



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE
DO EVTANAZIJE, OPUSTITVE IN
ODTEGNITVE ZDRAVLJENJA**

**ATTITUDES OF NURSING CARE STUDENTS
TOWARDS EUTHANASIA AND SUSPENSION
AND WITHHOLDING OF TREATMENT**

Mentor: mag. Miran Rems, viš. pred.

Kandidat: Semir Mujkić

Jesenice, november, 2017

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojemu mentorju mag. Miranu Rems, viš. pred., za vso strokovno pomoč in svetovanje pri izdelavi diplomskega dela.

Hvala tudi recenzentki mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred. za pravilne usmeritve v diplomskem delu.

Posebna zahvala študentom Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, ki so sodelovali v izvedbi raziskave.

Svoje diplomsko delo pa posvečam svoji družini, ki mi je v času študija vedno stala ob strani ter mojim najboljšim dragocenim prijateljem.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Evtanazija, opustitev in odtegnitev zdravljenja so nekaj, kar je tabu tema v svetu. Zato je odnos bodočih zdravstvenih delavcev do te problematike pomemben, saj se bodo v prihodnosti večkrat srečevali z odločitvami te tematike.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, kakšen odnos imajo študentje Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja.

Metoda: Raziskava je temeljila na kvantitativni metodi raziskovanja z tehniko anketiranja. Vprašalnik je zajemal štiri sklope, katere smo oblikovali na podlagi literature. V prvem sklopu smo ugotavljali demografske podatke, ostali sklopi so se navezovali na odnos študentov do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja. V raziskavi je sodelovalo 130 študentov Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin. Za obdelavo podatkov smo uporabili Microsoft Excel ter statistični program (SPSS), verzija 20.0. Uporabili smo opisno in bivariatno statistiko.

Rezultati: Ugotovili smo, da več kot polovica anketirancev (77) podpira legalizacijo evtanazije in bi jo tudi dovolila na družinskih članih. Moški ($PV = 3,65$) se v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za zdravstvene ustanove kot ženske ($PV = 3,14$). Pri verski pripadnosti smo potrdili razlike v odnosu do evtanazije ($\alpha < 0,05$). Ugotovili smo tudi, da se anketiranci strinjajo, da je premalo osveščenosti pacientov o prenehanju aktivnega zdravljenja razlog, zakaj se ne odločajo za to vrsto zdravljenja ($PV = 3,62$). Najbolj se študentje, ki so se opredelili za ateiste ($PV = 3,96$) strinjajo, da bi že ob zdravih dnevih svojega življenja odločili za eno od oblik prenehanja aktivnega zdravljenja. Najbolj so proti študentje, ki so opredeljeni kot pravoslavci ($PV = 3,89$), katoliki ($PV = 3,56$) ter muslimani ($PV = 3,13$).

Razprava: Raziskava je pokazala, da imajo študentje Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin pozitiven odnos do evtanazije, vendar verska usmerjenost pri nekaterih študentih vpliva na njihove odločitve do evtanazije. Prav tako imajo pozitiven odnos do opustitve in odtegnitve zdravljenja, vendar premalo osveščenosti o tej tematiki. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave z večjim vzorcem anketirancev.

Ključne besede: evtanazija, paliativna oskrba, opustitev zdravljenja, odtegnitev zdravljenja

SUMMARY

Background: Euthanasia and withholding and withdrawing treatment are a taboo topic across the world. Therefore, the attitude of future health professionals towards this issue is important, since in the future they will often face decisions about this topic.

Aims: The aim of the diploma work is to determine the attitudes of the students of the Angela Boškin Faculty of Health towards euthanasia and the, abandonment and withdrawal of treatment.

Methods: The research was based on a quantitative research method. The questionnaire comprised four sections which we formulated based on the literature. In the first section, we gathered demographic data, while the other sections related to the students' attitudes towards euthanasia, suspension and withholding treatment. The research involved 130 students of the Angela Boškin Faculty of Health. Microsoft Excel and (SPSS) (version 20.0) statistical software were used to process data. We used descriptive and bivariate statistics.

Results: We have found that more than half of respondents (77) support the legalization of euthanasia and would also allow it for their family members. On average, men ($PV = 3.65$) agree more with the claim that patients during the terminal period represent a burden on health institutions than women ($PV = 3.14$). When considering religious affiliation, we confirmed the differences in attitudes towards euthanasia ($\alpha < 0.05$). We also found that respondents agree that the lack of awareness among patients about the cessation of active therapy is the reason why they do not decide for this type of treatment. The majority of students who identified themselves as atheists ($PV = 3.96$) agree that on healthy days of their lives they would choose one of the forms of cessation of active treatment. Students, identifying themselves as Muslim ($PV = 3.13$), were the most ardent in opposing this.

Discussion: The research showed that students of the Faculty of Health Angela Boškin have a positive attitude towards euthanasia, although religiousness in some students influences their decisions towards euthanasia. They also have a positive attitude towards abandonment and withdrawal of treatment although they lack the knowledge about this topic. Further research with a larger sample of respondents is needed.

Key words: euthanasia, palliative care, withholding treatment, treatment withdrawal

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
	2.1 SMRT.....	3
	2.1.1 Proces umiranja.....	3
	2.1.2 Paliativna zdravstvena nega.....	4
	2.1.3 Odnos študentov zdravstvene nege do umirajočih.....	5
	2.2 EVTANAZIJA.....	6
	2.2.1 Aktivna in pasivna evtanazija.....	6
	2.2.2 Vnaprejšnja volja.....	7
	2.2.3 Terapija z dvojnim učinkom.....	7
	2.2.4 Stališča zdravstvenih delavcev do evtanazije.....	7
	2.3 STALIŠČA DRŽAV DO EVTANAZIJE.....	9
	2.3.1 Zagovorniki in nasprotniki evtanazije.....	10
	2.4 PRENEHANJE AKTIVNEGA ZDRAVLJENJA.....	10
	2.4.1 Opustitev zdravljenja.....	11
	2.4.2 Odtegnitev zdravljenja.....	11
	2.5 ETIČNE DILEME.....	12
	2.5.1 Vpliv vere do evtanazije.....	13
	2.6 ODNOS ŠTUDENTOV DO EVTANAZIJE.....	13
	2.6.1 Odnos tujih študentov zdravstvene nege do evtanazije.....	13
3	EMPIRIČNI DEL	15
	3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	15
	3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
	3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	16
	3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	16
	3.3.3 Opis vzorca.....	17
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	18

