

Primjena tehnoloških dostignuća - medicinski i bioetički izazov suvremenog društva

Barić, Monika

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:058303>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-10**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Monika Barić

**PRIMJENA TEHNOLOŠKIH
DOSTIGNUĆA – MEDICINSKI I
BIOETIČKI IZAZOV SUVREMENOG
DRUŠTVA**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Monika Barić

**PRIMJENA TEHNOLOŠKIH
DOSTIGNUĆA – MEDICINSKI I
BIOETIČKI IZAZOV SUVREMENOG
DRUŠTVA**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.

Mentor rada: prof. prim. dr. sc. Aleksandar Včev, dr. med.

Rad ima 25 listova.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

„Ljudska patnja pobuđuje sažaljenje, također nadahnjuje poštovanje i, na svoj način, zastrašuje. U njoj je stvarno sadržana veličina posebnoga misterija.“

Ivan Pavao II

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. POSTUPCI.....	3
3. DISTANAZIJA.....	4
3.1. Medicinski pogled na distanziju.....	5
3.2. Etički pogled na distanziju.....	7
3.2.1. Bioetička načela.....	7
3.3. Zakonski pogled na distanziju.....	8
3.3.1. Informirani pristanak.....	9
3.3.2. Biološka oporuka.....	10
3.4. Teološki pogled na distanziju.....	11
3.5. Ekonomski pogled na distanziju.....	12
3.6. Palijativna medicina i distanzija.....	13
4. DISTANAZIJA IZ SESTRINSKE PERSPEKTIVE.....	15
5. ZAKLJUČAK.....	18
6. SAŽETAK.....	19
7. SUMMARY.....	20
8. LITERATURA.....	21
9. ŽIVOTOPIS.....	25

1. UVOD

Od početka čovječanstva do danas čovjek se bavio liječenjem bolesnih. Briga za bolesne i nemoćne odlika je koja čovjeka čini čovjekom. Znatiželja, istraživanje i učenje doveli su do napretka u znanosti, a time i napretka civilizacije. Koristeći nove spoznaje u znanosti ljudi su nalazili načine da to liječenje bude učinkovitije i uspješnije. Tek unazad stotinjak godina sama medicina vrtoglavo napreduje. Otkriće mikroorganizama, uvođenje pravila asepse, otkriće cjepiva, antibiotika i drugih lijekova, dovodi do toga da se mnoge bolesti uspješno liječe ili drže pod kontrolom, a očekivani životni vijek produljuje. Međutim, u relativno kratkom vremenu dolazi do ekspanzivnog tehnološkog napretka koji nam omogućava razne dijagnostičke i terapijske postupke koji su nekada bili nezamislivi. Nekad neizlječive i smrtonosne bolesti danas postaju kronične, a moderna dijagnostika omogućava da se neka bolest otkrije u ranoj fazi, te je time omogućeno uspješnije liječenje. Zbog svega toga medicina se ponekad čini svemogućom iako to nije.

Medicina razvijenih zemalja bilježi velike promjene. Osim pozitivnih promjena koje doprinose razvoju medicine, postoje i one negativne, a to su moguće zloupotrebe medicinskih dostignuća i medicinske tehnologije. Ta tehnologija napredovala je toliko da su njezinom upotrebom u humane svrhe mogući i veliki rizici, pa i prijetnje za čovjeka i njegovo zdravlje (1).

Položaj suvremenog čovjeka pred napretkom medicinske znanosti postaje sve nesigurniji. Terapijski rizik, eksperimenti na ljudima, umjetno prolongiranje života, transplantacija organa, humani inženjering, samo su neki od primjera enormnog porasta moći medicinske tehnologije nad ljudskim životom (1). Stručno-znanstveni napredak medicine povećao je nadu u dulji i bolji život, ali i stvorio vrlo komplicirane situacije koje otvaraju duboka etička pitanja. Taj je napredak pretvorio završni dio čovjekova života u dug i težak proces u kojemu je umiranje praćeno patnjom (2).

U ovom će radu biti govora o distanziji kao jednoj od posljedica medicinsko-tehnološkog napretka.

Distanzija podrazumijeva liječenje koje bolesniku ne donosi pozitivne rezultate, nema osobitog utjecaja na pozitivan tijek bolesti i koje je bolesniku s obzirom na njegovo zdravstveno stanje u potpunosti beskorisno. Takvo liječenje može negirati bolesnikovo ljudsko

dostojanstvo. Zapravo je riječ o odgađanju smrti i produžavanju patnje bolesnika i samog procesa umiranja (2).

Medicina može činiti dobro, ali i loše. Mogućnost medicine da bolesno tijelo održava u funkciji, čak i kada je zdravlje nepovratno izgubljeno, stvara moralne dileme. Agresivna i intenzivna terapija te komplicirani zahvati u jedinicama intenzivne skrbi dovode do toga da se bolesnike u terminalnom stanju održava na životu neograničeno dugo, a oboljelom se produžava agonija i onemogućuje dostojanstveno umiranje. Što je neko društvo ekonomski razvijenije i bolnice medicinski i tehnički opremljenije, veća je mogućnost distanzacije u praksi (3).

Cilj je rada opisati i analizirati kliničke dvojbe i moralno-etičke nedoumice vezane uz beskorisne tretmane na kraju života. Kako bi se o distanzaciji kvalitetno raspravilo, taj problem potrebno je sagledati s više različitih gledišta, tj. medicinskog, etičkog, zakonskog ili teološkog. Mnogi svjetski znanstvenici i stručnjaci još uvijek teško dolaze do suglasja po tom pitanju. Ovisno o vrijednostima u određenom društvu, stavlja se naglasak na određeni aspekt problema. Tako je, naprimjer, u Sjedinjenim Američkim Državama često naglasak na ekonomskom aspektu, u državama Latinske Amerike na svetosti života, ali i dostojanstvenoj smrti, dok se u zemljama Europske unije raspravlja o pravu na izbor i autonomiji bolesnika.

Jedan od temeljnih ciljeva medicine jest spasiti i produljiti život. Međutim do koje je granice život potrebno produljivati? I samo zato što nešto možemo učiniti, postavlja se pitanje trebamo li.

2. POSTUPCI

Prilikom pisanja ovog diplomskoga rada pretraživane su baze podataka na engleskom i hrvatskom jeziku koje su dostupne na internetu. Za pretraživanje literature na engleskom jeziku korištene su baze podataka *Scopus* i *PubMed*, a pri pretraživanju članaka na hrvatskom jeziku korišten je portal Hrčak. Upotrijebljene ključne riječi jesu: distanazija (engl. *distanasia*, *dysthanasia*), medicinska beskorisnost (engl. *medical futility*), sestrinstvo (engl. *nursing*), etičke dileme (engl. *ethical dilemmas*), bioetika (engl. *bioethics*). Također su pretraživane e-baze Gradske i sveučilišne knjižnice Osijek.

