

Mišljenje opće populacije o eutanaziji

Zier Bro, Andrew

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:243:298152>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-01**

Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Andrew Zier Bro

**MIŠLJENJE OPĆE POPULACIJE O
EUTANAZIJI**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Andrew Zier Bro

**MIŠLJENJE OPĆE POPULACIJE O
EUTANAZIJI**

Diplomski rad

Sveta Nedelja, 2024.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Štefica Mikšić

Rad sadrži 46 listova i 15 tablica.

Lektor hrvatskog jezika: Ivana Vlahović, mag. educ. philol. croat.

Lektor engleskog jezika: Iva Lojić Šestan, mag. educ. philol. angl.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Zdravstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Medicinski potpomognuta smrt.....	2
1.1.1. Eutanazija u odnosu na sestrinsku praksu	3
1.2. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo kod neuroloških bolesti.....	3
1.3. Zakonodavstvo i praksa u Nizozemskoj i Belgiji.....	5
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	8
2.1. Specifični ciljevi.....	8
3. ISPITANICI I METODE	9
3.1. Ustroj studije	9
3.2. Uzorak	9
3.3. Instrumenti istraživanja	9
3.4. Statističke metode	9
4. REZULTATI.....	10
5. RASPRAVA.....	29
6. ZAKLJUČAK	32
7. SAŽETAK.....	33
8. SUMMARY	34
9. LITERATURA.....	35
10. ŽIVOTOPIS	39

POPIS KRATICA

EAS	Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo (engl. <i>Euthanasia and assisted suicide</i>)
AED	Direktiva o ubrzanoj eutanaziji (engl. <i>Advance euthanasia directive</i>)

POPIS TABLICA

Tablica 1. Distribucija ispitanika s obzirom na sociodemografske varijable.....	10
Tablica 2. Distribucija ispitanika po kategorijama odgovora.....	11
Tablica 3. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smrću sve prestaje.“ i „Smrt je neizvjesna i nepoznata, besmisleno je uopće misliti o tome.“.....	15
Tablica 4. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smrt svoj smisao može imati jedino kad čovjek vjeruje u Boga.“ i „Kada čovjek proživi svoj život smrt je prirodno smirenje.“.....	16
Tablica 5. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Život nema smisla.“ i „Smisao života je pridonijeti životu zajednice.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	17
Tablica 6. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smisao života je u samoostvarenju vlastitih mogućnosti.“ i „Smisao života je u ispunjavanju vlastitih želja, a ne u brizi za druge.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	18
Tablica 7. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smisao života je proživjeti ga što lagodnije.“ i „Izvan pojedinca i njegovih potreba život nema smisla.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	19
Tablica 8. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Jedino vjera u Boga daje životu smisao.“ i „Obitelj i prijatelji daju životu smisao.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	20
Tablica 9. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Jedino život u zajednici (društvu) ima smisao.“ i „Postupak kojim se osoba izravno usmrćuje od strane liječnika treba apsolutno zakonski zabraniti.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	21
Tablica 10. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Izostanak liječenja i „puštanje“ pacijenta da umre treba zakonski regulirati da ne bi došlo do zlouporaba.“ i „Umirući bolesnik ima pravo odlučivati o kraju svoga života.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	22
Tablica 11. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Liječnik je dužan pomoći umirućem bolesniku u ostvarenju želje za smrću.“ i „Nitko, pa ni sam pojedinac, nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	23

Tablica 12. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba ukinuti sve mjere liječenja.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem te ukinuti mjere liječenja koje im mogu produjiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	24
Tablica 13. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate ne treba započinjati postupke liječenja.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produjiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	25
Tablica 14. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem i omogućiti im da sami okončaju vlastiti život.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produjiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	26
Tablica 15. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s pitanjem „Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno bezbolno okončati život pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti, ukoliko pacijent i njegova obitelj to zatraže?“ i „Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako pacijent to zatraži“ s obzirom na sociodemografska obilježja.....	27

1. UVOD

Da bi se pristupilo pitanju eutanazije, neizbježno je govoriti o smrti. Pojam dolazi od latinske riječi *mors*, što znači prestanak života. S biološkoga gledišta, riječ je o prestanku organskih funkcija živih bića, nakon čega ponovno oživljavanje nije moguće. U zakonu, smrću čovjeka gasi se njegova osobnost u pravnim odnosima, dok se u pravnoj medicini klinička dijagnoza smrti temelji na konačnom, ireverzibilnom i trajnom ukidanju vitalnih funkcija tijela. U tom smislu, prvi problem koji se pojavi jest zakonsko određivanje trenutka smrti, njenih uzroka i načina potvrđivanja smrti (1). Smrt je jedan od najtranscendentnijih događaja jer znači kraj živog tijela, a dok nekim ljudima ona predstavlja kraj njihova postojanja, drugima je početak vječnog života (2). To je činjenica koja je svojstvena svim živim bićima, a posebno ljudima, njezin je pristup složen i uključuje okolnosti vremena, oblika i mjesta u kojem se pojavljuje (3). Jedan od načina klasifikacije smrti jest njezin uzrok (bolest, nesreća, samoubojstvo, ubojstvo itd.), koji određuje mogućnosti medicinske intervencije. Ukratko, ljudi umiru od različitih uzroka, u različitim okolnostima i kulturnim okruženjima, s različitim razinama svijesti i različitim percepcijama onoga što dobra smrt predstavlja. Odnos koji svatko od nas uspostavlja sa smrću utkan je u najintimniji plan, kroz osobnu svijest, nijansiranu vremenom, vjerovanjima i znanjem i na temelju toga svatko se vraća tražiti smisao svoje smrti (4). Brzi napredak znanosti i njezine tehnološke primjene u medicini doveli su do različitih etičkih pristupa povezanih s eutanazijom koje treba istražiti, uzimajući u obzir ne samo poštovanje dostojanstva osobe, već i opće poštovanje i poštovanje ljudskih prava i temeljnih sloboda. Pravo na život priznato je kao univerzalno pravo u političkim ustavima i zakonima mnogih država, kao i u međunarodnim dokumentima poput Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima, Univerzalne deklaracije o bioetici i ljudskim pravima, Povelje o temeljnim pravima Europske unije i Američke konvencije o ljudskim pravima. U tom je kontekstu očito da međunarodno pravo djeluje kao jedan od glavnih nositelja ljudskih prava. Postoje različite perspektive za pozicioniranje analize eutanazije, koja uvijek mora prepoznati njezine posljedice na pozitivno pravo. Područje je bioetičke intervencije široko jer podupire njegovo promišljanje, među ostalim, filozofijom, medicinom, pravom i sociologijom. S obzirom na složenost svog objekta, povezuje i integrira različite vrste znanja kako bi dao odgovore na različite argumente i pozicije koje se stalno pojavljuju sa znanstvenim i tehnološkim napretkom, što je u medicinskim znanostima predstavljalo mogućnost transformacije procesa bolesti zdravlja kod ljudi, stvarajući veća očekivanja u pogledu produljenja života, a posebno kod pacijenata u ozbiljnom, kritičnom ili

terminalnom stanju. U tom smislu, iako je istina da razvoj znanosti i tehnologije u svojim primjenama podrazumijeva etičko rasuđivanje, također je istina da se ne može opravdati sve što je znanstveno i tehnički moguće s etičkog i pravnog gledišta. Bioetika zahtijeva od društva da promišlja o problemima vezanim uz okoliš, ljudske živote i tijela, kao i odgovornost prema budućim generacijama. Povijesno gledano, odnos liječnika i pacijenta bio je središnji element medicinske etike zato što iz tog odnosa procesi medicinske skrbi dobivaju značenje. U tom pogledu, prilikom usmjeravanja naše pažnje potrebno je razmisliti o takvom kontroverznom pitanju znajući kako primijetiti granicu razgraničenja koja nam omogućuje razlikovanje onoga što je dopušteno od onoga što nije. Doista, odluka o indikaciji, izvedbi ili obustavi dijagnostičko-terapijskih postupaka u pacijenata s terminalnim bolestima nije jednostavna, a u tom području javlja se podrška bolničkim bioetičkim odborima čiji ciljevi uključuju savjetovanje zdravstvenog osoblja i korisnika u vezi s problemima i bioetičkim dvojabama koje se javljaju pri pružanju usluga medicinske skrbi i poučavanju o zdravlju, sa sekularne i znanstvene perspektive. Postizanje konceptualne jasnoće ključno je za mogućnost rješavanja moralnih paradigmi koje nastaju pri zbrinjavanju pacijenata i njihovih nelagoda od strane pružatelja medicinskih usluga koji su svakodnevno suočeni s donošenjem odluka u kojima dolazi do sukoba vrijednosti. Svjetska zdravstvena organizacija kaže da definicije eutanazije nisu precizne i mogu se razlikovati od osobe do osobe, ali imaju neke zajedničke elemente (1).