	3.4 REZULTATI.....	18
	3.5 RAZPRAVA	31
4	ZAKLJUČEK	35
5	LITERATURA	36
6	PRILOGE	
	6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Test zanesljivosti	17
Tabela 2: Spol anketiranih.....	17
Tabela 3: Letnik izobraževanja anketiranih.....	17
Tabela 4: Oblika študija anketiranih.....	18
Tabela 5: Verska pripadnost anketiranih.....	19
Tabela 6: Stališča študentov zdravstvene nege do evtanazije	19
Tabela 7: Stališča študentov zdravstvene nege do evtanazije glede na spol	23
Tabela 8: Stališča študentov do evtanazije glede na versko pripadnost.....	25
Tabela 9: Razumevanje pojmov opustitve in odtegnitve zdravljenja.....	26
Tabela 10: Stališča študentov do opustitve in odtegnitve zdravljenja.....	28
Tabela 11: Stališča študentov do opustitve in odtegnitve zdravljenja glede na versko pripadnost	31

1 UVOD

Kljub velikim napredkom na področju medicine in medicinske tehnologije bolezni ostajajo neozdravljive. Smrt je ena izmed najglobljih čustvenih izkušenj, s katero se ljudje srečujejo in o njej najpogosteje ne želijo razmišljati (Jafari, et al., 2015). Morda bi nam bilo lažje, če bi se o smrti pogovarjali kot o sestavnem delu našega življenja in ne kot o grozi, ampak kot o nečem, čemur ne moremo uiti (Ločar, 2010). Ljudje so začeli razmišljati, kako bi si olajšali smrt, in sicer tako, da so pomoč iskali v pospeševanju smrti pri umirajočem človeku. Razmišljali so torej o evtanaziji (Trupi & Bohinc, 2007). Evtanazija je namerno dejanje, pri katerem gre za prekinitev življenja z določenimi dozami zdravila ali za opustitev zdravljenja pacienta, ki trpi neznosne bolečine zaradi neozdravljive bolezni (Woods & Bickley Asher, 2015). Danes evtanazija v Republiki Sloveniji ni dovoljena in je tudi kazniva. Kdor umirajočemu ali neozdravljivo bolnemu pacientu vzame življenje, je kaznovan z zaporno kaznijo najmanj petih let (Kastelic, 2013). Kadar zdravljenje izgubi smisel in za pacienta predstavlja nesorazmerno breme ter trpljenje, se je treba pogovarjati o prenehanju aktivnega zdravljenja. Številne nacionalne raziskave so pokazale, da se pri vsaj tretjini umrlih v enotah intenzivne medicine zdravniki odločijo za prenehanje zdravljenja (Grošelj, 2014). Medicinsko osebje največkrat vztraja pri brezupnem zdravljenju, predvsem zaradi nejasnih medicinskih situacij, etičnih dilem in strahu pred tožbo (Grošelj, et al., 2013).

Peternej (2010) navaja, da smo družba s čedalje več starimi ljudmi in imamo s tem posledično več pacientov z napredovalo kronično boleznijo, ki morajo imeti posebno celostno oskrbo. Paliativna oskrba je posebno področje v zdravstvenem varstvu, ki se ukvarja z oskrbo pacientov z napredovalo kronično boleznijo in svojcev, z namenom izboljšanja kakovosti življenja in zmanjševanja trpljenja. Pomembno je, da se že na dodiplomskem študijskem programu zdravstvene nege zavedamo pomena izobraževanja študentov o smrti in oskrbi umirajočega pacienta. Kulturni, etnični in verski vpliv imajo tudi velik pomen pri odnosu, saj pomagajo oblikovati odnos ljudi do smrti in umiranja (Jafari, et al., 2015). Pri tem so medicinske sestre pomemben člen v zdravstvenem timu, saj zagotavljajo oskrbo pacientov z neozdravljivo boleznijo oziroma pacientov ob koncu življenja. Zato je njihov odnos ključnega pomena v evtanaziji (Koç, 2012).

Trupi & Bohinc (2007) navajata, da je ugotovljeno slabo znanje med študenti zdravstvene nege o umirajočem pacientu in evtanaziji, saj njihovi odgovori ne temeljijo na znanju. Študentje potrebujejo več izkušenj ter znanja s področja umirajočega bolnika, saj si s tem lažje ustvarijo argumente in stališča do evtanazije. Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da večina študentov podpira izvedbo evtanazije, kadar gre za hudo trpljenje pacienta.

Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da sta opustitev in odtegnitev zdravljenja dokaj neraziskano področje tudi med študenti zdravstvene nege. V slovenskem okolju še ni bila izvedena raziskava, ki bi raziskovala odnos študentov zdravstvene nege do opustitve in odtegnitve zdravljenja. Iz pregledanih raziskav smo ugotovili, da se odnos študentov do evtanazije razlikuje glede na vrednote posameznika, versko prepričanje in državno ureditev. Prav tako raziskave poudarjajo neznanje študentov zdravstvene nege o tej tematiki. V diplomskem delu bomo zato ugotavljali stališča študentov Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 SMRT

Majhen delež pacientov umre med hospitalizacijo ali takoj po njej. Splošno mnenje je, da bi z izboljšano zdravstveno nego preprečili smrt oziroma podaljšali življenjsko dobo pacienta (Shekelle, 2013). Kljub velikim napredkom na področju medicine in medicinske tehnologije pa nekatere bolezni ostajajo neozdravljive. Smrt je ena izmed najglobljih čustvenih izkušenj, s katero se ljudje srečujejo in o njej najpogosteje ne želijo razmišljati (Jafari, et al., 2015). Današnja potrošniška družba je to temo potisnila ob rob zaradi materialnih dobrin in s tem večino prikrajšala za pomemben del razmišljanja ter lastne duhovnosti. Ta proces je nepopravljiv in konec vseh življenjskih funkcij, je posebna izkušnja, ki družino in bolnikove bližnje še zadnjič poveže med seboj. Odločitve o prenehanju agresivnega zdravljenja, ko ni več učinkovito, in omogočanju zdravljenja, ki izboljšuje udobje, največkrat ne obvladamo. Velikokrat se ne zavedamo, da imajo tudi umirajoči svoje neodtujljive pravice (Benedik, 2011).

2.1.1 Proces umiranja

Umiranje je nepopravljiv in nezaustavljiv proces prenehanja delovanja notranjega ravnovesja v telesu in metaboličnih procesov. Kadar pride do odpovedovanja vitalnih organov, govorimo o smrti kot o končnem izidu procesa umiranja. Večina ljudi bi si želela umreti hitro, lahko v svoji postelji, vendar se je umiranje preselilo v bolnišnice oziroma bolnišnične postelje, brez svojcev. Z napredkom medicine se je proces umiranja podaljšal in ljudem je samoumevno, da ta proces največkrat poteka v bolnišnici (Žerdoner, et al., 2015).