Kriteriji uključivanja bili su spominjanje distanazije i medicinske beskorisnosti, a kriteriji isključivanja izvori ili članci koji nisu bili na hrvatskom ili engleskom jeziku.

3. DISTANAZIJA

Iako se o distanaziji odnedavno nešto više piše, sam je pojam i dalje relativno nepoznat, a vrlo često dovodi se u vezu s eutanazijom. Riječ distanazija je neologizam s porijeklom u grčkom jeziku, gdje prefiks *dys* označava nešto teško ili loše, a riječ *thanatos* smrt. Izvorno prevedeno, distanazija bi značila prekomjerno produžavanje agonije i patnje bolesnika te odgađanje smrti. Taj se termin koristi i kao sinonim za beskoristan i uzaludan medicinski tretman kojim je posljedica polagana i produljena smrt praćena patnjom. Kada se o toj temi govori u zemljama zapadne Europe, govori se o terapijskoj ustrajnosti (franc. *L'acharnement thérapeutique*), a u Sjedinjenim Američkim Državama koristi se izraz medicinska beskorisnost (engl. *medical futility*) (2). U novije vrijeme u američkoj se literaturi također koristi izraz potencijalno neprikladna skrb (engl. *potentially inappropriate care*). Taj izraz zasad nije ušao u širu upotrebu i još je predmetom rasprava (4). Smatra se da izraz neprikladno samo po sebi nema prognostičke implikacije i jednostavno znači da se radnja iz nekog razloga smatra nepravilnom. Suprotno tome, beskorisnost podrazumijeva prognozu nepostizanja korisnog ishoda (5).

Terapijskom ustrajnosti smatra se medicinsko ponašanje koje koristi terapijske postupke bez učinka na osnovnu bolest ili ako je učinak tih postupaka štetniji od bolesti (3). Očituje se u pokušajima održavanja čovjeka na životu i ne dopuštanju da umre unatoč medicinskoj uzaludnosti. Najčešće je to zbog želje bolesnika ili njegove obitelji za produljenjem života, ali i zbog nesigurnosti medicinskog tima kako postupiti u pojedinoj situaciji (6). Problemi terapijske ustrajnosti najčešće se javljaju kod terminalnih onkoloških bolesnika, kod bolesnika u trajnom vegetirajućem stanju ili na samom početku života kod novorođenčadi s teškim kongenitalnim malformacijama.

Kako je već spomenuto, često se distanazija dovodi u vezu s eutanazijom. Javnost, ali i studenti zdravstvenih studija (7, 8) često ne razlikuju te pojmove, a važno ih je razlikovati. Riječ eutanazija također ima porijeklo u grčkom jeziku gdje prefiks *eu* znači dobro, a *thanatos* znači smrt. Dakle slobodno prevedeno, eutanazija bi značila izazivanje takozvane „dobre smrti“ kako bi se skratila patnja kod bolesnika s teškom ili neizlječivom bolesti, tj. namjerno oduzimanje života iz milosrđa (9). Također se u javnosti spominje kao ubojstvo iz samilosti. U Republici Hrvatskoj je protuzakonita, dok je Europskoj uniji dopuštena u zemljama Beneluxa.

Spomenut ćemo još i ortotanaziju, za koju se smatra da je između krajnosti eutanazije i distanazije. Ortotanazija (grčki prefiks *orto* znači pravilno, pravilan) značila bi dostojanstvenu smrt bez dodatnih patnji, a koja ne skraćuje život (9).

3.1. Medicinski pogled na distanaziju

Manipuliranje suvremenim sofisticiranim tehnikama i agresivnim intervencijama u različitim aspektima medicinske djelatnosti dovodi do medikalizacije života. Tehnička mogućnost održavanja života u nedogled ponekad je razlog nesigurnosti liječnika u smislu oslobođenja odgovornosti prema umirućem i članovima njegove obitelji (1).

Suočavanje sa smrću teško je kako za oboljelog i njegovu obitelj tako i za medicinsko osoblje. Ako se ne postiže suglasnost o primjeni ili povlačenju dostupnih medicinskih sredstava, situacija postaje još teža (10). Vrlo je delikatno odrediti trenutak kada medicinski zahvat ili tretman više nije pogodan za bolesnika, tj. kada on postaje beskoristan i uzaludan.

Američki bioetičar Edmund Pellegrino predlaže upotrebu sljedećih kriterija: učinkovitost, pogodnost i tegobnost. Odluka se donosi ovisno o odnosu tih triju kriterija, a u odlučivanju zajednički sudjeluju liječnik i bolesnik ili njegov predstavnik.

- učinkovitost: procjenjuju se klinički mjerljivi podatci, tj. može li određena intervencija promijeniti tijek bolesti ili učiniti razliku u odnosu na smrtnost ili povrat funkcije. Objektivno ju određuje liječnik.

- pogodnost: odnosi se na ono što bolesnik ili obitelj smatraju za vrijednost ili cilj. Procjenjuje ju subjektivno bolesnik koji ocjenjuje svoj stav i vrijednosti o tretmanu koji se primjenjuje.

- tegobnost: podrazumijeva tjelesnu, emocionalnu, socijalnu ili ekonomsku cijenu kao posljedicu tretmana. Ona je i subjektivna i objektivna, s liječničke strane objektivna, a sa stajališta bolesnika subjektivna i osobna.

Kada je ocjena svih triju elemenata povoljna za dobrobit bolesnika, tada se tretman može moralno opravdati. Kada ne pogoduje dobru bolesnika, tretman se ne može moralno opravdati. Odluka ne može biti jednostrana, već zajednička i potpuno dobro bolesnika treba biti njezin glavni cilj (2).

Jedan od razloga provođenja uzaludnih postupaka različita je percepcija ciljeva, koristi i neželjenih učinaka kod liječnika i bolesnika. Etički zahtjev za poštivanjem autonomije bolesnika, bolesniku daje pravo izabrati između ponuđenih medicinski prikladnih mogućnosti liječenja, kao i mogućnost odbijanja svih navedenih mogućnosti, međutim ne daje bolesniku pravo na dobivanje svakog tretmana koji zatraži.

Iako liječnik nije obavezan odraditi tretman koji smatra beskorisnim, općenito liječnici iznimno teško odolijevaju nasrtajima obitelji ili njegovatelja da se učini ili barem pokuša sve, pa i nemoguće, s ciljem umirivanja savjesti (3).

Postoji više razloga zašto liječnici oklijevaju prekinuti intervencije koje smatraju uzaludnima:

- ako im nedostaje institucionalna podrška za uskraćivanje intervencija protiv želja obitelji
- zabrinutost zbog mogućnosti tužbe ako odbiju pristati na zahtjev obitelji za liječenjem (prijetnja sudskim sporovima je pozadinska briga mnogih liječnika)
- ponavljajuće rasprave s beskompromisnom obitelji mogu biti frustrirajuće i stresne, a što troši puno vremena i energije (5).