1.1. Medicinski potpomognuta smrt

Medicinska pomoć pri umiranju legalizirana je u Kanadi 2016. izmjenom kaznenog zakona kojim je ukinuta njegova zabrana. Ova legalizacija omogućava medicinskim sestrama da budu procjenitelji i pružatelji medicinske pomoći pri umiranju. Prema kanadskom zakonodavstvu, dopuštaju se dvije mjere za medicinsku pomoć pri umiranju, a to su davanje tvari osobi na njezin zahtjev koja uzrokuje smrt (koja se obično naziva eutanazija) ili propisivanje ili davanje tvari osobi na njezin zahtjev kako bi ona sama sebi dala tvar i time prouzročila vlastitu smrt (koja se obično naziva potpomognuto samoubojstvo). Do danas, sedam zemalja diljem svijeta nudi neku vrstu eutanazije. Kao i u Kanadi, Nizozemska, Belgija, Kolumbija i neke savezne američke države usvojile su pomoć pri umiranju u zakon. U drugima (npr. Švicarskoj, Luksemburgu), medicinska pomoć pri umiranju je dekriminalizirana ili je dopuštena u određenim, unaprijed utvrđenim okolnostima. U Kanadi je pojam medicinska pomoć pri umiranju pažljivo odabran kako bi odražavao kanadski kontekst i vrijednosti. Međutim,

terminologija diljem svijeta razlikuje se kako bi odražavala posebne prakse u određenoj zemlji. Konkretno, eutanazija se definira kao aktivan i namjieran čin usmrćivanja, na relativno bezbolan način, osoba koje teško pate od zdravstvenih stanja koja su neizlječiva ili nepovratna na izričit zahtjev te osobe (5).

1.1.1. Eutanazija u odnosu na sestrinsku praksu

Legalizacija eutanazije pred medicinske sestre postavila je niz složenih etičkih i moralnih dilema u vezi s njihovim sudjelovanjem u ovom novom obliku zdravstvene skrbi. Na jednom kraju spektra nalazi se potpuno odbijanje sudjelovanja iz moralnih razloga, dok je na drugom kraju potpuno uključivanje u proces eutanazije. Između ovih ekstrema postoje različiti stupnjevi sudjelovanja koji mogu, ali i ne moraju biti direktno povezani s provođenjem eutanazije (npr. kontinuirana skrb za pacijente koji su odabrali eutanaziju i pružanje podrške njihovim obiteljima u procesu tugovanja). Iako je pravo na prigovor savjesti osigurano kanadskim zakonom, regulatorni okviri naglašavaju da takva odluka ne bi trebala biti donesena olako. Primjerice, regulatorni dokument za medicinske sestre u Manitobi preporučuje da se prigovor savjesti temelji na duboko ukorijenjenim vrijednostima i uvjerenjima. Nadalje, medicinske sestre dužne su unaprijed obavijestiti svoje poslodavce o namjeri da se pozovu na prigovor savjesti, po mogućnosti prije sklapanja novog ugovora o radu (5). U Kanadi zdravstvene politike mogu zahtijevati da medicinske sestre, iako se protive eutanaziji, ostanu uključene u njegu pacijenata koja nije direktno povezana s eutanazijom. Ova situacija zahtijeva ozbiljno promišljanje o njihovoj spremnosti i sposobnosti za sudjelovanje ili nesudjelovanje u eutanaziji. Iskustva medicinskih sestara u zemljama izvan Kanade pokazuju da eutanazija, iako može biti moralno kompleksna, emocionalno teška i ponekad kontradiktorna, ipak može pružiti osjećaj ispunjenja (6).

1.2. Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo kod neuroloških bolesti

Alzheimerova bolest najčešća je demencija koja motivira zahtjeve za EAS, nakon koje slijede vaskularna demencija, miješana demencija, nespecificirana demencija, demencija Lewyjevih tjelešaca, frontotemporalna demencija i Huntingtonova bolest (7). Kod pacijenata oboljelih od Huntingtonove bolesti, strah od proživljavanja istog iskustva kao i kod pogođenih članova obitelji te strah od odlaska u domove za starije i nemoćne osobe glavni su razlozi za traženje

EAS-a (8). Za razliku od bolesnika s Huntingtonovom bolešću ili bolesti motoričkih neurona, bolesnici s demencijom i bez depresije ne pokazuju povećani rizik od samoubojstva (9). Umjesto toga, glavni razlog zbog kojeg su pacijenti s blagom demencijom zatražili EAS jest negativan pogled na buduću progresiju njihove bolesti, iako mogu podnijeti zahtjev samo ako su pravno sposobni (10). Kako bi zatražili da se eutanazija obavi nakon što više nisu kompetentni, moraju se koristiti prethodnim direktivama kako bi zatražili da se to dogodi kada dosegnu unaprijed utvrđenu točku uznapredovale bolesti. Stoga su etičke i pravne dvojbe u svakom slučaju eutanazije dodatno komplicirane pitanjem utvrđivanja je li ta točka postignuta i tko bi o tome trebao odlučiti. Također je teško utvrditi je li bolesnikova patnja nepodnošljiva (kao što to zahtijeva nizozemsko zakonodavstvo), zato što nije moguće pitati pacijenta, ali i zbog činjenice da spor napredak bolesti može dovesti do navikavanja. Nadalje, ne možemo pitati pacijente jesu li promijenili mišljenje, što se događa u 8,6% do 12% pacijenata s blagom demencijom i bez prethodne direktive (8). Te se poteškoće odnose i na bolesnike s intelektualnom onesposobljenošću ili poremećajem iz autističnog spektra (11). Zbog toga većina liječnika, kako u Nizozemskoj tako i u Belgiji, odbija obavljati eutanaziju u pacijenata s uznapredovalom demencijom koji su to zatražili unaprijed (12). U 2017. i 2018. manje od 2% slučajeva eutanazije zbog demencije u Nizozemskoj bilo je uzrokovano uznapredovalom bolešću (13). U Nizozemskoj je jedini slučaj u kojem se protiv liječnika vodi postupak zbog obavljanja eutanazije u kojem je postupak proveden u pacijentice koja je potpisala predugovor direktive o eutanaziji dok je još bila kompetentna (14). Kognitivni problemi koji mogu utjecati na donošenje odluka razlog su zbog kojeg potpomognuto samoubojstvo nije odobreno u bolesnika s Alzheimerovom bolešću (sa ili bez prethodne direktive), Parkinsonovom bolešću ili psihičkom bolešću ili u maloljetnika u Sjevernoj Americi (Oregon, Kanada) za razliku od situacije u Belgiji i Nizozemskoj (15). Javnost, kao i pacijenti i njihovi pružatelji skrbi, više podržavaju izvođenje eutanazije u pacijenata s demencijom (čak uznapredovalom demencijom) nego liječnici čije prihvaćanje eutanazije varira od 10% do 33% u različitim zemljama (16). Teret skrbi o pacijentu s demencijom izaziva suicidalne, pa čak i ubojstvene misli među pružateljima skrbi. Za liječnike opće prakse i specijaliste gerijatrije u Nizozemskoj eutanazija u bolesnika s demencijom povezana je sa značajnim moralnim i emocionalnim opterećenjem (8).

1.3. Zakonodavstvo i praksa u Nizozemskoj i Belgiji

U Nizozemskoj je 2001. donesen Zakon o prekidu života na zahtjev i medicinski potpomognutoj smrti, a 2002. belgijski parlament odobrio je Zakon o eutanaziji, što ih čini prvim zemljama koje su službeno legalizirale eutanaziju. Budući da oba akta ne ograničavaju prirodu (fizičku ili psihološku) patnje ili očekivani životni vijek, eutanazija kod demencije dopuštena je pod točno određenim strogim uvjetima. Nizozemski je akt manje eksplicitan od belgijskog ekvivalenta. Dok se u Belgiji zahtjev za eutanaziju mora ponoviti i biti popraćen pisanom, datiranom i potpisanim izjavom, u Nizozemskoj je dovoljan jedan usmeni zahtjev. Ipak, u svakodnevnoj nizozemskoj praksi većina liječnika smatra da je ponavljanje zahtjeva važan znak da se zahtjev dobro razmotri. Nadalje, u Nizozemskoj je eutanazija dopuštena ako je nepodnošljiva patnja uzrokovana zdravstvenim stanjem, dok u Belgiji fizička ili psihološka nepodnošljiva patnja treba biti povezana s ozbiljnim i neizlječivim poremećajem uzrokovanim bolešću ili nesrećom (17).