Ločan (2010) pravi, da se smrt zgodi v določenem trenutku, medtem ko je proces umiranja nekaj, kar traja dalj časa. Medicinska sestra mora potrebe umirajočega upoštevati v celoti, torej telesne, čustvene, socialne in duhovne potrebe. Ko človek umira, je zelo pomembna komunikacija zanj, njegove svojce in vse, ki so udeleženi v

procesu umiranja. Raziskava na Švedskem (2007) je vključevala medicinske sestre ter ugotavljala njihove izkušnje pri oskrbi umirajočih pacientov izven procesa paliativne oskrbe. Rezultati kažejo, da medicinske sestre potrebujejo podporo ter več časa za izboljšanje komunikacije s pacienti, da bi zagotovile kakovostno zdravstveno oskrbo in dosegle boljše zadovoljstvo pacientov (Wallerstedt & Andershed, 2007).

2.1.2 Paliativna zdravstvena nega

Vključitev paliativne oskrbe v zdravstvene ustanove je bistvenega pomena za izboljšanje oskrbe umirajočih pacientov. Pomanjkanje znanja in izobraževanja pri zagotavljanju oskrbe ovira zdravstvene delavce pri zagotavljanju kakovostne paliativne oskrbe, zato so se začela prizadevanja za povečanje izobraževanja na dodiplomskih in podiplomskih programih zdravstvene nege (Ferell, et al., 2007). V zadnjem stadiju bolezni se pojavljajo vprašanja evtanazije, ki je pri nas z ustavo prepovedana. Parlamentarna skupščina Sveta Evrope je leta 1999 sprejela priporočilo, v katerem se zavzema za uveljavitev pravice do celovite blažilne (paliativne) oskrbe bolnih in umirajočih ter svetuje drugim državam Evropske unije, da vztrajajo pri prepovedi evtanazije. Pacienti zaradi nemoči, izgube dostojanstva in hudih bolečin velikokrat prosijo za pomoč, zdravstveni delavci pa pogosto pritrdijo, da je evtanazija najboljša rešitev. Praksa v paliativni oskrbi je pokazala, da umirajočemu pacientu nudimo udobje, ga pomirimo in mu s tem omogočimo, da ne misli na smrt. Velik poudarek je na ohranjanju dostojanstva, omiljenju bolečine in odnosu do upanja. Alternativa evtanaziji je paliativna oskrba, vendar nekateri to dvojje enačijo (Goršak Lovšin, 2012). Paliativna oskrba se začne izvajati po diagnozi neozdravljive bolezni in se neprekinjeno izvaja skozi vsa obdobja neozdravljive bolezni, vse do smrti in žalovanja. Vključuje tako bolnike z napredovalo kronično boleznijo kot tudi njihove bližnje v času bolezni in procesu žalovanja. Glavni namen paliativne oskrbe je izboljšati kakovost življenja pacientov ter njihovih svojcev s preventivnimi ukrepi za lajšanje težav. Zagovarja življenje in spoštuje umiranje kot naravni proces, vendar ne pospešuje smrti, hkrati pa je tudi ne zavlačuje. Glavni cilj celostne oskrbe pacienta je, da uresničimo želje pacienta. Velika večina si želi oskrbo na domu, zato je pomembno, da se zagotovi čim večja mreža pomoči pacientu ter svojcem na domu. V primeru večjih težav, ko oskrba doma

ni možna, se zdravniki odločijo za oskrbo v področnih bolnišnicah, kjer so umirajoči ob zadnjih dnevih v bližini svojcev (Ebert Moltara, 2014).

Model organizirane specialistične paliativne oskrbe v bolnišnicah je oblikovanje tima, ki omogoča konzultacije na bolnišničnih oddelkih za specialistično paliativno oskrbo na sekundarni in terciarni ravni. V najožjem krogu specialističnega tima paliativne oskrbe so člani zdravnik, diplomirane medicinske sestre in socialni delavec, vsi s specialističnim dodatnim znanjem. V širšem smislu pa se jim pridružijo še psiholog, fizioterapevt, dietetik, delovni terapevt, farmacevt in duhovni svetovalec. Ob povezovanju paliativne oskrbe v zgodnjem času je mogoče razviti tudi ambulantno specialistično paliativno obravnavo v okviru paliativnega tima bolnišnice, ki kaže celo podaljšano preživetje pri zgodnjem vključevanju onkološkim pacientov (Lunder, 2011).

2.1.3 Odnos študentov zdravstvene nege do umirajočih

Raziskava, ki so jo opravili na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani (2007), je pokazala, kakšna sta mnenje študentov zdravstvene nege o umiranju in njihovo znanje za delo s takšnimi bolniki ter o evtanaziji. V raziskavi so ugotovili, da imajo študentje premalo znanja in tudi ne zaupajo v svoje znanje glede umirajočih pacientov. Ugotovili so, da si študentje želijo dodatnega znanja ter predvsem izkušnje na tem področju, zato je treba študente zdravstvene nege in medicinske sestre spodbujati k razmišljanju in razpravam o odnosu do hudo bolnih (Trupi & Bohinc, 2007). Smrt je naravni proces, ki se pojavlja vsak dan. Nekateri študentje občutijo to izkušnjo, drugi te možnosti nimajo, zato je njihov odnos do smrti in umiranja različen. V raziskavi, ki je potekala v Gazi (2015), so ugotovili, da študentje zdravstvene nege niso naklonjeni oskrbi umirajočih pacientov, poudarili pa so pomen izobraževanja na področju paliativne oskrbe na dodiplomskem študiju zdravstvene nege (Nasser & Mysoon, 2015).

V raziskavi, ki so jo opravili v Iranu (2015) in je zajemala 32 študentov zdravstvene nege, so ugotovili, da v času šolanja niso dobili dovolj znanja o umirajočih pacientih ter oskrbi takih pacientov. V zvezi z verskim prepričanjem so bili v raziskavo vključeni študentje islamske veroizpovedi, zato je tudi njihov odnos do oskrbe umirajočih

bolnikov negativno. Raziskava prav tako poudarja pomen izobraževanja študentov na dodiplomskem programu na področju umiranja ter oskrbe umirajočih pacientov (Jafari, et al., 2015).

2.2 EVTANAZIJA

Vedno večji pomen kroničnih bolezni kot vzroka smrti, ki se na koncu življenja osredotoča na paciente, je ustvaril zanimanje medicine. Smrt ni vedno posledica naravnega poteka umiranja, pogosto k temu prispeva tudi zdravstveno odločanje, ki vključuje uporabo zdravil, ki lahko privedejo do skrajšanja življenja (Heide, et al., 2007). »Beseda evtanazija je nastala v 17. stoletju in izhaja iz grškega jezika. Sestavljena je iz besede 'eu' ki pomeni dobro in 'thanatos' kar pomeni smrt. Francis Bacon je v 17. stoletju prvi uporabil besedo evtanazija v medicinski namen opisati srečno smrt.« (Živković, 2015, p. 5). Evtanazija je medicinska pomoč pri umiranju oz. samomoru. Najpogostejši razlogi, ki pacienta privedejo do tega, da namesto življenja izbere smrt, so lahko resnično neznosna bolečina, slaba kakovost življenja in strah, da bo smrt prišla kmalu ter da bo boleča. Takšni bolniki se z bolečino bojujejo do konca svojega življenja, ki za njih traja celo večnost (Bezenšek & Barle, 2007).