Liječnici moraju uspostaviti ravnotežu između želje bolesnika i obitelji, uzeti u obzir pravne i etičke aspekte i procijeniti korist, štetu i cijenu skrbi. To čini donošenje odluka vrlo izazovnim. Finsko istraživanje provedeno među liječnicima o pristupu liječenja terminalnim bolesnicima i palijativnoj skrbi u razmaku od 16 godina (1999. i 2015.), utvrdilo je da 2015. liječnici puno rjeđe odabiru aktivne tretmane liječenja koji produžuju život te biraju palijativnu skrb, u odnosu na 1999. Autori smatraju da njihovi rezultati vjerojatno odražavaju općenite promjene u društvu i stavovima u medicini, ali i bolja poznavanja načela palijativne skrbi (11).

Čak i nakon što se zaključi da je bolesnik na umoru, i dalje može biti teško procijeniti hoće li izvjesna intervencija rezultirati bitnim promjenama u kvaliteti njegova preostalog života. Završna odluka o tome je li neki postupak u određenom slučaju beskoristan ili nije, donosi se zajednički s bolesnikom, odnosno s njegovom obitelji i njegovateljima.

3.2. Etički pogled na distanziju

Pri donošenju medicinski ispravnih odluka više nije dovoljna samo medicinska stručnost. Budući da su tehnologija i nove mogućnosti u medicini doveli do teških i složenih situacija,

došlo je do rastućeg broja dilema u medicinskoj praksi. U svrhu rješavanja tih dilema nastaje bioetika kao znanost o ljudskom životu, to jest moralno razmišljanje o životu i njegovim čimbenicima. Bioetika se odnosi na one zahvate na ljudski život koji su postali mogući zbog mnogih otkrića u medicinsko-biološkim znanostima, a cilj im je svojevrsna dominacija i manipulacija nad ljudskim životom (12).

3.2.1. Bioetička načela

Kao predložene osnovne norme za pomoć moralnom razmišljanju u medicinskoj praksi i rješavanju bioetičkih dilema dana su bioetička načela ili principi. Američki bioetičari Tom L. Beauchamp i James Childress sredinom sedamdesetih godina prošlog stoljeća objavili su „Načela biomedicinske etike“ u kojima su predstavili četiri osnovna biomedicinska načela. Ta se moralna načela predstavljaju kao standardi ponašanja na kojima se temelje druga moralna pravila i odluke te su iznimno važni za biomedicinsku etiku.

Ta načela su:

- načelo poštivanja autonomije
- načelo neškodljivosti
- načelo dobročinstva
- načelo pravednosti (13).

Za donošenje odluka koje se tiču medicinske beskorisnosti ta su načela osobito važna. Načelo autonomije podrazumijeva poštivanje slobode odlučivanja svakog bolesnika, tj. poštuje se sposobnost donošenja odluka bolesnika. U medicini je dugo vladao paternalistički koncept i odluke o liječenju uglavnom je donosio liječnik jer se smatralo da zna bolje. To načelo donosi temelj za novi koncept u medicini, partnerski odnos bolesnika i liječnika koji zajedno donose odluke o liječenju. Poštivanje načela autonomije bolesnika također je temelj informiranog pristanka koji je danas obavezan etički i pravni dio liječenja.

Načelo neškodljivosti potiče iz tradicionalne medicine, gdje je još Hipokrat postavio pravilo „Prvo, ne škoditi!“ (lat. *Primum non nocere*). U osnovi, ako bi liječenje više štetilo bolesniku nego što bi mu koristilo, smatra se da bi došlo do kršenja tog načela.

Načelo dobročinstva podrazumijeva da liječnik stavlja bolesnika i njegovu dobrobit na prvo mjesto i da preuzima odgovornost za takvo postupanje.

Načelo pravednosti zahtijeva jednak odnos prema svim ljudima bez diskriminacije na bilo kojoj osnovi, bio to spol, dob, nacionalnost, religija ili nešto drugo. Jedno sjevernoameričko istraživanje medicinske beskorisnosti utvrdilo je da se velik broj slučajeva distanazije u njihovoj bolnici odnosio na bolesnike afroameričkog porijekla, najčešće na inzistiranje obitelji. Ti bolesnici i njihove obitelji smatrali su da većinom bijelo osoblje bolnice ne čini sve što bi mogli zbog rasne diskriminacije te su inzistirali na uzaludnim postupcima (5). Je li ta diskriminacija bila stvarna ili samo percipirana od strane bolesnika mi ne možemo utvrditi, ali činjenica da je današnje društvo prepuno diskriminacije ne smije se prenositi u medicinski kontekst.

Iako su ta bioetička načela danas predmetom debate između američkih i europskih bioetičara, zadržala su svoj status (14) kao norma u bioetici.

3.3. Zakonski pogled na distanaziju

Vijeće Europe 1999. godine usvojilo je Preporuku br. 1418. To je preporuka čiji je cilj Zaštita ljudskih prava i dostojanstva smrtno bolesnih i umirućih bolesnika. Skupština Vijeća Europe u navedenoj preporuci upućuje poziv državama članicama da smrtno bolesnim i umirućim bolesnicima osigura poštivanje i zaštitu dostojanstva, pravnu i socijalnu zaštitu te da se umirućoj osobi ne produžava život beskorisnim i uzaludnim tretmanima protiv njezine volje (15).

U hrvatskom Kodeksu medicinske etike i deontologije, koji je stupio na snagu 2008. godine, o umirućem bolesniku govori članak 4., a točka 3 tog članka navodi: „Nastavljanje intenzivnog liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski nije utemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt“ (16).

Međutim, u Republici Hrvatskoj važeći propisi izazivaju poteškoće u slučajevima liječenja umirućih bolesnika jer se pravilnici i odredbe nalaze po različitim zakonima i kodeksima i često se međusobno sukobljavaju. To zdravstvenim radnicima otežava donošenje odluke u rješavanju različitih situacija (17). Neusklađena i nejasna pravna regulativa dovodi do toga da se zdravstveni djelatnici osjećaju pravno nesigurnima jer su u dvojbi koji propis ima prednost u praksi. Posebno se liječnici stoga boje ne učiniti sve moguće ili iskoristiti sve što moderna medicina pruža jer bi mogli odštetno ili kazneno odgovarati.

U angloameričkom pravu postoje propisi o anticipiranim naredbama o odbijanju liječenja (engl. *advance decisions to refuse treatment*) te nalozi o neoživljavanju (engl. *do not resuscitate orders*). Na europskoj razini uređenje odluka o okončanju života odbijanjem liječenja nije postignuto. U Europi države poput Danske, Belgije, Njemačke i Italije imaju reguliranu obvezujuću izjavu (engl. *living will*), ali Republika Hrvatska nema. Unatoč preporukama Vijeća Europe o donošenju pravnih dokumenata koji bi olakšali kliničke odluke i sprječavanje distanazije, hrvatsko zakonodavstvo još nije donijelo takve odredbe (18).