Međunarodno se zakonodavstvo o eutanaziji u Nizozemskoj i Belgiji još uvijek smatra progresivnim jer kronična bolest ne rezultira nužno smrću u bliskoj budućnosti, uključujući demenciju i psihijatrijske poremećaje. Osim ovih zemalja, eutanazija za pacijente kojima je dijagnosticirana demencija dopuštena je samo u Kanadi, Luksemburgu i Kolumbiji pod uvjetom da pojedinac prilikom podnošenja zahtjeva ima sposobnost donošenja odluka. U Švicarskoj nije dopuštena eutanazija, već samo medicinski potpomognuta smrt. Osobe koje žive s demencijom suočavaju se s gubitkom identiteta i društvenih uloga koji proizlazi iz postupnog smanjenja njihove sposobnosti razmišljanja i funkcioniranja. Posebno se boje premještaja u domove za starije i nemoćne, neprepoznavanja bližnjih i gubitka svijesti o društvenim normama. Mnogi se ljudi boje da će biti preplašeni svojim definitivnim karakteristikama i dostojanstvom zbog demencije i radije bi željeli pravovremenu smrt umjesto da moraju živjeti kroz progresivne faze demencije. Za pacijente koji već žive s demencijom ključno je zadržati kontrolu nad svojim životima što je dulje moguće, pri čemu se rasprava s liječnikom o odluci o kraju života smatra vrlo smislenom (18 - 21).

Dijagnosticiranje demencije vrlo je teško jer još uvijek nedostaju terapije koje modificiraju tijek bolesti, a za većinu bolesnika eutanazija je i dalje jedna od najosjetljivijih tema, što obeshrabruje mnoge zdravstvene djelatnike (17). Javna rasprava u Nizozemskoj i Belgiji usmjerena je na tumačenje pravnih kriterija za eutanaziju, posebno onih koji definiraju

nepodnošljivu patnju, sposobnost donošenja odluka i statusa direktive o ubrzanoj eutanaziji pacijenata s demencijom u kasnoj fazi (22, 23).

Izbor općih pojmova u nizozemskom zakonodavstvu temeljio se na ideji da eutanazija i medicinski potpomognuta smrt uvijek podliježu postojećim medicinskim mogućnostima i društvenom razvoju. Drugim riječima, tumačenje akta ovisi o kumulaciji sudske prakse, čime se isključuje potreba za stalnom prilagodbom akta. Unatoč razlikama u formulaciji, oba čina omogućuju eutanaziju na temelju psihološke patnje i u osoba s neterminalnim bolestima, što uključuje osobe s psihijatrijskim poremećajem, demencijom ili nakupljanjem bolesti i stanja povezanih sa starenjem. U obje zemlje zakonom je propisano da liječnici koji su nazočili sjednici moraju zatražiti drugo mišljenje drugog liječnika koji tada mora neovisno vidjeti pacijenta i sastaviti pisano izvješće gdje se navodi jesu li ispunjeni zakonski propisani kriteriji (17).

S pravnog gledišta, to bi mogao biti bilo koji liječnik pod uvjetom da ne poznaje osobu koja traži eutanaziju i da je potpuno neovisan o nadležnom liječniku. Ako osoba koja traži eutanaziju boluje od bolesti koja nije terminalna, belgijski zakon zahtijeva dva savjetovanja. Belgijskim aktom predviđeno je razdoblje čekanja od mjesec dana između pisanog zahtjeva za eutanaziju i njegova izvršenja. U Belgiji osoba koja zahtijeva eutanaziju mora imati sposobnost donošenja odluka u pogledu eutanazije i ponoviti svoj zahtjev neposredno prije provedbe eutanazije kao dokaz da je odluka dobrovoljna i dobro razmotrena (24). Tim je preduvjetom belgijskim aktom zabranjena eutanazija u osoba s demencijom u kasnoj fazi i koje su napisale AED kada nemaju sposobnost donošenja odluka u vrijeme nadolazeće eutanazije (25). Međutim, belgijski akt predstavlja iznimku u slučaju ireverzibilne kome ili vegetativnog stanja. Nizozemski zakon isključuje potonju mogućnost jer se ne može utvrditi trpi li nesvjesna osoba nepodnošljivu patnju; stoga nisu ispunjeni svi propisani kriteriji dužne pažnje. Iako je eutanazija legalizirana u Niskim Zemljama prije dva desetljeća, važno je naglasiti da nitko nema zakonsko pravo zahtijevati eutanaziju i liječnici se nikada ne mogu prisiliti da je izvedu (17).

Općenito, većina liječnika voljna je izvesti eutanaziju kao takvu, ali ne nužno i kada je zahtjev njihova bolesnika povezan s demencijom ili psihijatrijskim poremećajem. Što se tiče trenutka podnošenja zahtjeva, mnogi ljudi kojima je nedavno dijagnosticirana demencija smatrat će eutanaziju u ranim stadijima bolesti preuranjenom. Njihova kvaliteta života može dugo ostati relativno dobra, smrt je i dalje daleka, a manifestacije stanja mogu se kontrolirati (25, 26). Sve uključene strane tada se suočavaju sa složenom medicinsko-etičkom dilemom. S medicinskog

stajališta, eutanazija u ranim fazama demencije znači da se nečiji život prekida ranije nego što je poželjno, ali odgađanje odluke predugo može dovesti do situacije u kojoj nesposobnost donošenja odluka sprječava prekid njihova života (17). Ljudi koji žive s demencijom ne žele umrijeti dok su još uvijek kognitivno sposobni i uživaju u životu, ali se boje mogućnosti predugačkog čekanja i gubitka sposobnosti donošenja racionalne odluke i potvrđivanja svojih ranijih želja (27). Naposljetku, zahtjev za eutanaziju mora biti dobrovoljan i predstavljati vjerodostojnu želju osobe koja podnosi zahtjev. Liječnici uvijek moraju izričito isključiti mogućnost da je zahtjev podnesen pod pritiskom. Partneri, rođaci i ponekad društvo mogu (nenamjerno) izazvati osjećaje krivnje u osoba s demencijom, što ih dovodi do toga da sebe vide kao teret svojoj obitelji, pružateljima zdravstvene skrbi, čak i društvu u cjelini (17, 28).

Posebno u kasnoj demenciji liječnici trebaju biti svjesni da bi partneri i rođaci mogli (nesvjesno) projicirati vlastite brige i osjećaje na svoju voljenu osobu, što ih može navesti da odluče zatražiti eutanaziju. Patnja i način na koji je pacijent doživljava vrlo je subjektivno iskustvo u kojem bi perspektiva osobe koja traži eutanaziju trebala imati prednost i biti najviše razmatrana. Patnja može biti psihološka ili fizička i može biti izravno uzrokovana demencijom, kao i s njom povezanim stanjima. Demencija sama po sebi ne dovodi nužno do nepodnošljive patnje. Također, težina patnje često se mijenja s vremenom, a i bolesnikove misli o demenciji i kvaliteti života mogu se promijeniti tijekom bolesti (29, 30).

U ranim fazama demencije doći će do postupnog gubitka funkcija, kada će ljudi shvatiti da je taj proces progresivan. U ovoj fazi može doći do velikog straha od slabljenja njihovih kognitivnih sposobnosti, negativnog utjecaja na njihovu autonomiju i dostojanstvo, da postanu teret drugima i da moraju biti primljeni u domove za starije i nemoćne. Kako bi se utvrdilo je li ta patnja stvarna i nepodnošljiva, ključno je uzeti u obzir osobnost i životnu povijest podnositelja zahtjeva. Na primjer, strah od nedostojanstvena postojanja u kasnijim fazama demencije može biti veći kada liječnik koji je prisustvovao ili savjetovao shvati da je tijekom života podnositelja zahtjeva autonomija igrala vodeću ulogu ili kada saznaju da se podnositelj zahtjeva brinuo za člana obitelji koji je neopravdano patio od vrlo teških bihevioralnih i psiholoških simptoma demencije. Procjena opsega patnje kod demencije u kasnoj fazi često je još složenija. Da bi se donijela odluka, liječnici trebaju intenzivno razgovarati s bolesnikom i promatrati ga dulje vrijeme u različito doba dana te dobiti informacije od partnera i rodbine te iz zdravstvenih kartona (17). Sukladno tome, u nizozemskoj i belgijskoj kliničkoj praksi procjenu uglavnom provodi multidisciplinarni tim (31).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj je istraživanja ispitati mišljenje opće populacije o eutanaziji.

2.1. Specifični ciljevi

1. Ispitati utječe li stupanj obrazovanja na mišljenje o smislu života.
2. Ispitati utječe li spol na mišljenje o medicinski potpomognutoj smrti.
3. Ispitati utječe li dob na mišljenje o prestanku i produljenju života umiruće osobe.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Ovo istraživanje provedeno je kao presječna studija (32).

3.2. Uzorak

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika opće populacije, od čega je bilo 73 osoba ženskog, a 27 osoba muškog spola, a dob ispitanika bila je rasprostranjena od 18 do 76 godina.

3.3. Instrumenti istraživanja

Pri istraživanju korišten je papirnati upitnik u vlasništvu prof.dr.sc. Ane Borovečki, dr.med. za koji je tražena i dobivena dozvola za korištenje. Navedeni upitnik sastoji se od dva dijela. Prvi dio odnosi se na sociodemografska obilježja, a drugi se dio odnosio na pitanja vezano za stavove o smrti i vrijednostima (33).