2.2.1 Aktivna in pasivna evtanazija

Glede na dejanje storitve poznamo tako imenovano aktivno in pasivno evtanazijo. Aktivna evtanazija pomeni povzročitev smrti na način, ki ga opravi tretja oseba, da pacient prejme smrtonosno dozo na določen način. To privede do neizbežne smrti neozdravljivih pacientov, ki jo zahtevajo sami ali pa jim jo svetujejo zdravniki, lahko pa tudi njihovi svojci. Največkrat se aktivna evtanazija izvede s pomočjo injekcije. Ta smrtonosna učinkovina pripelje do smrti, ki je hitra in neboleča. Aplikacijo učinkovine izvede zdravnik, zato ga nasprotniki evtanazije največkrat povezujejo z ubijalcem. Tema aktivna evtanazija naleti na spore v različnih mnenjih, saj se povezuje z etiko, moralo in zakoni, ki to prepovedujejo. V večini držav na svetu je aktivna evtanazija prepovedana in tudi kazniva. Pasivna evtanazija pomeni opustitev zdravljenja pacientov, ki so na smrt bolni, ali prekinitev zdravljenja, ki pacientu samo umetno

podaljšuje življenje in se mu tako dovoli umreti naravne smrti. Ta oblika evtanazije je v svetu pogosta, saj pacient umre naravne smrti oziroma zaradi prvotne bolezni in tako v praksi izključuje kazenskopravne sankcije (Bogdanić & Rakić, 2014). V novejši literaturi se pojavljata tudi izraza prostovoljna in neprostovoljna evtanazija. Slednja je opisana kot povzročitev smrti pacienta, ki sicer ni izrazil želje, da umre, vendar je iz okoliščin zdravljenja razvidno, da ne bo nikoli ozdravel. To so predvsem pacienti v trajnem ireverzibilnem vegetativnem stanju (Urbančič, 2006).

2.2.2 Vnaprejšnja volja

Pacientova pravica je tudi vnaprejšnja volja, ki jo lahko izrazi le, če je razsoden in opravilno sposoben. Pacient vnaprej prepove reševanje njegovega življenja bodisi z ukrepi oživljanja, podaljševanja življenja ali intenzivne nege. To lahko stori, vendar mora biti njegova želja praviloma zapisana ob navzočnosti prič. Taka pacientova volja je zakonsko priprta in jo morajo zdravniki upoštevati (Kralj, 2016). Še preden pacient izjavi vnaprej izraženo voljo, mora izbrani zdravnik in zastopnik pacientovih pravic proučiti pomen ter posledice. Vnaprejšnja volja po Zakonu o pacientovih pravicah velja pet let oziroma do pisnega preklica (Grošelj, et al., 2013).

2.2.3 Terapija z dvojnimi učinkom

Terapija z dvojnimi učinkom je ena izmed zdravnikovih pogostih ravnanj, ki lahko pospeši smrt pacienta. V primeru, ko je pacient v hudih bolečinah, mu zdravnik lajša bolečino z večjimi dozami zdravil. Čeprav se zaveda, da to lahko privede do ohromitve dihalnega centra, mu je glavni cilj ublažitev bolečine. Tega zakoni nikjer ne prepovedujejo in je tudi etično sprejemljivo (Trontelj, 2014).

2.2.4 Stališča zdravstvenih delavcev do evtanazije

O evtanaziji še vedno potekajo burne razprave, saj te izzovejo vrednote ljudi. Razprave o evtanaziji se nadaljujejo po svetu, saj stališča medicinskih sester postajajo vedno bolj pomembna. Odnos medicinskih sester do evtanazije lahko povežemo z zakonskimi

predpisi, kodeksom etike, poklicnimi izkušnjami, osebnimi vrednotami, vero in starostjo (Poreddi, et al., 2013). Med vsemi člani zdravstvenega tima velja, da medicinske sestre nosijo največ bremena ter stresa zaradi skrbi za umirajočega bolnika, saj so ob njem 24 ur na dan in se pogosto soočajo z vprašanjem evtanazije (Efstathiou & Walker, 2014). Raziskava, ki so jo opravili v Belgiji (2009), je vključevala zaposlene medicinske sestre, ki so vključene v procese evtanazije. Večina medicinskih sester, predvsem pa starejše osebe, se strinja, da bi se z uporabo optimalne paliativne oskrbe izognili pacientovim zahtevam po evtanaziji. Medicinske sestre tudi menijo, da dajanje smrtonosnih injekcij ni v pristojnosti medicinskih sester, čeprav bi jih bilo 43 % pripravljenih to storiti (Inghelbrech, et al., 2009).

Raziskava Poreddi, et al. (2013), ki je potekala v Indiji, je zajemala 214 anketiranih medicinskih sester. Večina medicinskih sester se strinja, da se paciente, ki trpijo za neozdravljivo boleznijo, pusti umreti. Prav tako menijo, da se legalizira evtanazija po svetu. Odnos zdravstvenih delavcev do evtanazije vpliva na njihovo obnašanje in sprejemanje evtanazije. Evtanazija spada med pogostejša moralno sporna vprašanja ob koncu življenja. Pri tem imajo ključno vlogo medicinske sestre pri oskrbi pacienta ob koncu življenja, zato potrebujejo veliko znanja na tem področju. Del tega znanja pridobijo na fakultetah za zdravstveno nego, kjer svoje znanje usvojijo, ga oblikujejo in kasneje prenesejo v klinično okolje (Naseh & Heidari, 2017).

Raziskava Mickiewics, et al. (2012), ki so jo opravili na Poljskem, je vključevala študente zdravstvene nege, medicinske sestre, delavce v hospicu ter družinske člane pacientov v paliativni oskrbi. Primerjali so odnos med zdravstvenimi delavci ter družinskimi člani do evtanazije. Skoraj polovica študentov, medicinskih sester ter družinskih članov pacientov v hospicu nasprotuje aktivni evtanaziji. O legalizaciji evtanazije se prav vsi strinjajo, vendar pod posebnimi pogoji. Študenti zdravstvene nege eno od oblik evtanazije vidijo v odtegnitvi aparatov, ki paciente ohranjajo pri življenju, in opustitvi oživljanja.