Poštivanje autonomije bolesnika o odlučivanju o predloženom medicinskom tretmanu zaštićeno je informiranim pristankom, a informirani pristanak temelj je eventualne biološke oporuke.

3.3.1. Informirani pristanak

Informirani pristanak danas je zastupljen u svakodnevnoj kliničkoj praksi te ima klinički, etički i pravni aspekt. Mogućnost izbora integralni je dio pravnih načela autonomije bolesnika te uključuje pravo davanja pristanka ili odbijanja preporučenog medicinskog postupka (17). Ako bolesnik ne može odlučivati, umjesto njega odluku donosi njegov predstavnik. Informirani pristanak važeći je samo ako je osoba prethodno potpuno informirana o predloženom postupku i ako je tu informaciju ispravno razumjela (19). Pristanak je moguće povući bilo kada i iz bilo kojeg razloga.

Ako je dobro informirani bolesnik donio odluku o odbijanju postupka, zdravstveni djelatnik može ga pokušati uvjeriti da je važno predloženi postupak prihvatiti, ali uvjeravanje ne smije prerasti u prisilu ili pritisak (20). Za liječnika je odluka bolesnika o liječenju obvezujuća i mora je prihvatiti i onda kada mu se čini pogrešnom. Jasno je da su liječnici u strahu od odgovornosti zbog nepružanja tretmana, ali suprotno tome, sankcije zbog ignoriranja ili kršenja bolesnikovih odluka male su ili ih čak nema (20).

Ono što nas u ovom radu zanima jest ima li terminalni bolesnik pravo odbiti postupak održavanja na životu? Zakonske odredbe i Kodeks daju temelj sudovima da terminalnom bolesniku priznaju to pravo, ali hrvatski sudovi do sada nisu imali takve slučajeve, a ne postoje precizni kriteriji kojima bi se spriječile moguće zlouporabe (17).

3.3.2. Biološka oporuka

Biološka oporuka ili „anticipirana izjava o medicinskom tretmanu“ dokument je u kojemu se osoba izjašnjava o svom budućem i potencijalnom medicinskom tretmanu ako dođe do situacije da postane nesposobna za odlučivanje i rasuđivanje (21). Bitno je naglasiti da nema veze s nasljednim pravom, iako se koristi riječ oporuka. U njoj osoba može pristati ili odbiti određeni dijagnostički ili terapijski postupak. U Republici Hrvatskoj zasad nije pravno regulirano postojanje biološke oporuke, ali se o toj mogućnosti raspravlja. Kako bi to bilo moguće, potrebno je usklađivanje više zakona.

Da bi osoba mogla oblikovati biološku oporuku mora biti punoljetna, pravno i poslovno sposobna te sposobna za odlučivanje. Najčešće se sastavlja kada je osoba suočena sa zdravstvenim problemima i želi odrediti tijek budućeg liječenja. Pomoću tog dokumenta osoba određuje hoće li u datom trenutku nastaviti liječenje ili ne, hoće li se podvrći nekom zahvatu ili ne i slično. Osoba može anticipirano odbiti, naprimjer, liječenje u bolnici, mehaničku ventilaciju, određeni operativni zahvat, kardiopulmonalnu reanimaciju ili primjenu nekog lijeka. Također može ovlastiti neku drugu osobu da odlučuje o njezinu liječenju. Takav dokument postaje vodilja za postupanje, kako obitelji, tako i zdravstvenim djelatnicima (22). Biološka oporuka kao takva bolesnicima bi pružala jamstvo provedbe njihovih odluka, surogatne odlučitelje oslobodila pritiska odgovornosti, a liječnicima bi se olakšao odabir skrbi u kriznim situacijama (18).

Prateći anticipirane naredbe bolesnika koje se nalaze u biološkoj oporuci, liječnik ne bi odgovarao za mogući nepovoljan rezultat liječenja, tj. bilo bi osigurano da posljedica nije u kaznenoj ni civilnoj odgovornosti liječnika (21). Također bi donijelo veću sigurnost zdravstvenom timu u odlučivanju i izvođenju postupaka prilikom skrbi za terminalne bolesnike (22).

Obitelj bolesnika lakše bi i smirenije odlučivala o liječenju ako do njega dođe, bez pritiska i straha da rade nešto pogrešno ili da nisu dobro odlučili.

Uvođenje biološke oporuke u zakonodavne okvire pospješilo bi sustav zaštite prava pacijenata (18). Svakako je potrebno izraditi jasne zakone i propise kako bi se poštovalo pravo osobnosti, pravo na život te na mirnu i dostojanstvenu smrt.

3.4. Teološki pogled na distanziju

Distanzija je prema Katoličkoj crkvi moralno neopravdana. Katolička crkva promiče dostojanstveno poštivanje svetosti ljudskog života i zagovara odustajanje od medicinske beskorisnosti (10). U novijim crkvenim dokumentima zapaža se težnja za razlikovanjem rasprave o eutanaziji od one o distanziji.

Na zasjedanju u Vatikanu 1999, 5. opća skupština Papinske akademije za život raspravljala je o dostojanstvu umiruće osobe i donijela završnu deklaraciju. Neki od zaključaka te deklaracije su:

- Kada liječnik postane svjestan da je spriječiti smrt bolesnika postalo nemoguće te da bi učinak intenzivnog terapijskog tretmana bio samo produžavanje patnje, treba prihvatiti ograničenja medicine i neizbježnost smrti.
- Poštivanje umiruće osobe zahtijeva više nego ikada obavezu izbjegavanja medicinske beskorisnosti u bilo kojem obliku i pozivanje na prihvaćanje smrti.
- Djelovanje liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika potrebno je nastaviti učinkovitom i pažljivom terapijom i palijativnom skrbi.
- Ljudski je život svet i nepovrediv u svim svojim fazama i situacijama. Ljudsko biće nikada ne gubi svoje dostojanstvo u bilo kakvoj tjelesnoj, psihičkoj okolnosti ili stanju u kojem se našao. Stoga, svi oni koji se nalaze u procesu umiranja zaslužuju i traže bezuvjetno poštovanje koje pripada svim ljudima (2).

Na istom zasjedanju strogo je osuđena eutanazija i potpomognuto samoubojstvo u svakom obliku.

3.5. Ekonomski pogled na distanziju

Moderno je doba izuzetno koncentrirano na zarađivanje i profit, pa se javljaju ideje da je za društvo opterećenje skrbiti o društveno neproduktivnim osobama ili onima koje trebaju tuđu njegu. U državama kao Sjedinjene Američke Države organizirana je medicinska skrb komercijalizirana i prihvaćena kao ekonomska neophodnost, pa to može postati opasnost za osobe koje trebaju tuđu skrb (2). Takvo je društvo drugačije od našeg, u kojemu se pak smatra da će sav trošak „pokriti osiguranje“. I jedno i drugo krajnosti su koje je potrebno izbjeći.