Za većinu anketnih pitanja od ispitanika se tražilo da brojem od 1 do 5 izrazi svoje slaganje s ispitnom tvrdnjom, što je vrednovano prema Likertovoj skali od 1 do 5 (1 – Uopće se ne slažem, 2 – Ne slažem se, 3 – Ne znam, nisam siguran/na, 4 – Slažem se, 5 – Potpuno se slažem), dok je za nekoliko pitanja bio ponuđen Da/Ne kao očekivani odgovor.

3.4. Statističke metode

Za statističku obradu podataka korišten je statistički program Jamovi za operativni sustav Windows, verzija aplikacije 2.3.28.0.

Statistička analiza učinjena je Student t-testom parnih uzoraka za te ANOVA testom za usporedbu nezavisnih uzoraka. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha=0,05$.

4. REZULTATI

U istraživanju o mišljenju opće populacije o eutanaziji sudjelovalo je 100 ispitanika, od čega 73% žena i 27% muškaraca. Sociodemografske karakteristike ispitanika prikazane su u tablici 1.

Tablica 1. Distribucija ispitanika s obzirom na sociodemografske varijable

Varijabla	Skupina	N (%)
Spol	Muško	27 (27%)
	Žensko	73 (73%)
Dob u godinama	18-30	19 (19%)
	31-42	23 (23%)
	43-54	28 (28%)
	55-66	25 (25%)
	67 i više	5 (5%)
Stupanj obrazovanja	Osnovno	2 (2%)
	Srednje	51 (51%)
	Visoko	47 (47%)
Bračni status	Samac	29 (29%)
	U braku	55 (55%)
	Rastavljen/a	9 (9%)
	Udovac/udovica	5 (5%)
	Izvanbračna zajednica	2 (2%)
Broj djece	Bez djece	38 (38%)
	Jedno	18 (18%)
	Dvoje	30 (30%)
	Tri i više	14 (14%)

N – broj ispitanika, % - postotak ispitanika u odnosu na ukupni broj

U tablici 2. prikazana je distribucija ispitanika po kategorijama odgovora, brojčano i postotno.

Tablica 2. Distribucija ispitanika po kategorijama odgovora

Varijabla	Skupina	N	%
Smrcu sve prestaje.	Uopće se ne slažem.	20	20.0 %
	Ne slažem se.	20	20.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	34	34.0 %
	Slažem se.	12	12.0 %
	U potpunosti se slažem.	14	14.0 %
Smrt je neizvjesna i nepoznata, besmisleno je uopće misliti o tome.	Uopće se ne slažem.	20	20.0 %
	Ne slažem se.	20	20.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	22	22.0 %
	Slažem se.	17	17.0 %
	U potpunosti se slažem.	21	21.0 %
Smrt svoj smisao može imati jedino kad čovjek vjeruje u Boga.	Uopće se ne slažem.	24	24.0 %
	Ne slažem se.	24	24.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	22	22.0 %
	Slažem se.	17	17.0 %
	U potpunosti se slažem.	13	13.0 %
Kada čovjek proživi svoj život smrt je prirodno smirenje.	Uopće se ne slažem.	4	4.0 %
	Ne slažem se.	10	10.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	27	27.0 %
	Slažem se.	40	40.0 %
	U potpunosti se slažem.	19	19.0 %
Život nema smisla.	Uopće se ne slažem.	65	65.0 %
	Ne slažem se.	21	21.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	14	14.0 %
	Slažem se.	0	0.0 %
	U potpunosti se slažem.	0	0.0 %
Smisao života je pridonijeti životu zajednice.	Uopće se ne slažem.	9	9.0 %
	Ne slažem se.	9	9.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	28	28.0 %
	Slažem se.	37	37.0 %
	U potpunosti se slažem.	17	17.0 %

Tablica se nastavlja na sljedećoj stranici.

Varijabla	Skupina	N	%
Smisao života je u samoostvarenju vlastitih mogućnosti.	Uopće se ne slažem.	4	4.0 %
	Ne slažem se.	9	9.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	23	23.0 %
	Slažem se.	46	46.0 %
	U potpunosti se slažem.	18	18.0 %
Smisao života je u ispunjavanju vlastitih želja, a ne u brizi za druge.	Uopće se ne slažem.	27	27.0 %
	Ne slažem se.	39	39.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	23	23.0 %
	Slažem se.	7	7.0 %
	U potpunosti se slažem.	4	4.0 %
Smisao života je proživjeti ga što lagodnije.	Uopće se ne slažem.	15	15.0 %
	Ne slažem se.	25	25.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	26	26.0 %
	Slažem se.	25	25.0 %
	U potpunosti se slažem.	9	9.0 %
Izvan pojedinca i njegovih potreba život nema smisla.	Uopće se ne slažem.	28	28.0 %
	Ne slažem se.	35	35.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	35	35.0 %
	Slažem se.	1	1.0 %
	U potpunosti se slažem.	1	1.0 %
Jedino vjera u Boga daje životu smisao.	Uopće se ne slažem.	28	28.0 %
	Ne slažem se.	20	20.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	33	33.0 %
	Slažem se.	11	11.0 %
	U potpunosti se slažem.	8	8.0 %
Obitelj i prijatelji daju životu smisao.	Uopće se ne slažem.	0	0.0 %
	Ne slažem se.	2	2.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	17	17.0 %
	Slažem se.	46	46.0 %
	U potpunosti se slažem.	35	35.0 %
Jedino život u zajednici (društvu) ima smisao.	Uopće se ne slažem.	4	4.0 %
	Ne slažem se.	17	17.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	39	39.0 %
	Slažem se.	31	31.0 %
	U potpunosti se slažem.	9	9.0 %
Postupak kojim se osoba izravno usmrćuje od strane liječnika treba apsolutno zakonski zabraniti.	Uopće se ne slažem.	23	23.0 %
	Ne slažem se.	35	35.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	25	25.0 %
	Slažem se.	10	10.0 %
	U potpunosti se slažem.	7	7.0 %

Tablica se nastavlja na sljedećoj stranici.

Varijabla	Skupina	N	%
Izostanak liječenja i „puštanje“ pacijenta da umre treba zakonski regulirati da ne bi došlo do zlouporaba.	Uopće se ne slažem.	5	5.0 %
	Ne slažem se.	5	5.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	19	19.0 %
	Slažem se.	37	37.0 %
	U potpunosti se slažem.	34	34.0 %
Umirući bolesnik ima pravo odlučivati o kraju svoga života.	Uopće se ne slažem.	4	4.0 %
	Ne slažem se.	5	5.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	19	19.0 %
	Slažem se.	35	35.0 %
	U potpunosti se slažem.	37	37.0 %
Liječnik je dužan pomoći umirućem bolesniku u ostvarenju želje za smrću.	Uopće se ne slažem.	7	7.0 %
	Ne slažem se.	10	10.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	31	31.0 %
	Slažem se.	29	29.0 %
	U potpunosti se slažem.	23	23.0 %
Nitko, pa ni sam pojedinac, nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.	Uopće se ne slažem.	29	29.0 %
	Ne slažem se.	31	31.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	22	22.0 %
	Slažem se.	9	9.0 %
	U potpunosti se slažem.	9	9.0 %
Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba ukinuti sve mjere liječenja.	Uopće se ne slažem.	29	29.0 %
	Ne slažem se.	38	38.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	26	26.0 %
	Slažem se.	6	6.0 %
	U potpunosti se slažem.	1	1.0 %
Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem te ukinuti mjere liječenja koje im mogu produžiti život.	Uopće se ne slažem.	6	6.0 %
	Ne slažem se.	12	12.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	25	25.0 %
	Slažem se.	39	39.0 %
	U potpunosti se slažem.	18	18.0 %
Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate ne treba započinjati postupke liječenja.	Uopće se ne slažem.	19	19.0 %
	Ne slažem se.	36	36.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	32	32.0 %
	Slažem se.	11	11.0 %
	U potpunosti se slažem.	2	2.0 %

Tablica se nastavlja na sljedećoj stranici.