2.3 STALIŠČA DRŽAV DO EVTANAZIJE

Hipokratova prisega velja za temelj medicine, v kateri je jasno zapisano, da je evtanazija prepovedana. Pri zdravstvenih delavcih je zakon nekoliko drugačen, saj so stališča do evtanazije jasno opredeljena v 1. in 6. načelu Kodeksa etike. Načelo 1 govori o ohranjanju življenja pacienta, medtem ko načelo 6 temelji na odločitvah v korist pacienta (Ločan, 2010). V Republiki Sloveniji zakoni izrecno ne dovoljujejo evtanazije ali samomora s pomočjo zdravnika. Zakon o pacientovih pravicah opredeljuje odločitve o lastnem zdravljenju in pravici do preprečevanja ter lajšanja bolečin (Ur. l. RS, 2008).

Nizozemska je leta 2002 sprejela izvajanje evtanazije, ki jo naredi zdravnik na zahtevo pacienta, ki trpi in je brez upanja na olajšanje. Državna komisija, ki je sprejela zakon, od zdravnika pričakuje, da oceni, ali je zahteva pacienta prostovoljna, pacientovo trpljenje neznosno. Možnosti posveta z drugimi zdravniki ter opravljanje evtanazije je treba opraviti z ustrezno zdravstveno oskrbo in pozornostjo. Tako je Nizozemska postala prva država na svetu, ki je sprejela zakon o končanju življenja in zdravniški pomoči pri samomoru. Vendar je v glavnem legalizirala obstoječo prakso in edina sprememba je bila, da so morali javnemu tožilstvu posredovati le tiste primere, v katerih niso bila izpolnjena merila (Rietjens, et al., 2009).

Tudi Belgija je leta 2002 legalizirala evtanazijo, definirano kot konec življenja, ki ga naredi zdravnik po pacientovi izrecni zahtevi. Pacienti, ki so primerni za evtanazijo, morajo izpolnjevati določena formalna merila. Gre za prostovoljno, premišljeno in pisno zahtevo, ki jo pacient ob polni duševni zmogljivosti podpiše (Dierckx, et al., 2016). Zakon tudi opredeljuje, da morajo biti pacienti, ki zaprosijo za evtanazijo, predhodno obveščeni o možnosti paliativne oskrbe, če tudi je prej niso potrebovali. Zakon je bil sprejet z aktom Pravica do paliativne oskrbe in vsaka bolnišnica je morala imeti ekipo za paliativno oskrbo ter paliativno oskrbo na domu, ki je na voljo po vsej državi (Bernheim, et al., 2008).

2.3.1 Zagovorniki in nasprotniki evtanazije

Vedno več ljudi se zavzema, da bi evtanazijo uzakonili kot eno od osnovnih človeških pravic. Najpogostejši razlogi so trpljenje ob neozdravljivi bolezni, odvisnost od tuje pomoči, duševno in telesno onesposobljeni ljudje, breme družini ter slaba kakovost življenja. Zagovorniki zagovarjajo stališče, da je to zasebna stvar. Po njihovem mnenju evtanazija postane etična in utemeljena, ko se kakovost življenja umirajočega pacienta tako poslabša, da je edina rešitev sredstvo za končanje trpljenja. Nasprotniki evtanazije pa izhajajo predvsem iz verskih načel, drugi pa se največkrat bojijo možnosti zlorab in morebitne prekinitve iskanja novih zdravil (Kastelic, 2013).

Raziskava, ki so jo opravili v Belgiji (2009), je zajemala 589 anketiranih medicinskih sester, ki so zaposlene na oddelkih za paliativno oskrbo. Večina medicinskih sester je podprla belgijski zakon o evtanaziji, vendar tudi menijo, da pri večini pacientov, ki doživi koristi dobre paliativne oskrbe, želja po evtanaziji izgine (Gielen, et al., 2009).

2.4 PRENEHANJE AKTIVNEGA ZDRAVLJENJA

Pri odločanju o prenehanju aktivnega zdravljenja gre predvsem za odločanje med učinkovitostjo in koristnim zdravljenjem. Če za pacienta nadaljnje zdravljenje predstavlja breme in ni koristno, je priporočljivo njegovo prenehanje (Grošelj, et al., 2013). Pod pojem prenehanje aktivnega zdravljenja spadata opustitev in odtegnitev zdravljenja (Grosek & Grošelj, 2015). Večina zdravstvenih delavcev meni, da sta ti dve obliki zdravljenja sprejemljivi in tudi primerljivi, če ne gre za krajšanje pacientovega življenja z namenom povzročiti smrt pacienta (npr. evtanazija, samomor s pomočjo zdravnika), kar večina etičnih kodeksov smatra za nemoralno dejanje. V ZDA sta obe obliki etično in pravno enakovredni, medtem ko je v Izraelu odtegnitev prepovedana (Grošelj, et al., 2013). Obe obliki zdravljenja splošno veljata za etično dilemo pri pacientih, ki jim trenutno zdravljenje predstavlja visoko obremenitev (Brown, et al., 2013).

2.4.1 Opustitev zdravljenja

Opustitev zdravljenja je »odločitev, da se pacientu ne uvede dodatno ali ne intenzivira trenutno zdravljenje, za katero je mogoče presoditi, da zgolj podaljšuje proces umiranja, ni v pacientovo korist in je neutemeljeno« (Grosek & Grošelj, 2015, p. 17). Med širše oblike prenehanja aktivnega zdravljenja spada navodilo ne oživljaj, ki je po smislu opustitev, vendar vsi tega pravila ne sprejemajo kot opustitev, ampak kot odtegnitev zdravljenja (Grošelj, et al., 2013). Tudi odločitve o opustitvi dodatnega zdravljenja (npr. opustitev mehanske ventilacije) morajo biti opredeljene vnaprej in jih je treba sproti tudi prilagajati, bodisi zaradi zdravstvenih razlogov ali sprememb bolnikovega stanja (Voga, 2011).

2.4.2 Odtegnitev zdravljenja

Odtegnitev zdravljenja je »ukinitvev zdravljenja, ki ga pacient že prejema in za katero je mogoče presoditi, da zgolj podaljšuje proces umiranja, s tem ni v pacientovo korist in je neutemeljeno« (Grosek, et al., 2015, p. 17). Za posledico odtegnitve zdravljenja pacienti pogosto umirajo; kar 83 % pacientov v povprečju umre dve uri po odtegnitvi (Efstathiou & Walker, 2014).