Trošak može biti i etičko pitanje. Ponekad je neophodno učiniti neki postupak bez obzira na troškove jer je to etički potrebno. Ali ako trošak postoji, netko ga mora platiti, a pitanje tko, još je jedno etičko pitanje. Liječnici su zagovornici svojih pacijenata, ali zagovaranje ne treba značiti pružanje medicinske skrbi bolesnicima bez obzira na to koliko ona košta ili tko ju plaća. Ako korist od liječenja očito ne postoji, razumno je pitati se je li ispravno koristiti se kolektivnim sredstvima za njegovo plaćanje (23).

Distanazija se često provodi u jedinicama intenzivnog liječenja. Istraživanja pokazuju kako 11 % bolesnika u jedinicama intenzivnog liječenja prima beskoristan tretman, dok 8,6 % bolesnika prima potencijalno beskoristan tretman (24, 25). Troškovi liječenja u jedinicama intenzivne skrbi čine 15 – 20 % bolničkih troškova cijelog zdravstvenog sustava (26). Nakon što uzmemo u obzir da je dio tih sredstava utrošen na tretmane medicinske beskorisnosti na bolesnike koji se uopće ne bi trebali liječiti na intenzivnoj njezi, jasno je da se radi o značajnom financijskom iznosu. Kapaciteti jedinica za intenzivnu njegu ograničeni su te liječenje bolesnika čiji se oporavak ne očekuje nije opravdano. Ako jedinica intenzivnog liječenja prima i liječi bolesnike kojima ta skrb ne koristi, to smanjuje raspoložive krevete i resurse za liječenje pacijenata kojima je zaista potrebno intenzivno liječenje (27).

Liječnici i drugi pružatelji zdravstvene zaštite nerado prihvaćaju ulogu upravitelja društvenih resursa, osobito kada to od njih zahtijeva ograničavanje dostupne medicinske skrbi. Međutim nije obaveza liječnika preuzeti isključivu odgovornost za kontrolu troškova, ali je potrebno inzistirati na tome da se to učini (23).

3.6. Palijativna medicina i distanazija

Kao rješenje problema sve češće medicinske uzaludnosti javila se palijativna medicina. Cilj je palijativne medicine ublažiti patnju i osigurati kvalitetu života do smrti.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je palijativu kao skrb koja poboljšava kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji, koji se suočavaju s izazovima povezanim sa životno ugrožavajućom bolešću, bilo na tjelesnom, psihološkom, društvenom ili duhovnom planu. Poboljšava se i kvaliteta života njegovatelja. Sve to postiže se primjenom prevencije, ranim prepoznavanjem problema, redovitom procjenom i suzbijanjem boli i drugih problema (28). SZO procjenjuje da od svih bolesnika kojima je palijativna skrb potrebna, prima ju samo 14 % bolesnika.

Palijativna medicina grana je medicine koja osigurava kompletnu i kompleksnu skrb o bolesniku koji boluje od teške kronične ili neizlječive bolesti nakon što su iskorištene sve druge metode liječenja. Ona je interdisciplinarna jer podrazumijeva medicinsku, socijalnu, psihološku i duhovnu podršku bolesniku i njegovateljima. Ne ubrzava smrt, niti je odgađa, već pokušava očuvati kvalitetu života u što većoj mjeri sve do smrti. U mnogim zemljama koncept palijativna medicina označava medicinske postupke koje provodi interdisciplinarni palijativni tim u nekom zdravstvenom okruženju, dok je palijativna skrb nešto širi pojam koji se odnosi i na rad u zajednici, angažiranost udruga, volontera ili vjerskih organizacija.

Palijativna medicina objedinjuje:

1. umirivanje i tretiranje simptoma, prvenstveno boli (tjelesne i psihološke) i poteškoća disanja
2. socijalnu i psihološku podršku bolesniku i njegovoj obitelji
3. podršku u rješavanju etičkih dvojbi koje se javljaju na kraju života (29).

To znači da, osim što osigurava bolesniku smanjenje boli, pomaže u olakšavanju disanja, otklanja mučninu i ostale simptome, pruža potporu bolesniku i njegovateljima kako bi se lakše nosili s bolešću te sve potrebne informacije o pravima i mogućnostima. Potrebno je naglasiti da samo ako je bolesnik potpuno informiran o svim mogućim komplikacijama svoje bolesti, načinima njihova liječenja te potencijalnim ishodima, tek tada može suvereno odlučiti o planu tijekom liječenja. U tom slučaju može se svjesno izbjeći medicinska beskorisnost.

Novije smjernice navode kako palijativnu skrb treba započeti već kod postavljanja dijagnoze, ali se zbog manjka financijskih sredstava ona kod nas zasad provodi tek u uznapredovalim stadijima bolesti. Ranije implementiranje palijativne skrbi moglo bi smanjiti broj nepotrebnih bolničkih prijema i bolničkih dana ležanja. Naprimjer, analiza medicinskih podataka bolesnika koji su umrli u jedinici intenzivne skrbi Kliničkog bolničkog centra Split (2012. – 2014.), pokazuje da se oko 6 % bolesnika nije trebalo liječiti u intenzivnoj skrbi, već im je trebala biti pružena palijativna skrb (27). Autori te analize objašnjavaju da je vjerojatan uzrok tome malen broj dostupnih jedinica, odjela i ustanova koje se bave palijativnom medicinom. Naime, diljem Republike Hrvatske palijativa je tek u svojim početcima, s vrlo malo stacionarnih smještajnih jedinica. Na sreću, palijativna medicina pri Domovima zdravlja sve bolje funkcionira i osigurava skrb sve većem broju bolesnika u njihovim domovima.

Kada bi svi bolesnici kojima je palijativna skrb potrebna istu dobili ubrzo nakon dijagnoze, sam tijekom bolesti bio bi olakšan kako bolesniku i obitelji tako i zdravstvenom sustavu. Bolesnici bi se rjeđe obraćali hitnim službama, ne bi bili nepotrebno hospitalizirani niti podvrgavani nepotrebnim dijagnostičkim testovima. Mnoge simptome moguće je tretirati bez bolničkog liječenja u suradnji s liječnikom specijalistom palijativne medicine. Preporučuju se rane intervencije kontrole simptoma, pružanje informacija i podrške bolesnicima i njegovateljima, redovita procjena simptoma, kao i emotivnog stanja bolesnika i njegovatelja kako bi osjećali podršku i kako bi se osigurala kvaliteta skrbi (30).

