prognozom. Težište joj je na dobrobiti i kvaliteti života do smrti i bolesnika i njegove obitelji (9). Ovaj pristup usmjeren je na umijeće humanog umiranja s dignitetom koji ne skraćuje život pacijenta, ali ga ne izlaže nepotrebnim tretmanima koji produljuju bol i patnju pacijenta. Jedna od ključnih vještina svih sudionika u ovom procesu jest razvoj specifićnih vještina te osobito sposobnost dobrog komuniciranja.

U okviru trećeg problema istraživanja ispitana je povezanost stavova prema distanziji i pravu pacijenta s faktorima za koje prema literaturi možemo očekivati da su relevantni za oblikovanje ispitivanih stavova. Radi mogućnosti usporedbe ispitana je povezanost istih varijabli sa stavom prema eutanaziji. Pozitivan stav prema distanziji najvišu povezanost imao je s većom samoprocjenom religioznosti, te nisku ali statistićki znaćajnu vezu sa konzervativnijim politićkim svjetonazorom i osobnim iskustvom tijekom studija sa zahvatom koji ne može pomoći pacijentu.

Utvrćena je i povezanost između pozitivnijeg stava i negativnijeg stava prema eutanaziji. Ovi rezultati na odrećeni naćin potvrćuju ranije navedeni argument da ispitanici distanziju, u odrećenoj mjeri, doživljavaju kao borbu za pacijenta i suprotnost eutanaziji koja je s vjerskog aspekta neprihvatljiva. Neke studije potvrćuju da se studenti koji su pohaćali vjerske medicinske škole ne slažu s ukidanjem terapije za odrćavanje života i asistiranom smrti (36). Ipak stavovi iz pojedinih teoloških krugova nisu naklonjeni distanziji (19).

Pozitivniji stav prema pravu pacijenta na suodlućivanje pokazao je tek dvije niske korelacije sa ženskim spolom i manjom religioznosti. Oćekivana, ali vrlo niska korelacija pronaćena je između pozitivnog stava prema pravu pacijenta i pozitivnijeg stava prema eutanaziji. Iako obje varijable ukazuju na pravo pacijenta ćini se da zahvaćaju donekle različite faktore.

U ovom istraživanju uključili smo i pitanje o eutanaziji kako bismo mogli usporećivati odgovore u odnosu na distanziju. Ispitanici u našem istraživanju na ljestvici od 5 stupnjeva ostvarili su prosjek od 3,21. U recentnom istraživanju iz 2014. na uzorku odraslih u Hrvatskoj ostvaren je prosjek 3,37 prema eutanaziji, te 3,11 prema aktivnoj eutanaziji (27).

U našem istraživanju pozitivniji stav prema eutanaziji povezan je s manjom religioznosti, liberalnijim politićkim svjetonazorom, većim mjestom boravka iz kojega dolazi ispitanik, te osobnim iskustvom s neizljećivo bolesnom osobom u obitelji.

Ovi rezultati potvrćuju rezultate ranijih istraživanja u kojima su stavovi prema eutanaziji povezani sa stupnjem religioznosti i politićkim svjetonazorom (24,25). Osim toga potvrćuje se i važnoost osobnog iskustva s osobama oboljelima od neizljećivih bolesti (26).

Među ograničenja ovoga istraživanja spada prigodan uzorak ispitanika, te relativno jednostavne mjere stava prema eutanaziji i religioznosti koji su procijenjeni jednim pitanjem. Na osnovi dobivenih rezultata bilo bi preporučljivo detaljnije ispitati faktore koji su se pokazali povezanim sa ispitivanim stavovima. U nastavku istraživanja ove mjere bilo bi korisno ispitati zasebnim upitnicima te uključiti i druge varijable koje bi mogle dodatno pojasniti smjer i intenzitet stava. Osim toga moguće je dodatno unaprijediti sadržaj i psihometrijska svojstva korištenih upitnika za mjerenje stavova. Nadamo se da prikazani rezultati mogu biti poticaj za nova istraživanja u ovom važnom, ali osjetljivom interdisciplinarnom području.