Zwitter (2015) navaja, da v etičnih priporočilih pogosto opazimo, da sta opustitev in odtegnitev v etičnem smislu sprejemljivi dejanji. V praksi je to nekoliko drugače, in sicer prevladuje mnenje, da je odtegnitev zdravljenja zelo blizu evtanaziji, kot v primeru življenja Eluane Englaro, ki je sicer izrazila željo staršem, da jo v primeru vegetativnega stanja ne ohranjajo pri življenju. Po sedemnajstih letih je sodišče odločilo, da bodo odtegnili hrano in tekočino po sondi. Čez sedem dni je Eluana umrla. Tega dejanja, kot pravi avtor, ne moremo opisati kot odtegnitev nesmiselnega zdravljenja, ampak pospešitev smrti iz usmiljenja.

V slovenskem prostoru še ni bilo izdanih podatkov o prenehanju aktivnega zdravljenja pacientov. Leta 2012 je bila izvedena raziskava, in sicer na področju prenehanja neutemeljenega zdravljenja v slovenskih enotah za intenzivno medicino. Prenehanje

zdravljenja je bilo zanje etično sprejemljiva odločitev, vendar se niso strinjali, da sta obe obliki etično enaki odločitvi. Druga raziskava je potekala na začetku leta 2013 v obliki trimesečnega ugotavljanja odločanja o prenehanju aktivnega zdravljenja v enotah za intenzivno medicino. Rezultati raziskave kažejo, da je v primerjavi z drugimi mednarodnimi raziskavami delež odločanja v slovenskih enotah za intenzivno medicino občutno nižji na število sprejetih in umrlih pacientov (Grošelj, 2014).

2.5 ETIČNE DILEME

Grošelj, et al. (2013) pravijo, da pri odločanju o prenehanju aktivnega zdravljenja pri brezupno bolnih lahko izhajamo iz treh temeljnih načel:

- opustitev in odtegnitev sta etično gledano enakovredni dejanji,
- med pustiti umreti in ubojem obstaja jasna ločnica,
- dajanje zdravila v visokih odmerkih (dvojni učinek) je etično sprejemljivo, kadar je namen lajšanje bolečin in trpljenja, ne pa krajšanje življenja.

Figelj (2015) pravi, da ukinitvev postopkov, ki ohranjajo življenje pacienta tako s praktičnega kot tudi etičnega vidika, ni enaka evtanaziji, saj je bistvena razlika v namenu. Namen evtanazije je usmrtitev na bolnikovo željo. Namen pri ukinitvi postopkov za ohranjanje življenja pa je spoštovanje bolnikove želje, da omenjenih postopkov ne želi. Smrt je v tem primeru posledica neozdravljive bolezni.

Ob umirajočem pacientu se zdravstvenim delavcem porajajo številne etične dileme. V nobenem drugem procesu zdravljenja si ne postavljamo toliko vprašanj kot pri hudo bolnih pacientih, ki jih ne moremo več pozdraviti. Velikokrat je težko ugotoviti najboljšo možnost za pacienta in zato pride do nasprotovanja mnenj med svojci in zdravstvenimi delavci (Goršak Lovšin, 2012). Teža dilem se še poglobi, kadar morajo biti odločitve sprejete hitro, ob čustveno vznemirjenih svojcih. Pogosto so povezane z vprašanjem, kako dolgo vztrajati pri zdravljenju pacientov, pri katerih je upanja za izboljšanje stanja vse manj in je vse bolj jasno, da pričakujemo poslabšanje, ki se bo kmalu končalo s smrtjo pacienta (Grošelj, et al., 2013).

2.5.1 Vpliv vere do evtanazije

Največjo versko populacijo predstavljajo kristjani in muslimani. Rimskokatoliška cerkev evtanazijo opredeljuje kot sporno dejanje, ki ni v dostojanstvu človeka. Izvajanje evtanazije je po njihovem mnenju izhod v sili in ne predstavlja dostojanstvene smrti. Tako kot rojstvo tudi smrt predstavlja naraven način življenja. Pravijo, da je treba človeku v zadnjem stadiju življenja nuditi občutenje, deljenje in sočutje bolečine z moralno in psihično podporo. Islamska vera, kot druga največja religija na svetu, ima podobno stališče kot cerkev. Čeprav sta različni religiji, tudi islam ostro nasprotuje izvajanju evtanazije na človeku. Edini, ki človeku lahko podari in tudi vzame življenje, je bog, zato verniki verjamejo, da ima samo bog pravico odločanja. V sveti knjigi Koran je predpisano, da zdravniki lahko odklopijo pacienta od naprav šele, ko je smrt neizogibna. Nikakršna terapija z dvojnimi učinki, ali predoziranje z zdravili proti bolečinam, ni dovoljena, saj to zanje predstavlja evtanazijo (Podobnik, 2015).

2.6 ODNOS ŠTUDENTOV DO EVTANAZIJE

Raziskava, ki so jo opravili na Visoki šoli za zdravstvo Ljubljana (2007), je zajemala 50 študentov zdravstvene nege. Ugotavljali so stališča študentov do umirajočih bolnikov ter evtanazije. Rezultati so pokazali, da študenti podpirajo aktivno evtanazijo v primeru neozdravljive bolezni. Argument za nasprotovanje evtanaziji vidijo v možnosti zlorab, zagovarjajo pa jo ob hudem trpljenju pacienta. Večina se strinja, da ima vsak posameznik pravico sam odločati o svojem znanju. Raziskava je pokazala, da študentje ne zaupajo svojemu znanju ter da pogrešajo izkušnje s tega področja, zato bi bilo smiselno dopolniti študijsko snov s tega področja (Trupi & Bohinc, 2007).

2.6.1 Odnos tujih študentov zdravstvene nege do evtanazije

Naseh & Heidari (2017) ugotavljata negativen odnos do evtanazije študentov zdravstvene nege v Iranu, ki so bolj naklonjeni veri. Raziskava je tudi pokazala, da imajo študentje bolj poziven odnos do evtanazije kot študentke. V raziskavi, ki so jo opravili v Turčiji (2012) in je zajemala 147 študentov zdravstvene nege, so ugotovili, da

velika večina študentov ne podpira evtanazije pod nobenimi pogoji, saj je proti njihovim verskim prepričanjem. Evtanazije ne odobravajo tudi na svojih svojcih, saj ne bi mogli sprejeti takšne težke odločitve (Koç, 2012). Raziskava Aghababaei, et al. (2011) je vključevala študente zdravstvene nege v Teheranu. Ugotavljali so odnos študentov do evtanazije in korelacijo religije in osebnega prepričanja do evtanazije. Rezultati so pokazali, da večina študentov nasprotuje aktivni evtanaziji, manj pa pasivni evtanaziji. Spol ter starost nista vplivala na odločitve o evtanaziji, religija pa je vplivala na njihove odločitve o sprejemanju evtanazije.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati stališča študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja. Zanima nas tudi, ali verska pripadnost vpliva na odločanje o evtanaziji med študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. V ta namen smo si postavili naslednje cilje:

- ugotoviti, kako verska pripadnost študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin vpliva na odnos do evtanazije;
- ugotoviti stališča študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije;
- ugotoviti razumevanje študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin opustitve in odtegnitve zdravljenja;
- ugotoviti stališče študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do opustitve in odtegnitve zdravljenja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje literature ter zastavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je odnos študentov Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, glede na versko usmerjenost?
- Kakšna stališča imajo študentje Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije?
- Kako študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin razumejo pojma opustitve in odtegnitve zdravljenja?
- Kakšna stališča imajo študentje Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin do opustitve in odtegnitve zdravljenja?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Teoretični del naloge je zasnovan na pregledu tuje in domače literature. Iskanje literature je potekalo v slovenskih in svetovnih podatkovnih bazah, kot so COBISS, PubMed, Cinahl, Obzornik zdravstvene nege. Iskanje zadetkov smo omejili s ključnimi besedami: evtanazija, opustitev in odtegnitev zdravljenja, paliativna oskrba. Za tuje raziskave smo uporabili naslednje ključne besede: euthanasia, withholding treatment, withdrawing treatment. Za potrebe empiričnega dela smo izvedli raziskavo. Rezultate smo pridobili z vprašalnikom in jih analizirali s pomočjo programa Microsoft Excel in statističnega programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), verzija 20.0.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za raziskovalni instrument smo uporabili vprašalnik zaprtega tipa, ki smo ga izdelali na osnovi pregleda literature. Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih sklopov, ki smo jih oblikovali na podlagi izsledkov iz literature (Trupi & Bohinc, 2007; Ločar, 2010; Mickiewicz et al., 2012; Poreddi et al., 2013; Naseh & Heidari, 2017). V prvem sklopu smo ugotavljali demografske podatke. Ta sklop vsebuje vprašanja o spolu, letniku študija, obliki študija in verski pripadnosti. O stališčih študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije smo anketirance spraševali v drugem sklopu. V tretjem sklopu smo anketirance spraševali, kako razumejo pojma opustitev in odtegnitev zdravljenja. Odnos do opustitve in odtegnitve zdravljenja smo ugotavljali v četrtem sklopu. Vsi sklopi vsebujejo trditve, ki so jih anketiranci ocenili z ocenami od ena do pet (Likertova lestvica). Ocena pomenijo: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Zanesljivost smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa. V tabeli 1 je prikazano, da je v vseh sklopih presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi pomeni dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Cencič, et al., 2009).

Tabela 1: Test zanesljivosti

Sklop	Število vprašanj	Cronbach koeficient alfa
2. sklop	29	0,763
3. sklop	13	0,861
4. sklop	12	0,798

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo opravili na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, kjer smo anketirali študente prvega, drugega in tretjega letnika, rednega ter izrednega študija. Raziskava je potekala v mesecu juniju 2017. Razdeliti smo 200 vprašalnikov in dobili 130 pravilno izpolnjenih vprašalnikov, torej je bila realizacija 65 %. Od vseh je bilo 26 (20,0 %) anketirancev moškega, 104 (80,0 %) pa ženskega spola.

Tabela 2: Spol anketiranih

Spol	n	delež (v %)
Moški	26	20,0%
Ženski	104	80,0%
Skupaj	130	100,0%

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek

Anketirance smo vprašali po letniku izobraževanja. Izkazalo se je, da je vzorec enakomerno porazdeljen glede na letnike, saj smo v vzorec zajeli 33,1 % ali 43 anketirancev, ki so obiskovali 1. letnik, 31,5 % ali 45 anketirancev 2. letnika in 35,4 % ali 46 anketirancev, ki so bili vpisani v tretji letnik.

Tabela 3: Letnik izobraževanja anketiranih

Letnik	n	delež (v %)
1. letnik	43	33,1%
2. letnik	41	31,5%
3. letnik	46	35,4%
Skupaj	130	100,0%

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek

Anketirancev, ki so bili redno vpisani, je bilo v vzorcu 80,8 % ali 105, tistih, ki so bili vpisani izredno, pa 19,2 % ali 25.

Tabela 4: Oblika študija anketiranih

Vrsta študija	n	delež (v %)
Redni študij	105	80,8%
Izredni študij	25	19,2%
Skupaj	130	100,0%

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik smo preoblikovali v spletno anketo, s pomočjo internetnega programa (EnKlikAnketa). Anketiranje je potekalo v mesecu juliju 2017. Etičnost raziskovanja smo pridobili na komisiji za znanstveno-raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Excel, nato pa s programom Statistical Package for Social Sciences (SPSS), verzija 20.0., in jih statistično analizirali. Uporabili smo opisno in bivariatno statistiko. Statistični prikaz podatkov smo predstavili v obliki tabel. Demografske podatke smo razdelili na podlagi frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve vrednosti. V tabelah smo navedli tudi povprečne vrednosti (PV) in standardni odklon (SO) odgovorov pri celotni populaciji. Za ugotavljanje povezav med spremenljivkami smo za spol uporabili t-test za neodvisne vzorce ter za versko usmerjenost študentov enosmerno analizo variance.

3.4 REZULTATI

Zanimala nas je tudi verska pripadnost anketirancev. V vzorcu so prevladovali anketiranci, ki so se opredelili za katoličane. Teh je bilo več kot polovica oziroma 56,2 % ali 73. Sledili so anketiranci, ki so muslimanske vere. V vzorec smo jih zajeli 18,5 % ali 24. Enak odstotek anketirancev, 18,5 % ali 24, se jih je izrekel za ateiste. Manjši delež anketirancev, 6,9 % ali 9, je bilo pravoslavcev, v vzorcu pa ni bilo nobenega anketiranca judovske skupnosti. V vzorec nismo zajeli 0,8% ali 1 anketiranca, ki se je opredelil za rastafarijansko skupnost.

Tabela 5: Verska pripadnost anketiranih

Verska usmerjenost	n	delež (v %)
Katoličan	72	55,4%
Musliman	24	18,5%
Pravoslavac	9	6,9%
Jud	0	0,0%
Ateist	24	18,5%
Drugo:	1	0,8%
Skupaj	130	100,0%

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek

Anketiranci so v vsebinskem delu vprašalnika najprej ocenjevali trditve o evtanaziji, in sicer na lestvici od 1 do 5, kjer je ocena 1 pomenila, da se s trditvijo popolnoma niso strinjali, in 5, da so se s trditvijo popolnoma strinjali. Najprej smo ugotavljali, kakšen odnos imajo študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije.