4. DISTANAZIJA IZ SESTRINSKE PERSPEKTIVE

Posao medicinske sestre vrlo je kompleksan. Zdravstvena njega, osim brige o tjelesnom stanju i zdravlju bolesnika, obuhvaća i mentalnu i duhovnu komponentu, a to su bitni čimbenici na putu do ozdravljenja. Cilj je medicinske sestre pomoći bolesniku i zaštititi ga u svakom pogledu. Stoga je osobito teško skrbiti o umirućem bolesniku.

Iako medicinske sestre često dolaze u kontakt s umirućim bolesnicima u različitim ustanovama, na različitim odjelima, pa i u kući bolesnika, primijećeno je da imaju poteškoće u izražavanju osjećaja povezanih s procesom umiranja (8). Mnoge od njih često se susreću s distanzijom, a posebno one koje rade u jedinicama intenzivne skrbi (22, 31, 32). Iako medicinske sestre nisu te koje odlučuju o tijeku i vrsti tretmana, one sudjeluju u provođenju. Pretpostavlja se da sudjelovanje u tretmanima medicinske beskorisnosti uzrokuje pojavu sindroma izgaranja na poslu (engl. *burnout syndrome*) kod medicinskog osoblja, iako ta povezanost zasad još nije dovoljno istražena (33). Sindrom izgaranja na poslu povezuje se s emocionalno intenzivnim zahtjevima posla, a rezultira iscrpljenošću, cinizmom i smanjenim radnim učinkom. Među zdravstvenim djelatnicima u SAD-u zapažena je povećana pojavnost sindroma izgaranja na poslu u proteklom desetljeću, gdje je trećina medicinskih sestara i polovina liječnika prijavilo simptome sindroma izgaranja na poslu (34). Sindrom izgaranja na poslu kod medicinskog osoblja odnedavno postaje područje intenzivnijeg istraživanja jer se povezuje s kvalitetom ishoda zdravstvene skrbi, što uključuje prijavljene samoopažene medicinske pogreške djelatnika, povećanu smrtnost bolesnika, kliničku depresiju djelatnika i značajan financijski trošak zdravstvenom sustavu (33). Taj je fenomen potrebno dodatno istražiti, ali i reagirati na rezultate istraživanja. Kronično nedovoljan broj medicinskih sestara na odjelima koji skrbe za teško oboljele bolesnike raširen je problem, čak i u ekonomski razvijenijim državama, međutim budući da se simptomi izgaranja na poslu mogu negativno odraziti i na bolesnika, bilo bi potrebno ozbiljno pristupiti tom problemu.

Velik je izazov održati dostojanstvo bolesnika u zadnjem stadiju života, omogućiti bolesniku i obitelji da se smireno suoče sa smrću i prihvate smrt kao prirodan završetak života. Medicinska je sestra najbliža bolesniku i provodi s njim najviše vremena, što omogućuje prikupljanje važnih informacija o bolesniku koje zatim prenosi ostalim članovima medicinskog tima. Te informacije mogu biti iskorištene u rješavanju mogućih etičkih dilema (32). Pridavanje

pozornosti detaljima nužno je da bi se imalo uvid u bolesnika kao cjelokupnu osobu i da bi se individualizirala njega koja je nužna za ortotanaziju.

Medicinske sestre trebale bi imati prikladno znanje o konceptima distanazije, eutanazije i ortotanazije. Ako se o tim pojmovima ne raspravlja, to može rezultirati većom pojavnosti distanazije i narušavanjem dostojanstvenog umiranja (32). Potrebna je priprema studenata i učenika za vrijeme školovanja kako o tim pojmovima tako i o načinima suočavanja u praksi. Studente treba ohrabrivati da se upoznaju s različitim tipovima skrbi za bolesnika na kraju života, kako očuvati dostojanstvo i kvalitetu života tih bolesnika do trenutka njihove smrti (8). Osim toga, potrebno bi bilo podučiti studente i učenike načinima suočavanja sa stresnim situacijama ili neuspjehom, iako je već spomenuto da smrt ne treba smatrati neuspjehom liječenja ili skrbi. Nužno je prihvatiti da u nekim situacijama izlječenje nije moguće, unatoč znanstvenom i tehnološkom razvoju medicine. Tek tada medicinske sestre mogu bolesnicima pružati potrebnu podršku i smanjiti rizik od sindroma izgaranja na poslu.

Brazilsko istraživanje među studentima sestrinstva pokazuje da vrlo malo studenata sestrinstva razumije značenje pojma distanazija, a i oni koji su s pojmom upoznati imaju vrlo površno znanje unatoč tome što su se s distanazijom susretali u praksi (8). Studenti preddiplomskog studija sestrinstva na Hrvatskom Katoličkom sveučilištu pokazuju slične rezultate, gdje čak 38 % ispitanika daje neutralan odgovor na tvrdnju kako distanazija znači dostojanstvenu smrt. Međutim, ohrabruje podatak da 67 % ispitanika smatra da primjena visoke tehnologije u medicini ne može zamijeniti ljudsku brigu, lijepu riječ i dodir, a 59 % smatra kako kvaliteta života ima veću važnost od produženja života (6).

Nedostatna obuka studenata i učenika sestrinstva u vezi s problemima povezanim sa završetkom života pridonosi poimanju smrti kao nečega neprirodnog i povezanog s patnjom. Važno je potaknuti učenike i studente na razmišljanje o skrbi za bolesnika u svakom životnom ciklusu, a posebno o umirućim bolesnicima. Smrt ne bi trebalo smatrati neuspjehom liječenja ili zdravstvene njege, već prirodnim dijelom života. Edukacija i učenje uz bolesnički krevet ima utjecaja na etičku osviještenost studenata i budućih medicinskih sestara, ali potrebna je trajna edukacija u školama i na fakultetima, pa i nakon školovanja, u sklopu trajnog stručnog usavršavanja.

Talijansko istraživanje o medicinskoj beskorisnosti provedeno među liječnicima i medicinskim sestrama pokazalo je da distanazija ima utjecaj na obje struke. Međutim, liječnici su češće bili usmjereni na beskorisnost tretmana i ishod liječenja, a malo su pažnje pridavali stvarima koje

su bile važne medicinskim sestrama, kao što su agonija i patnja bolesnika. To je vjerojatno radi različite uloge koju obavljaju u svakodnevnoj skrbi za bolesnika. Medicinske su sestre također češće prepoznavale važnost obitelji i komunikacije i zauzimale ulogu posrednika u komunikaciji (35).