Varijabla	Skupina	N	%
Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produljiti život.	Uopće se ne slažem.	12	12.0 %
	Ne slažem se.	18	18.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	26	26.0 %
	Slažem se.	27	27.0 %
	U potpunosti se slažem.	17	17.0 %
Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem i omogućiti im da sami okončaju vlastiti život.	Uopće se ne slažem.	10	10.0 %
	Ne slažem se.	21	21.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	23	23.0 %
	Slažem se.	30	30.0 %
	U potpunosti se slažem.	16	16.0 %
Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem na način da im liječnik da supstancu koja će uzrokovati njihovu smrt.	Uopće se ne slažem.	9	9.0 %
	Ne slažem se.	12	12.0 %
	Ne znam, nisam siguran/na.	33	33.0 %
	Slažem se.	33	33.0 %
	U potpunosti se slažem.	13	13.0 %
Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno bezbolno okončati život pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti, ukoliko pacijent i njegova obitelj to zatraže?	Da	18	18.0 %
	Ne	63	63.0 %
	Ne znam.	15	15.0 %
	Bez odgovora	4	4.0 %
Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako pacijent to zatraži?	Da	14	14.0 %
	Ne	66	66.0 %
	Ne znam.	15	15.0 %
	Bez odgovora	5	5.0 %

Tablica 3. Prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smrću sve prestaje.“ i „Smrt je neizvjesna i nepoznata, besmisleno je uopće misliti o tome.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 3. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smrću sve prestaje.“ i „Smrt je neizvjesna i nepoznata, besmisleno je uopće misliti o tome.“

Varijabla	Skupina	Smrću sve prestaje.			Smrt je neizvjesna i nepoznata, besmisleno je uopće misliti o tome.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	2,74	1,29	0,444	3,14	1,40	0,090
	Muškarci	2,96	1,29		2,59	1,45	
Životna dob (godine)	18-30	3,05	1,43	0,303	2,68	1,29	0,797
	31-42	2,35	1,23		3,17	1,59	
	43-54	2,79	1,23		2,89	1,50	
	55-66	2,92	1,19		3,12	1,30	
	67 i više	3,40	1,67		3,20	1,64	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	3,00	0,00	0,500	4,00	1,41	0,070
	Srednje	2,94	1,33		3,25	1,38	
	Visoko	2,64	1,26		2,66	1,42	
Broj djece	Bez djece	2,71	1,25	0,844	2,74	1,33	0,459
	Jedno	2,67	1,46		3,00	1,46	
	Dvoje	2,93	1,31		3,30	1,51	
	Tri i više	2,93	1,21		3,00	1,47	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 4. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smrt svoj smisao može imati jedino kad čovjek vjeruje u Boga.“ i „Kada čovjek proživi svoj život smrt je prirodno smirenje.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 4. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smrt svoj smisao može imati jedino kad čovjek vjeruje u Boga.“ i „Kada čovjek proživi svoj život smrt je prirodno smirenje.“

Varijabla	Skupina	Smrt svoj smisao može imati jedino kad čovjek vjeruje u Boga.			Kada čovjek proživi svoj život smrt je prirodno smirenje.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	2,95	1,17	0,004	3,58	1,05	0,697
	Muškarci	2,07	1,34		3,67	1,00	
Životna dob (godine)	18-30	2,21	1,27	0,068	3,42	1,07	0,726
	31-42	2,39	1,16		3,43	0,992	
	43-54	3,14	1,38		3,71	0,897	
	55-66	3,00	1,32		3,76	1,16	
	67 i više	2,20	1,79		3,60	1,34	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	3,00	0,00	0,034	3,50	0,707	0,960
	Srednje	3,04	1,34		3,63	1,09	
	Visoko	2,34	1,31		3,57	0,994	
Broj djece	Bez djece	2,47	1,27	0,262	3,45	0,978	0,416
	Jedno	2,83	1,38		3,44	1,10	
	Dvoje	3,07	1,48		3,77	1,19	
	Tri i više	2,43	1,16		3,86	0,663	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 5. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Život nema smisla.“ i „Smisao života je pridonijeti životu zajednice.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 5. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Život nema smisla.“ i „Smisao života je pridonijeti životu zajednice.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Život nema smisla.			Smisao života je pridonijeti životu zajednice.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	1,51	0,748	0,707	3,49	1,08	0,450
	Muškarci	1,44	0,698		3,30	1,32	
Životna dob (godine)	18-30	1,42	0,607	0,078	3,53	1,17	0,696
	31-42	1,17	0,388		3,70	0,974	
	43-54	1,57	0,742		3,25	1,24	
	55-66	1,76	0,926		3,40	1,15	
	67 i više	1,40	0,894		3,20	1,48	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	2,00	1,41	0,280	4,00	1,41	0,235
	Srednje	1,57	0,75		3,25	1,15	
	Visoko	1,38	0,677		3,62	1,13	
Broj djece	Bez djece	1,47	0,647	0,151	3,53	1,13	0,950
	Jedno	1,83	0,924		3,39	1,04	
	Dvoje	1,37	0,718		3,40	1,33	
	Tri i više	1,36	0,633		3,36	1,01	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 6. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smisao života je u samoostvarenju vlastitih mogućnosti.“ i „Smisao života je u ispunjavanju vlastitih želja, a ne u brizi za druge.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 6. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smisao života je u samoostvarenju vlastitih mogućnosti.“ i „Smisao života je u ispunjavanju vlastitih želja, a ne u brizi za druge.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Smisao života je u samoostvarenju vlastitih mogućnosti.			Smisao života je u ispunjavanju vlastitih želja, a ne u brizi za druge.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	3,64	1,02	0,921	2,23	1,05	0,841
	Muškarci	3,67	1,00		2,19	1,08	
Životna dob (godine)	18-30	3,89	0,875	0,364	2,53	1,02	0,232
	31-42	3,70	0,974		2,13	0,920	
	43-54	3,57	0,920		1,89	0,956	
	55-66	3,40	1,22		2,36	1,11	
	67 i više	4,20	0,837		2,60	1,67	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	4,00	1,41	0,932	4,00	1,41	0,017
	Srednje	3,61	1,02		2,33	1,05	
	Visoko	3,68	1,00		2,02	0,967	
Broj djece	Bez djece	3,66	0,938	0,848	2,21	0,991	0,516
	Jedno	3,56	0,984		2,28	0,958	
	Dvoje	3,60	1,22		2,37	1,30	
	Tri i više	3,86	0,770		1,86	0,663	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 7. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smisao života je proživjeti ga što lagodnije.“ i „Izvan pojedinca i njegovih potreba život nema smisla.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 7. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Smisao života je proživjeti ga što lagodnije.“ i „Izvan pojedinca i njegovih potreba život nema smisla.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Smisao života je proživjeti ga što lagodnije.			Izvan pojedinca i njegovih potreba život nema smisla.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	2,92	1,20	0,609	2,23	0,890	0,032
	Muškarci	2,78	1,25		1,81	0,736	
Životna dob (godine)	18-30	3,11	1,24	0,467	2,00	0,745	0,125
	31-42	3,17	1,03		1,78	0,736	
	43-54	2,64	1,25		2,25	0,887	
	55-66	2,76	1,30		2,40	0,957	
	67 i više	2,60	1,14		2,00	1,00	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	4,00	1,41	0,325	4,00	1,41	0,004
	Srednje	2,94	1,22		2,18	0,817	
	Visoko	2,77	1,18		1,98	0,821	
Broj djece	Bez djece	2,95	1,21	0,945	2,00	0,735	0,314
	Jedno	2,94	1,21		2,17	0,857	
	Dvoje	2,80	1,19		2,07	1,01	
	Tri i više	2,79	1,37		2,50	0,855	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 8. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Jedino vjera u Boga daje životu smisao.“ i „Obitelj i prijatelji daju životu smisao.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 8. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Jedino vjera u Boga daje životu smisao.“ i „Obitelj i prijatelji daju životu smisao.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Jedino vjera u Boga daje životu smisao.			Obitelj i prijatelji daju životu smisao.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	2,63	1,23	0,110	4,11	0,756	0,516
	Muškarci	2,19	1,21		4,22	0,801	
Životna dob (godine)	18-30	2,05	1,27	0,040	4,47	0,612	0,019
	31-42	2,09	1,12		4,39	0,583	
	43-54	2,89	1,20		3,96	0,793	
	55-66	2,84	1,11		3,84	0,850	
	67 i više	2,40	1,67		4,20	0,837	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	4,00	1,41	0,192	4,00	1,41	0,668
	Srednje	2,55	1,19		4,08	0,744	
	Visoko	2,40	1,26		4,21	0,778	
Broj djece	Bez djece	2,32	1,14	0,671	4,34	0,669	0,212
	Jedno	2,61	1,38		3,94	0,873	
	Dvoje	2,67	1,40		4,03	0,765	
	Tri i više	2,57	0,938		4,07	0,829	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 9. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Jedino život u zajednici (društvu) ima smisao.“ i „Postupak kojim se osoba izravno usmrćuje od strane liječnika treba apsolutno zakonski zabraniti.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 9. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Jedino život u zajednici (društvu) ima smisao.“ i „Postupak kojim se osoba izravno usmrćuje od strane liječnika treba apsolutno zakonski zabraniti.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Jedino život u zajednici (društvu) ima smisao.			Postupak kojim se osoba izravno usmrćuje od strane liječnika treba apsolutno zakonski zabraniti.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	3,21	0,942	0,563	2,53	1,19	0,139
	Muškarci	3,33	1,07		2,15	1,03	
Životna dob (godine)	18-30	3,37	1,07	0,831	2,26	1,15	0,024
	31-42	3,26	1,14		2,30	1,06	
	43-54	3,18	0,772		2,14	1,11	
	55-66	3,12	0,971		3,08	0,997	
	67 i više	3,60	1,14		2,00	1,73	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	4,00	1,41	0,010	2,50	0,707	0,797
	Srednje	2,96	0,916		2,35	1,21	
	Visoko	3,51	0,953		2,51	1,12	
Broj djece	Bez djece	3,32	0,962	0,793	2,24	1,05	0,596
	Jedno	3,22	1,00		2,56	1,42	
	Dvoje	3,10	1,06		2,60	1,16	
	Tri i više	3,36	0,842		2,43	1,09	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 10. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Izostanak liječenja i „puštanje“ pacijenta da umre treba zakonski regulirati da ne bi došlo do zlouporaba.“ i „Umirući bolesnik ima pravo odlučivati o kraju svoga života.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 10. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Izostanak liječenja i „puštanje“ pacijenta da umre treba zakonski regulirati da ne bi došlo do zlouporaba.“ i „Umirući bolesnik ima pravo odlučivati o kraju svoga života.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Izostanak liječenja i „puštanje“ pacijenta da umre treba zakonski regulirati da ne bi došlo do zlouporaba.			Umirući bolesnik ima pravo odlučivati o kraju svoga života.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	3,90	1,07	0,951	4,03	1,05	0,299
	Muškarci	3,89	1,15		3,78	1,09	
Životna dob (godine)	18-30	3,95	1,22	0,825	3,74	1,19	0,104
	31-42	3,91	0,996		4,43	0,728	
	43-54	4,04	1,04		3,79	1,20	
	55-66	3,68	1,03		4,00	0,764	
	67 i više	4,00	1,73		3,40	1,82	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	3,00	1,41	0,278	4,00	0,00	0,998
	Srednje	3,80	1,11		3,96	1,17	
	Visoko	4,04	1,04		3,96	0,977	
Broj djece	Bez djece	3,82	1,20	0,823	3,82	1,16	0,566
	Jedno	3,89	1,13		3,94	1,11	
	Dvoje	3,90	1,03		4,00	1,02	
	Tri i više	4,41	0,864		4,29	0,825	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 11. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Liječnik je dužan pomoći umirućem bolesniku u ostvarenju želje za smrću.“ i „Nitko, pa ni sam pojedinac, nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 11. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Liječnik je dužan pomoći umirućem bolesniku u ostvarenju želje za smrću.“ i „Nitko, pa ni sam pojedinac, nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Liječnik je dužan pomoći umirućem bolesniku u ostvarenju želje za smrću.			Nitko, pa ni sam pojedinac, nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	3,66	1,11	0,036	2,36	1,23	0,755
	Muškarci	3,11	1,22		2,44	1,31	
Životna dob (godine)	18-30	3,26	1,24	0,307	2,16	1,26	0,264
	31-42	3,87	1,01		2,13	1,06	
	43-54	3,36	1,34		2,29	1,27	
	55-66	3,64	0,86		2,84	1,21	
	67 i više	3,00	1,58		2,60	1,82	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	4,00	0,00	0,617	3,00	1,41	0,616
	Srednje	3,59	1,22		2,45	1,32	
	Visoko	3,40	1,12		2,28	1,17	
Broj djece	Bez djece	3,37	1,26	0,784	2,29	1,23	0,903
	Jedno	3,67	1,24		2,56	1,42	
	Dvoje	3,53	1,11		2,37	1,33	
	Tri i više	3,64	0,929		2,43	0,938	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 12. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba ukinuti sve mjere liječenja.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem te ukinuti mjere liječenja koje im mogu produljiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 12. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba ukinuti sve mjere liječenja.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem te ukinuti mjere liječenja koje im mogu produjiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba ukinuti sve mjere liječenja.			Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem te ukinuti mjere liječenja koje im mogu produjiti život.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	2,15	0,953	0,592	3,56	1,13	0,445
	Muškarci	2,04	0,898		3,37	1,04	
Životna dob (godine)	18-30	2,11	0,937	0,999	3,53	1,17	0,289
	31-42	2,13	1,01		3,87	0,920	
	43-54	2,14	1,01		3,54	1,17	
	55-66	2,08	0,862		3,16	1,11	
	67 i više	2,20	0,837		3,40	1,14	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	2,50	0,707	0,714	3,00	1,41	0,314
	Srednje	2,06	0,968		3,37	1,13	
	Visoko	2,17	0,916		3,68	1,07	
Broj djece	Bez djece	2,18	0,982	0,380	3,58	1,11	0,773
	Jedno	2,22	0,878		3,39	1,09	
	Dvoje	2,17	0,986		3,60	1,22	
	Tri i više	1,71	0,726		3,29	0,914	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 13. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate ne treba započinjati postupke liječenja.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produjiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 13. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate ne treba započinjati postupke liječenja.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produžiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate ne treba započinjati postupke liječenja.			Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produžiti život.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	2,42	0,999	0,808	3,22	1,31	0,706
	Muškarci	2,37	0,967		3,11	1,12	
Životna dob (godine)	18-30	2,11	0,809	0,571	3,32	1,34	0,957
	31-42	2,35	1,15		3,17	1,27	
	43-54	2,57	1,03		3,18	1,28	
	55-66	2,52	0,872		3,20	1,19	
	67 i više	2,40	1,14		2,80	1,64	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	3,00	1,41	0,697	3,50	0,707	0,919
	Srednje	2,39	0,94		3,16	1,30	
	Visoko	2,40	1,04		3,21	1,25	
Broj djece	Bez djece	2,11	0,953	0,102	3,08	1,32	0,846
	Jedno	2,56	0,705		3,38	1,09	
	Dvoje	2,67	1,12		3,17	1,34	
	Tri i više	2,50	0,941		3,29	1,20	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 14. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem i omogućiti im da sami okončaju vlastiti život.“ i „Umirućim osobama koje izrazito

pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem na način da im liječnik da supstancu koja će uzrokovati njihovu smrt.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 14. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s tvrdnjama „Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem i omogućiti im da sami okončaju vlastiti život.“ i „Umirućim osobama koje izrazito i neizdrživo pate treba uslišiti njihovu želju za smrću te ne započinjati nikakve postupke liječenja koje im mogu produljiti život.“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem i omogućiti im da sami okončaju vlastiti život.			Umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem na način da im liječnik da supstancu koja će uzrokovati njihovu smrt.		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	3,21	1,29	0,952	3,33	1,16	0,573
	Muškarci	3,22	1,09		3,19	1,04	
Životna dob (godine)	18-30	3,11	1,24	0,091	3,37	1,12	0,777
	31-42	3,22	1,31		3,30	1,02	
	43-54	3,46	1,26		3,43	1,23	
	55-66	3,28	1,06		3,16	1,03	
	67 i više	1,80	0,837		2,80	1,64	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	3,50	0,707	0,812	3,50	0,707	0,691
	Srednje	3,14	1,28		3,20	1,18	
	Visoko	3,28	1,21		3,38	1,07	
Broj djece	Bez djece	2,92	1,28	0,270	3,21	1,19	0,946
	Jedno	3,22	1,22		3,28	1,13	
	Dvoje	3,50	1,20		3,37	1,13	
	Tri i više	3,36	1,15		3,36	1,01	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

Tablica 15. prikazuje srednje vrijednosti, standardne devijacije i P-vrijednosti za pitanja o slaganju s pitanjem „Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno bezbolno okončati život pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti, ukoliko pacijent i njegova obitelj to zatraže?“ i „Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako pacijent to zatraži?“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Tablica 15. Distribucija odgovora na pitanja o slaganju s pitanjem „Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno bezbolno okončati život pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti, ukoliko pacijent i njegova obitelj to zatraže?“ i „Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako pacijent to zatraži?“ s obzirom na sociodemografska obilježja.

Varijabla	Skupina	Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno bezbolno okončati život pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti, ukoliko pacijent i njegova obitelj to zatraže?			Smatrate li da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako pacijent to zatraži?		
		X	SD	P	X	SD	P
Spol	Žene	1,77	0,423	0,659	1,82	0,384	0,948
	Muškarci	1,82	0,395		1,82	0,385	
Životna dob (godine)	18-30	1,79	0,426	0,837	1,79	0,426	0,595
	31-42	1,82	0,393		1,88	0,332	
	43-54	1,76	0,436		1,80	0,408	
	55-66	1,83	0,383		1,89	0,323	
	67 i više	1,82	0,548		1,60	0,548	
Stupanj obrazovanja	Osnovno	2,00	NaN	0,628	2,00	NaN	0,759
	Srednje	1,82	0,442		1,79	0,409	
	Visoko	1,74	0,389		1,85	0,366	
Broj djece	Bez djece	1,74	0,445	0,893	1,77	0,425	0,769
	Jedno	1,79	0,426		1,86	0,363	
	Dvoje	1,83	0,388		1,83	0,388	
	Tri i više	1,82	0,405		1,91	0,302	

X – srednja vrijednost, SD – standardna devijacija, P – P vrijednost

Student t-test parnih uzoraka korišten za sociodemografsko obilježje dobi, a ANOVA test za usporedbu nezavisnih uzoraka za ostala sociodemografska obilježja.

5. RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovalo 100 ispitanika opće populacije, od čega je bilo 73 osoba ženskog, a 27 osoba muškog spola, a dob ispitanika bila je rasprostranjena od 18 do 76 godina. Na pitanje o slaganju s tvrdnjom da umirući bolesnik sam ima pravo odlučiti o kraju svojega života čak 72% ispitanika se složilo, ili složilo u potpunosti. Također, skoro pa dvotrećinska većina ispitanika nije se složila s pitanjem o tome da se liječnicima zakonski treba omogućiti bezbolno okončati pacijentov život, ako pacijent ili obitelj to zatraže, ili pomoći pacijentu da ga okonča, ako ga pacijent to zatraži.