Odluke bilo koje vrste moraju uključivati stručnjake različitih područja, a osobito one s direktnim iskustvom rada s pacijentima s neizlječivim bolestima i u terminalnim fazama bolesti. Pri tom je važno poznavati faktore koji utječu na pojedine stavove kako bi se mogle izraditi etički i društveno prihvatljive interdisciplinarnе smjernice kojima bi se olakšalo donošenje valjanih i pravovremenih odluka te izbjegla primjena nepotrebnih zahvata kod neizlječivih bolesnika u završnom stadiju teške bolesti te sačuvalo njihovo dostojanstvo.

LITERATURA

1. Vijeće Europe. Zaštita ljudskih prava i dostojanstvo neizlječivih i terminalnih bolesnika, Preporuka br. 1418 (1999). <http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm>.
2. Frković A. Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzije i eutanazije. Soc ekol 2007; 16: 215-29. Frković A. Bioetički pogledi na postupke u novorođenčadi izrazito male porođajne težine. Medicina 2005, 42: 121-6.
3. Vuletić S, Juranić B, Mikšić Š, Rakošec Ž. Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanzije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću. Diacovensia 2014; 22: 163-200.
4. Dintinjana RD, Dintinjana M, Luzer J. Distanzija. U: Šamića M, Nemet D i sur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada, 2010, 415-19.
5. Kasman DL. When Is Medical Treatment Futile? A guide for students, residents, and physicians. J Gen Intern Med 2004, 19: 1053-56.
6. Menezes MB, Selli L, Alves JS. Dysthanasia: nursing professionals' perception. Rev Latino-Am Enfermagem 2009; 17: 443-8.
7. Biondo CA, Silva MJP, Secco LMD. Dysthanasia, euthanasia, orthotanasia: the perceptions of nurses working in intensive care units and care implications. Rev Latino-Am Enfermagem 2009; 17: 613-19.
8. Jušić A. Eutanazija. Revija za socijalnu politiku 2002; 9: 301-9.
9. Zakon o liječništvu. Narodne novine 121/2003.
10. Kodeks medicinske etike i deontologije. Narodne novine 55/2008.
11. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine 169/2004.
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 150/2008.
13. World Health Organization. Ageing and Health Technical Report, vol 5: A glossary of terms for community health care and services for older persons. Geneva: Centre for Health Development, 2004.
14. Sanson A, Dickens E, Melita B i sur. Psychological perspectives on euthanasia and the terminally ill. The Australian Psychological Society. An APS Discussion Paper prepared by a Working Group of the Directorate of Social Issues, 2008.
15. Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu 2010, 17: 223-46.
16. Rachels J. Active and Passive Euthanasia. New Engl J Med 1975; 292: 78-80.
17. Pontificia academia pro vita. The dignity of the dying person: Proceedings of fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000, str 25.
18. Passini L. Distanzija: Do kada produžavati život? Rijeka: Medicinski fakultet Rijeka, Hrvatsko bioetičko društvo, Teologija u Rijeci; Zagreb: Adamić d o o, 2004.
19. Tomašević L. Liječnik i dostojanstvo umiranja: terapijska upornost. U: Jurić H, ur. 3. Lošinjski dani bioetike. Zagreb: Grafo Mark, 2004.
20. Talanga, J. Odnos liječnik i pacijent prema medicinskoj etici. Bogoslovska smotra 2006; 76: 47-59.
21. Đorđević V, Braš M, ur. Komunikacija u medicini – čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
22. Petz B, Furlan I, Kljajić S. i sur. Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
23. Verbakel E, Jaspers E. A comparative study on permissiveness toward euthanasia religiosity, slippery slope, autonomy, and death with dignity. Public Opinion Quarterly 2010, 74: 109-39.
24. Ho R, Penny RK. Euthanasia and Abortion: Personality Correlates for the Decision to Terminate Life. J Soc Psychol 2010, 132: 77-86.
25. Seale C. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. Palliative Medicine 2009, 23: 205-12.
26. Vincelj Bele L. Stavovi prema eutanaziji i njihovi prediktori: Mračna trijada, emocionalna empatija i religioznost. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu, 2014.
27. Gruber PC, Gomersall CD, Gavin M i sur. Changes in Medical Students' Attitudes Towards End-of-Life Decisions Across Different Years of Medical Training. J Gen Intern Med 2008; 23: 1608-14.
28. Leppert W, Gottwald L, Majkowicz M., Kazmierczak-Lukaszewicz S, Cialkowska-Rysz A, Kotlinska-Lemieszek A. A Comparison of Attitudes Toward Euthanasia Among Medical Students at Two Polish Universities. J Canc Educ 2013; 28: 384-91.
29. Radulović S, Mojsilović S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. Support Care Cancer 1998; 6: 410-15.

30. Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I, Nishimura T, Yamagishi A. The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Med Ethics* 2004; 29: 1-7.
31. Schneider CE. *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors and Medical Decisions*. New York: Oxford University Press, 1998.
32. Frković A. Distanzacija i novorođenčad s teškim malformacijama. *Gynaecol Perinatol* 2004, 13: 165-9.
33. Čengić T, Brkljačić M, Sorta-Bilajac Turina I i sur. Can Croatian Medicine do Without Palliative Medicine? – Study Investigating the Need for Formal Education. *Coll Antropol* 2013; 27: 1133-7.
34. Sanders C, Sykea N. Palijativna skrb u završnom stadiju bolesti. III. izdanje, Školska knjiga, Zagreb, 1996., str. 6-7.
35. Loria A, Villarreal-Garza C, Sifuentes E, Lisker R. Physician-assisted death. Opinions of Mexican medical students and residents. *Arch Med Res* 2013; 44: 475-8.

SUMMARY

THE ATTITUDES OF MEDICINE, LAW AND PSYCHOLOGY STUDENTS TOWARDS DYSTHANASIA AND THE PATIENT'S RIGHT TO SHARED DECISION MAKING IN THE FINAL PHASES OF TERMINAL ILLNESS

B. JURANIĆ, Š. MIKŠIĆ and D. LJUBOTINA¹

Josip Juraj Strossmayer University, School of Medicine, Osijek and ¹University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Psychology, Zagreb, Croatia

Dysthanasia is defined as the use of medical interventions with the aim of sustaining life in cases in which there is no hope of recovery. These procedures may lead to the prolongation of suffering and pain in patients. We examined the attitudes of 370 first-year and final-year students of medicine, law and psychology towards dysthanasia and the patient's right to participate in decision making regarding medical treatment in the final phase of a terminal illness. Student attitudes towards dysthanasia were mainly positive in cases when such treatment is perceived as a struggle for the patient's life, whereas the attitudes were mildly negative when the patient's suffering and the suffering of his family were emphasized. Final-year medical students statistically have a more negative attitude to dysthanasia than first-year students or law and psychology students. All student subsamples have a positive attitude towards the patient's right to participate in treatment decision making, with first-year students having the lowest estimates. Positive attitudes towards dysthanasia have a low correlation with higher religiosity ($r=-0.308$), and a very low correlation with a conservative outlook on life ($r=0.162$), while personal experience with medical procedures that cannot help patients is only slightly correlated to a more negative attitude to dysthanasia ($r=0.131$). The correlation of attitudes towards dysthanasia and euthanasia is low and negative ($r=-0.354$), which may indicate a mild tendency in the participants to interpret the abandonment of dysthanasia as a form of passive euthanasia. The results indicate the complexity of the concept of dysthanasia and the need for a multidisciplinary approach to this problem.

Key words: dysthanasia, shared decision making in end-stage illness, euthanasia, attitudes