Terminalna faza, osim za bolesnika, izuzetno je teška i za njegovu obitelj. Kako bi se izbjegli sukobi u odlučivanju o daljnjem postupanju, izuzetno je važna uspješna komunikacija i uspostavljanje povjerenja jer sukobi su često posljedica nejasne komunikacije. U literaturi se spominje kako članovi obitelji cijene komunikaciju gotovo jednako kao stručne vještine osobe koja pruža skrb bolesniku (36). Nepovjerenje u medicinsko osoblje može dovesti do toga da bolesnik ili obitelj zahtijevaju beskorisne postupke. Kako bi se uspostavilo povjerenje, potrebno je redovito i na jednostavan način bolesnika informirati o stanju i tijeku liječenja, iskazivati poštovanje i strpljenje te aktivno slušati. To se odnosi na sve članove medicinskog tima.

Medicinska je sestra i važan član palijativnog tima, bilo da se palijativna skrb odvija u nekoj ustanovi ili u kući bolesnika. Osim same njege bolesnika usmjerene na zbrinjavanje njegovog tjelesnog stanja i tretiranja simptoma, važan dio zdravstvene njege je i psihološka i duhovna skrb. Ponekad su članovi palijativnog tima jedine osobe s kojima bolesnik i njegova obitelj dolaze u kontakt, pa je time njihov značaj još veći. Nakon dijagnoze teške bolesti, bolesnici su skloni povući se u sebe, pa i negirati samu bolest. Velika većina obitelji nespremna je na takve teške situacije i nisu u stanju voditi razgovore koji bi im omogućili da pomognu članu obitelji u donošenju odluka potrebnih za osiguranje dobre i odgovarajuće skrbi. U takvim situacijama i liječnik i medicinska sestra trebali bi pokazati inicijativu i razgovarati o svim detaljima potencijalnih tretmana, istodobno pružajući podršku (37). Uz to, medicinska sestra djeluje i kao koordinator svih članova palijativnog tima, pomaže utvrditi potrebu za duhovnikom, psihologom ili socijalnim radnikom te organizira njihove posjete.

U palijativnoj skrbi odnos medicinske sestre i bolesnika prerasta profesionalni odnos te dolazi do međusobnog razumijevanja, poštovanja i naklonosti. Kada je dostojanstvo bolesnika očuvano, on se osjeća sigurno i u miru, a tako neizbježna smrt postaje prihvatljivija. Biti uz bolesnika u njegovim najtežim i najranjivijim životnim trenucima za svaku je medicinsku sestru istodobno i izazov i privilegija.

5. ZAKLJUČAK

Brojna otkrića u medicini dovela su do velikih promjena u poimanju života i smrti. Nakon što je postalo moguće izliječiti ono što je nekad bilo neizlječivo, od medicine se svaki dan očekuje sve više, pa i to da pomakne granicu života i smrti. Zbog nemogućnosti prihvaćanja smrtnosti dolazi do distanzije, nasilnog produžavanja života i odgađanja smrti.

Distanzija je postala velik problem današnje medicine. Odlučiti je li neki tretman medicinski beskoristan ili nije vrlo je teško jer treba uzeti u obzir medicinsko stanje i prognozu bolesnika, cijenu tretmana, želje bolesnika te zakonska i moralna ograničenja. Partnerski koncept u medicini djelomično olakšava odlučivanje jer bolesnik i liječnik odlučuju zajedno na temelju svih ranije nabrojanih činjenica.

U našoj zemlji liječnici se često nevoljko odlučuju na odustajanje od terapijske ustrajnosti jer nemaju pravnu zaštitu ako obitelj bolesnika naknadno odluči promijeniti mišljenje o liječenju. Radi toga bi uvođenje u praksu anticipirane izjave o medicinskom tretmanu bilo od velike pomoći kao pravna zaštita medicinskih djelatnika, ali i kao vodič o postupanju za obitelj ili njegovatelje bolesnika.

Medicinska sestra nema izravnu odgovornost u odlučivanju hoće li se distanzijski postupak provesti ili ne, ali je dio medicinskog tima koji provodi te postupke. Mnoge medicinske sestre nisu upoznate s pojmom distanzije iako su se s distanzijom susretale. Edukacija studenata sestinstva i učenika srednjih medicinskih škola o distanziji i ortotanziji pomaže pripremiti buduće medicinske sestre na susret s umirućim bolesnikom i na teškoće koje donosi suočavanje sa smrću. Također je potrebno naglasiti važnost dobre komunikacije medicinskih sestara i bolesnika, ali i medicinskih sestara međusobno, jer se tako postiže razumijevanje, prihvaćanje i očuvanje dostojanstva bolesnika.

Određivanje smjernica i protokola za odlučivanje o liječenju kako bi se izbjegla distanzija bilo bi vrlo korisno, međutim takvo nešto je gotovo nemoguće. Svaka situacija i svaki bolesnik jedinstveni su i za odlučivanje je potrebno uzeti u obzir individualne okolnosti, vodeći računa o moralnim i bioetičkim načelima.

6. SAŽETAK

Uvod: Napredak znanosti i tehnologije dovodi do novih mogućnosti u medicini kao što je liječenje prethodno neizlječivih bolesti, produljenje života i odgađanje smrti. To je dovelo do distanzacije. Distanzaciju odlikuje bolna i polagana smrt bolesnika praćena patnjom zbog nepotrebnih medicinsko-tehničkih postupaka.

Postupci: Pretraživana je literatura na hrvatskom i engleskom jeziku, u bazama podataka Hrvčak, *PubMed* i *Scopus*.

Prikaz teme: Distanzaciju je potrebno sagledati s medicinskog, etičkog, ekonomskog, zakonskog i teološkog gledišta. U odlučivanju o medicinskom postupku uzimaju se u obzir svi ti aspekti, a odlučiti je potrebno u dogovoru s bolesnikom poštujući bioetička načela. Medicinske sestre ne odlučuju o tretmanu, ali ga provode. Edukacija medicinskih sestara na području komunikacije i bioetike pomaže u radu s umirućim bolesnicima. Paliјativna skrb jedno je od rješenja problema koji se javljaju na kraju života.

Zaključak: Vrlo je teško odlučiti je li neki tretman medicinski beskoristan. Bilo bi korisno odrediti smjernice za odlučivanje o liječenju kako bi se izbjegla distanzacija, ali je to gotovo nemoguće jer su svaka situacija i bolesnik jedinstveni i za odlučivanje je potrebno uzeti u obzir individualne okolnosti.

Ključne riječi: distanzacija; medicinska, beskorisnost; medicinska, sestra; terapijska, ustrajnost

7. SUMMARY

Application of technological achievements – medical and bioethical challenge of modern society

Introduction: Advances in science and technology have led to new possibilities in medicine such as treating previously incurable diseases, prolonging life, and delaying death. This has led to dysthanasia. Dysthanasia is characterized by painful and slow death of the patient followed by suffering due to unnecessary medical-technical procedures.

Procedure: Literature in Croatian and English was searched in Hrčak, PubMed and Scopus databases.