Istraživanje je pokazalo da se 46% ispitanika slaže, ili u potpunosti slaže s izjavom da umirućim osobama koje izrazito pate treba uslišiti njihovu želju za umiranjem i omogućiti im da sami okončaju vlastiti život, dok se u isto vrijeme 60% ispitanika ne slaže, ili u potpunosti ne slaže s izjavom da nitko, pa ni sam pojedinac nema pravo odlučivati o trenutku svoje smrti. Za usporedbu s drugim istraživanjem, 76% ispitanika složilo se s legalizacijom EAS-a u Južnoj Koreji, što ukazuje na znatno veću podršku javnosti EAS-u, sličnu onoj u zemljama poput Engleske (75,8%) i Švicarske (81,7%). Ispitivanje koje je istraživalo razlike među zemljama u stavovima prema eutanaziji pokazalo je da stanovnici 23 od 24 zemlje s visokim prihodima smatraju eutanaziju opravdanim. U svijetu se broj prijavljenih smrtnih slučajeva eutanazije svake godine povećava, posebno među starijim osobama (34). Od 2010. do 2018. godine ukupan broj zahtjeva za EAS zbog bilo koje bolesti u Nizozemskoj udvostručio se (s 3136 do 6126), dok su se zahtjevi bolesnika s demencijom povećali gotovo šest puta (7). U prethodnim studijama dob, obrazovanje, prihodi, religija, politička orijentacija, samoocjenjivanje zdravlja i dostupnost volonterskih radnika prepoznati su kao potencijalni čimbenici povezani sa stavovima prema EAS-u. Ovo istraživanje sugerira da, kako ljudi stare, razvijaju komorbiditete i njihovo se zdravlje pogoršava, starija populacija s komorbiditetima i lošim zdravljem može očekivati lakšu smrt kroz eutanaziju i potpomognuto samoubojstvo. Međutim, potrebno je daljnje istraživanje utjecaja demografskih čimbenika na stavove prema EAS-u. Sociodemografske karakteristike ispitanika uključenih u ovo ispitivanje (N = 1000) bile su slične onima korejske populacije s obzirom na dob (20-29 godina: 15,3%, 30-39 godina: 15,5%, 40-49 godina: 18,9%, 50-59 godina: 20%, 60-69 godina: 16,7%, ≥ 70 godina: 13,6% u korejskoj populaciji) i spol (muškarci: 49,9%, žene: 50,1% u korejskoj populaciji), što ukazuje na nisku mogućnost selekcijske pristranosti (34).

Što se zakonske regulative tiče, ovo istraživanje je pokazalo da se 58% ispitanika ne slaže, ili u potpunosti ne slaže s izjavom da se treba apsolutno zakonski zabraniti postupak kojim se osoba izravno usmrćuje od strane liječnika. Također, 71% ispitanika se slaže, ili se u potpunosti slaže da izostanak liječenja i „puštanje“ pacijenta da umre treba zakonski regulirati da ne bi došlo do zlorabiranja. Stavovi prema potpomognutom samoubojstvu u Litvi znatno se razlikuju ovisno o tome je li bolest somatska ili mentalna. To upućuje na jasnu društvenu percepciju tih dviju vrsta bolesti u kontekstu odluka o prestanku životnog vijeka. Čini se da mlađi pojedinci to više prihvaćaju. Međutim, značajne razlike temeljene na obrazovanju, religiji i njegovateljskom iskustvu pokazuju da isti sociodemografski čimbenici utječu na odnos ispitanika čak i u ovoj situaciji. Većina ispitanika bila je ženskog spola i činila je 79,8% (N = 4622) svih ispitanika, dok je samo 20,2% (N = 1168) bilo muškog spola. Urbana populacija bila je prezastupljena u uzorku, jer 90,8% (N = 5260) ispitanika živi u urbanim područjima u usporedbi s 9,2% (N = 530) u ruralnim područjima. Osim toga, 35% (N = 2024) ispitanika identificiralo se kao nereligiozno, a 65% (N = 3766) kao religiozno. Dobna raspodjela ispitivanja može se sažeti na sljedeći način: većina ispitanika (49,9%; N = 2888) bila je mlađa od 35 godina, dok je 24,9% (N = 1441) bilo u dobi između 35 i 45 godina. Osim toga, 16% (N = 932) ispitanika bilo je u dobi između 46 i 55 godina, dok je samo 9,1% (N = 529) bilo starije od 55 godina. Podaci pokazuju da je većina ispitanika ostala za potpomognuto samoubojstvo u većini demografskih varijabli. Spol je imao blagu sklonost prema muškarcima i bio je statistički značajna varijabla. Uloga religioznosti u prihvaćanju nije iznenađujuća. Vjerska uvjerenja često utječu na moralne i etičke vrijednosti ljudi, a to se vidi u znatno višim stopama prihvaćanja među nereligioznim ispitanicima. Međutim, treba napomenuti da religioznost iznenađujuće ne igra uvijek značajnu ulogu, što dokazuju zemlje poput Estonije i Češke. To upućuje na zaključak da utjecaj religioznosti nije samo pitanje njegove prisutnosti, već uključuje i intenzitet vjerovanja i okolni kulturni kontekst. Iskustvo u liječenju bolesnika s terminalnim stanjem također je imalo jasan utjecaj. Ispitanici koji su imali iskustva s terminalnim bolesnicima imali su empatičnije mišljenje, što je dovelo do njihova konzervativnog stava prema konačnim odlukama. (35).

Ovim se istraživanjem pokazalo da 63% ispitanika ne smatra da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno bezbolno okončati život pacijenta koji boluje od neizlječive bolesti, ukoliko pacijent i njegova obitelj to zatraže. Isto tako pokazalo se da 66% ispitanika ne smatra da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako sam pacijent to zatraži. Istraživanje provedeno diljem zemlje u Nizozemskoj pokazalo je da je 11,2% ljudi zatražilo

eutanaziju, a od toga je 56% zapravo umrlo od eutanazije ili medicinski potpomognute smrti. Te su brojke u suprotnosti s brojevima osoba koje su umrle od demencije. Samo je 2,1% te podskupine zatražilo eutanaziju, a od toga je „samo” 43% umrlo od eutanazije (31). Također je provedena presječna studija između nasumičnog uzorka opće populacije i liječnika u Nizozemskoj. Ispitivanje je provedeno u sklopu treće procjene prekida života na zahtjev i potpomognutog samoubojstva. Na upitnik je odgovorilo ukupno 1 965 ispitanika. Od ispitanika, 49,5% bile su žene, a 20,7% starije od 70 godina. Većina ispitanika (97,7%) imala je nizozemsko podrijetlo, a 19,2% smatralo je svoju religiju važnom. Ukupno gledajući, 76,4% ispitanika smatralo je da je ispravno da postoji zakon o eutanaziji i da bi mogli sami zatražiti eutanaziju. Polovica ispitanika znala je da je za bolesnike s uznapredovalom demencijom potreban pisani zahtjev za eutanaziju kako bi bili prihvatljivi za eutanaziju. Istraživanje je pokazalo da se 60% ispitanika slaže da osobe s uznapredovalom demencijom trebaju ispunjavati uvjete za eutanaziju (23). Sedam posto bolesnika oboljelih od Huntingtonove bolesti umrlo je od eutanazije u razdoblju od 2007. do 2010. (8). Novije ispitivanje iz Finske pokazalo je da je 64% šire javnosti odobrilo eutanaziju u bolesnika s uznapredovalom demencijom. Važna je napomena da potpora praksi izvođenja eutanazije u bolesnika s uznapredovalom demencijom može ovisiti o formulaciji i specifičnom sadržaju pitanja. Iz druge literature poznato je da osobe s višom razinom obrazovanja općenito prihvaćaju eutanaziju. Mlađi, obrazovaniji i nizozemski ispitanici skloniji su izvođenju eutanazije. Mladi ljudi mogli bi pridati veću važnost autonomiji i vjerojatno su manje religiozni, što bi moglo objasniti pozitivan stav prema eutanaziji. Cohen je napomenuo da je prihvaćanje eutanazije snažno povezano sa stavom tolerancije prema slobodi osobnog izbora, pri čemu zemlje s pozitivnim stavom prema slobodi izbora obično prihvaćaju i eutanaziju kao opciju za neizlječivo bolesne ljude. Moguće objašnjenje za slabije prihvaćanje eutanazije među slabije obrazovanim jest da obrazovanje povećava vrijednost osobne autonomije i individualizma. Nije jasno zašto bi žene smatrale eutanaziju u bolesnika s uznapredovalom demencijom prihvatljivijom od muškaraca. Općenito, druga ispitivanja ne pokazuju vezu između spola i prihvaćanja eutanazije (23).