Overview: Dysthanasia should be analyzed from a medical, ethical, economic, legal, and theological point of view. All these aspects should be considered when deciding on a medical procedure. Decision must be made in agreement with the patient, respecting bioethical principles. Nurses do not decide on treatment, but they implement it. Educating nurses in communication skills and bioethics can help them work with dying patients. Palliative care is one of the solutions to problems that arise at the end of life.

Conclusion: It is very difficult to decide whether a treatment is medically futile. It would be useful to set guidelines for deciding on treatment to avoid dysthanasia, but this is almost impossible because each situation and patient are unique and individual circumstances need to be considered for decision making.

Keywords: disthanasia; dysthanasia; medical futility; nurses

8. LITERATURA

1. Štifanić M, Dobi Babić R. Prava Pacijenata: ili tko će živjeti, a tko umrijeti. Rijeka: Adamić d.o.o; 2000.
2. Pessini L. Distanazija: Do kada produžavati život? Rijeka: Adamić d.o.o./Medicinski fakultet Rijeka; 2004.
3. Dobrila-Dintinjana R, Redžović A, Dintinjana M, Belac-Lovasić I. Distanazija - naša stvarnost. *Medicina Fluminensis*. 2015;51(3):393-5.
4. Ulrich CM. End-of-Life Futility Conversations: When Language Matters. *Perspect Biol Med*. 2018;60(3):433-7.
5. Brett AS, McCullough LB. Getting Past Words: Futility and the Professional Ethics of Life-Sustaining Treatment. *Perspect Biol Med*. 2018;60(3):319-27.
6. Gložinić T, Singbo O, Čartolovni A. Poimanje distanzije i transhumanizma iz perspektive sestrinske profesije. *Obnovljeni Život* 2020;75(4):457-73.
7. Juranić B, Mikšić Š, Ljubotina D. Stavovi studenata medicine, prava i psihologije prema distanziji i pravu pacijenata na suodlučivanje o postupcima liječenja u terminalnoj fazi bolesti. *Soc Psihijat*. 2015;43(3):129-141.
8. Matos MC, Santa Rosa DO, Anjos KF. Knowledge of nursing students on dysthanasia. *Rev Rene*. 2015;16(6):817-25.
9. Frković A. Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzije i eutanazije. *Soc Ekol*. 2007;16:215-29.
10. Vuletić S. Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanzije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću. *Diacovensia*. 2014;22(2):163-200.
11. Piili RP, Lehto JT, Metsänoja R, Hinkka H, Kellokumpu-Lehtinen PI. Has there been a change in the end-of-life decision-making over the past 16 years? *BMJ Support Palliat Care*. 2019. Epub ahead of print. Dostupno na adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31395612/>. Datum pristupa: 23.08.2021.
12. Vuletić S. Klinička bioetika (radni materijali ad usum privatum). Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo. Akademski godina 2018/2019. Osijek.

13. Beauchamp TL. Načela u bioetici. Druš. istraž. 1996;5(3-4 (23-24)):533-44.
14. Rinčić I. Sličnosti i razlike europske i američke bioetike u odnosu na temeljna bioetička načela. Jahr. 2013;4(2):739-46.
15. Kodeks medicinske etike i deontologije, pročišćeni tekst zakona. NN 139/15. Dostupno na adresi: <https://www.hlk.hr/kodeks-medicinske-etike-i-deontologije.aspx>. Datum pristupa: 20.06.2021.
16. Mišić Radanović N. Pravni aspekti odbijanja medicinskog postupka. Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske. 2021;12(1):263-87.
17. Vuletić S, Karačić S, Pelčić G. Hetero/auto/-nomija u kontekstu samo/determinizma bioloških oporuka. Pravni vjesnik. 2018;34(2):73-89.
18. Sorta Bilajac I. Informirani pristanak – konceptualni, empirijski i normativni problemi. Medicina Fluminensis. 2011;47(1):37-47.
19. Turković K. Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj. Medicina Fluminensis. 2008;44(2):158-70.
20. Radolović A. „Biološka oporuka“ u pravu osobnosti i medicinskom pravu (pravo osobnosti i trgovačko-zdravstveni aspekti). Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2019;40(1):147-64.
21. Saieron I, Ramos F, Schneider D, Silveira RD, Silveira L.R. Advance directives of will: nurses' perceptions of benefits and new demands. Esc Anna Nery. 2017;21 (04). Dostupno na adresi: <https://www.scielo.br/j/ean/a/c4t4GsLg38y59mdvcRrLYDs/?lang=en>. Datum pristupa: 20.08.2021.
22. Baily MA. Futility, autonomy, and cost in end-of-life care. J Law Med Ethics. 2011;39(2):172-82.
23. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, Savitsky TD, Guse D, Garber BJ, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. JAMA Intern Med. 2013;173(20):1887-94.
24. Sin S, Lee SM, Lee J. Characteristics and Outcomes of Potentially Inappropriate Admissions to the Intensive Care Unit. Acute Crit Care. 2019;34(1):46-52.

25. Gruenberg DA, Shelton W, Rose SL, Rutter AE, Socaris S, McGee G. Factors influencing length of stay in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2006;15(5):502-9.
26. Jukić M. Medical futility in intensive care units. *Acta Med Acad*. 2016;45:135-144.
27. World Health Organisation. Palliative Care. Dostupno na adresi: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. Datum pristupa: 23.08.2021.
28. Jušić A. Palijativna medicina - palijativna skrb. *Medicus*. 2001;10(2):247-52.
29. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliat Care*. 2016;15;15:4. Dostupno na adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26767785/>. Datum pristupa: 30.08.2021.
30. Menezes MB, Selli L, ALves JS. Dysthanasia: nursing professionals' perception. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2009;17(4):443-8.
31. 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(5):613-9.
32. Lambden JP, Chamberlin P, Kozlov E, Lief L, Berlin DA, Pelissier LA, et al. Association of Perceived Futile or Potentially Inappropriate Care With Burnout and Thoughts of Quitting Among Health-Care Providers. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(3):200-6.
33. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano, PF, Bhatt J, Ommaya A, i sur. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM Perspectives*. 2017. Dostupno na adresi: <https://nam.edu/burnout-among-health-care-professionals-a-call-to-explore-and-address-this-underrecognized-threat-to-safe-high-quality-care/>. Datum pristupa: 23.08.2021.
34. Leuter C, Petrucci C, La Cerra C, Dante A, Franconi I, Caponnetto V, i sur. Nurses' and physicians' opinions on end-of-life: a secondary analysis from an Italian cross-sectional study. *Ann Ig*. 2020;32(3):274-84.
35. Leland BD, Torke AM, Wocial LD, Helft PR. Futility Disputes: A Review of the Literature and Proposed Model for Dispute Navigation Through Trust Building. *J Intensive Care Med*. 2017;32(9):523-27.

36. Karnik S, Kanekar A. Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review. *Healthcare (Basel)*. 2016;4(2):24. Dostupno na adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27417612/>. Datum pristupa: 30.08.2021.