6. ZAKLJUČAK

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

1. Sedamdeset dva posto ispitanika složilo se, ili u potpunosti složilo s tvrdnjom da umirući bolesnik sam ima pravo odlučiti o kraju svojega života, a s druge strane šezdeset šest posto ispitanika ne smatra da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu, koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima, da okonča vlastiti život, ako sam pacijent to zatraži.
2. Postoji statistički značajan utjecaj osnovnog stupnja obrazovanja na mišljenje o smislu života.
3. Postoji statistički značajan utjecaj ženskog spola na mišljenje o medicinski potpomognutoj smrti.
4. Ne postoji statistički značajan utjecaj dobi na mišljenje o prestanku i produljenju života umiruće osobe.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ispitati mišljenje opće populacije o eutanaziji.

Nacrt studije: Presječno istraživanje.

Ispitanici i metode: U istraživanju su sudjelovali opći ispitanici. Dobrovoljno je sudjelovalo 100 ispitanika, od čega je bilo 73 osoba ženskog, a 27 osoba muškog spola, a dob ispitanika bila je rasprostranjena od 18 do 76 godina. Pri istraživanju korišten je papirnati upitnik u vlasništvu prof.dr.sc. Ane Borovečki, dr.med. za koji je tražena i dobivena dozvola za korištenje. Za većinu anketnih pitanja od ispitanika se tražilo da brojem od 1 do 5 izrazi svoje slaganje s ispitnom tvrdnjom, što je vrednovano prema Likertovoj skali od 1 do 5.

Rezultati: Postoji statistički značajan utjecaj stupnja obrazovanja na mišljenje o smislu života. Postoji statistički značajan utjecaj spola na mišljenje o medicinski potpomognutoj smrti. Ne postoji statistički značajan utjecaj dobi na mišljenje o prestanku i produljenju života umiruće osobe.

Zaključak: Sedamdeset dva posto ispitanika složilo se, ili u potpunosti složilo s tvrdnjom da umirući bolesnik sam ima pravo odlučiti o kraju svojega života, a s druge strane šezdeset šest posto ispitanika ne smatra da bi liječnicima trebalo biti zakonom dopušteno pomoći pacijentu koji boluje od neizlječive bolesti i živi u teškim bolovima da okonča vlastiti život, ako sam pacijent to zatraži.

Ključne riječi: eutanazija; medicinski potpomognuta smrt; mišljenje; opća populacija

8. SUMMARY

The opinion of the general population about euthanasia

Research aim: To examine the opinion of the general population on euthanasia.

Study design: Cross-sectional research.

Subjects and methods: General respondents took part in the research. 100 respondents volunteered, of which 73 were female and 27 male, and age ranged from 18 to 76 years. A paper questionnaire owned by Prof. Ana Borovečki, PhD was used in the research for which a license for use was sought and obtained. For most of the survey questions, respondents were asked to express their agreement with the test claim by number 1 to 5, which was evaluated according to the Likert scale 1 to 5.

Results: There is a statistically significant impact of education on the opinion about the meaning of life. There is a statistically significant impact of gender on the opinion about physician-assisted suicide. There is no statistically significant impact of age on the opinion about the termination and extension of a dying person's life.

Conclusion: Seventy-two percent of respondents agreed, or fully agreed, that a dying patient alone has the right to decide on the end of their life, on the other hand, sixty-six percent of respondents do not think that doctors should be allowed by law to help a patient who suffers from incurable illness and lives in severe pain to end their own life if the patient so requests.

Keywords: euthanasia; physician-assisted suicide; opinion; general population

9. LITERATURA

1. Dubón-Peniche MDC, Bustamante-Leija LE. Between illness and death: "Euthanasia". *Cir Cir*. 2020;88(4):519-525.
2. López J, López O. Sobre la muerte: a quien pueda interesar. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40:195-8.
3. Villamizar E. El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;1:66-80.
4. Hernández F. El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria, DGASCA-UNAM, México*. 2006;7:1-7.
5. Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C i sur. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2020;27(1):152-167.
6. De Bal N, Gastmans C and Dierckx de Casterle B. Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 626–644.
7. Mangino DR, Nicolini ME, De Vries RG, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28:466—77.
8. Trejo-Gabriel-Galán JM. Euthanasia and assisted suicide in neurological diseases: a systematic review. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021;2:S0213-4853(21)00090-6.
9. Diehl-Schmid J, Jox R, Gauthier S, Belleville S, Racine E, Schüle C i sur. Suicide and assisted dying in dementia: what we know and what we need to know. A narrative literature review. *Int Psychogeriatr*. 2017;29:1247—59.
10. Chambaere K, Cohen J, Robijn L, Bailey SK, Deliens L. End-of-life decisions in individuals dying with dementia in Belgium. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:290—6.
11. Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). *BMC Med Ethics*. 2018;19:17.

12. Picard G, Bier J-C, Capron I, De Deyn PP, Deryck O, Engelborghs S i sur. Dementia, end of life, and euthanasia: a survey among dementia specialists organized by the Belgian Dementia Council. *J Alzheimers Dis.* 2019;69:989—1001.
13. Marijnissen R, Schoevers R, Oude Voshaar R. Commentary Letter to the Editor on the Study of Mangino i sur.: Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;28:1229—30.
14. Asscher ECA, Van De Vathorst S. First prosecution of a Dutch doctor since the Euthanasia Act of 2002: what does the verdict mean? *J Med Ethics.* 2020;46:71—5.
15. Konder RM, Christie T. Medical assistance in dying (MAiD) in Canada: a critical analysis of the exclusion of vulnerable populations. *Healthc Policy.* 2019;15:28—38.
16. Tomlinson E, Stott J. Assisted dying in dementia: a systematic review of the international literature on the attitudes of health professionals, patients, carers and the public, and the factors associated with these. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015;30:10—20.
17. Marijnissen RM, Chambaere K, Oude Voshaar RC. Euthanasia in Dementia: A Narrative Review of Legislation and Practices in the Netherlands and Belgium. *Front Psychiatry.* 2022;13:857131.
18. Mehlum L, Schmahl C, Berens A, Doering S, Hutsebaut J, Kaera A i sur. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020;7:15.
19. Cohen D, Eisdorfer C. *The Loss of Self. A Family Resource for the Care of Alzheimer's Disease and Related Disorders.* New York, NY: Ww Norton and Co. 2002.
20. Berghmansa R, Molewijk B, Widdershoven G. Alzheimer's disease and life termination: the Dutch debate. *Bioethica.* 2009;2:33—4.
21. Chambaere K, Cohen J, Robijn L, Bailey SK, Deliens L. End-of-life decisions in individuals dying with dementia in Belgium. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:290—6.
22. Rietjens JA, van Tol DG, Schermer M, van der Heide A. Judgement of suffering in the case of a euthanasia request in The Netherlands. *J Med Ethics.* 2009;35:502—7.

23. Brinkman-Stoppelenburg A, Evenblij K, Pasman HRW, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. Physicians' and public attitudes toward euthanasia in people with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:2319–28.
24. Nys H. *A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared With the Rules in Luxembourg and the Netherlands.* Cambridge: Cambridge University Press. 2017;5-6.
25. Cohen-Almagor R. First do no harm: euthanasia of patients with dementia in Belgium. *J Med Philos.* 2016;41:74–89.
26. Kouwenhoven PS, Raijmakers NJ, van Delden JJ, Rietjens JA, van Tol DG, van de Vathorst S i sur. Opinions about euthanasia and advanced dementia: a qualitative study among Dutch physicians and members of the general public. *BMC Med Ethics.* 2015;28:16-7.
27. Gastmans C. Dignity-enhancing care for persons with dementia and its application to advance euthanasia directives. In: Düwell M, editor, *Justice, Luck and Responsibility in Health Care.* Dordrecht: Springer Netherlands. 2013;145–65.
28. Jahn DR, Van Orden KA, Cukrowicz KC. Perceived burdensomeness in older adults and perceptions of burden on spouses and children. *Clin Gerontol.* 2013;36:451–9.
29. De Boer ME, Hertogh CM, Dröes RM, Riphagen II, Jonker C. Suffering from dementia- the patient's perspective: a review of the literature. *Int Psychogeriatr.* 2017;19:1021–39.
30. Bjørkløf GH, Helvik AS, Ibsen TL. Balancing the struggle to live with dementia: a systematic meta-synthesis of coping. *BMC Geriatr.* 2019;19:295.
31. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, Hoekstra T, Onwuteaka-Philipsen BD. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC Med.* 2019;17:39.
32. Marušić M, i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini.* 4. izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.

33. Borovecki A, Curkovic M, Nikodem K, Oreskovic S, Novak M, Rubic F i sur. Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):13.
34. Yun YH, Sim JA, Choi Y, Yoon H. Attitudes toward the Legalization of Euthanasia or Physician-Assisted Suicide in South Korea: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5183.
35. Bachmetjev B, Airapetian A, Zablockis R. Attitude of the Lithuanian Public toward Medical Assistance in Dying: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(6):626.