Tabela 6: Stališča študentov zdravstvene nege do evtanazije

Trditev	Popolnoma se ne strinjam		Se ne strinjam		Niti se ne strinjam, niti se strinjam		Se strinjam		Popolnoma se strinjam		Skupaj		PV	SO
	n	delež (v %)	n	delež (v %)	n	delež (v %)	n	delež (v %)	n	delež (v %)	n	delež (v %)		
Človek bi moral sam odločiti o svojih pravicah do življenja.	4	3,1	5	3,8	31	23,8	42	32,3	48	36,9	130	100,0	3,96	1,02 2
Moje versko prepričanje vpliva na odnos do evtanazije.	25	19,2	35	26,9	43	33,1	13	10,0	14	10,8	130	100,0	2,66	1,21 1
Kljub verskim prepričanjem, bi se odločil/a za evtanazijo	12	9,2	19	14,6	42	32,3	27	20,8	30	23,1	130	100,0	3,34	1,24 2
Izvedba evtanazije je proti mojim verskim prepričanjem.	24	18,5	15	11,5	48	36,9	27	20,8	16	12,3	130	100,0	2,97	1,25 1
Pacienti brez upanja ne bi smeli trpeti.	2	1,5	7	5,4	33	25,4	58	44,6	30	23,1	130	100,0	3,82	0,90 2

Trditev	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	PV	SO
Pacientom z neozdravljivo boleznijo je treba dovoliti umreti.	10	7,7	8	6,2	33	25,4	56	43,1	23	17,7	130	100,0	3,57	1,09 2
Ubijanje pacientov ne spada pod pojem evtanazije.	14	10,8	11	8,5	28	21,5	46	35,4	31	23,8	130	100,0	3,53	1,24 6
Evtanazija bi morala biti legalizirana po vsem svetu.	11	8,5	10	7,7	32	24,6	39	30,0	38	29,2	130	100,0	3,64	1,22 0
Evtanazijo bi morali dobiti samo pacienti, ki so zmožni samostojno odločati o svojem življenju.	13	10,0	18	13,8	39	30,0	37	28,5	23	17,7	130	100,0	3,30	1,20 5
Življenje pacienta, ki je v dolgotrajnem vegetativnem stanju, bi moralo biti končano.	8	6,2	9	6,9	52	40,0	42	32,3	19	14,6	130	100,0	3,42	1,02 6
Uporaba evtanazije zmanjšuje zaupanje ljudi v medicino.	13	10,0	31	23,8	36	27,7	42	32,3	8	6,2	130	100,0	3,01	1,10 3
Evtanazija je prostovoljna smrt pacienta, ki ima neozdravljivo bolezen.	5	3,8	3	2,3	37	28,5	54	41,5	31	23,8	130	100,0	3,79	0,96 2
Če pacient izrazi željo za evtanazijo, bi mu zdravnik moral pomagati umreti.	6	4,6	12	9,2	39	30,0	52	40,0	21	16,2	130	100,0	3,54	1,02 0
Če pacient želi evtanazijo je treba hranjenje prekiniti.	26	20,0	29	22,3	41	31,5	29	22,3	5	3,8	130	100,0	2,68	1,14 3
Kadar pacient želi evtanazijo, ob nenadnem srčnem zastoju se potreba po oživljanju opusti.	10	7,7	15	11,5	29	22,3	51	39,2	25	19,2	130	100,0	3,51	1,15 6

Trditvev	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	PV	SO
Če bi se evtanazija legalizirala, bi si želel/a evtanazijo.	13	10,0	12	9,2	32	24,6	44	33,8	29	22,3	130	100,0	3,49	1,22 2
Odločitve o evtanazije je treba prepustiti pacientu.	4	3,1	7	5,4	28	21,5	55	42,3	36	27,7	130	100,0	3,86	0,98 6
Družino je potrebno vedno vključiti v odločanje o evtanaziji.	5	3,8	12	9,2	39	30,0	49	37,7	25	19,2	130	100,0	3,59	1,02 4
Družino se vedno vključi v odločanje o evtanaziji, če pacient ne more odločati sam o sebi.	4	3,1	6	4,6	34	26,2	56	43,1	30	23,1	130	100,0	3,78	0,95 6
O končanju življenja nezavestnih pacientov bi morala odločati družina.	11	8,5	12	9,2	43	33,1	50	38,5	14	10,8	130	100,0	3,34	1,06 8
Evtanazijo bi dovolil/a na svojih družinskih članih.	13	10,0	15	11,5	37	28,5	49	37,7	16	12,3	130	100,0	3,31	1,14 0
Pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za njihove sorodnike.	14	10,8	17	13,1	50	38,5	43	33,1	6	4,6	130	100,0	3,08	1,03 9
Pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za zdravstvene ustanove.	10	7,7	16	12,3	46	35,4	48	36,9	10	7,7	130	100,0	3,25	1,02 7
Z uveljavitvijo evtanazije bi se povečalo zlorabljanje zakonodaje.	6	4,6	13	10,0	39	30,0	56	43,1	16	12,3	130	100,0	3,48	0,99 0

Trditev	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	PV	SO
Z uveljavitvijo evtanazije bi prišlo do možnost množičnega umiranja.	11	8,5	19	14,6	40	30,8	49	37,7	11	8,5	130	100,0	3,23	1,075
Evtanazija je vrsta zločina nad pacientom.	31	23,8	25	19,2	36	27,7	31	23,8	7	5,4	130	100,0	2,68	1,228
Evtanazija je kršitev človeškega dostojanstva.	27	20,8	31	23,8	33	25,4	28	21,5	11	8,5	130	100,0	2,73	1,250
Ob kvalitetni paliativni oskrbi je evtanazija nepotrebna	9	6,9	25	19,2	37	28,5	41	31,5	18	13,8	130	100,0	3,26	1,131
Z uveljavitvijo evtanazije se bo prekinilo iskanja novih zdravil za neozdravljivo bolne.	26	20,0	29	22,3	38	29,2	29	22,3	8	6,2	130	100,0	2,72	1,194

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Za vse trditve smo izračunali tudi povprečne vrednosti in standardne odklone (glej tabelo 6). Najvišjo povprečno vrednost smo izračunali pri trditvi »Človek bi moral sam odločiti o svojih pravicah do življenja.« (PV = 3,96; SO = 1,022). Sledila je trditev »Odločitev o evtanaziji je treba prepustiti pacientu.« (PV = 3,86; SO = 0,986), kar pomeni, da so se v povprečju strinjali s trditvijo. Le nekaj manjša je bila povprečna vrednost za trditev »Pacienti brez upanja ne bi smeli trpeti.« (PV = 3,82; SO = 0,902). Podobno povprečje smo izračunali za trditvi »Evtanazija je prostovoljna smrt pacienta, ki ima neozdravljivo bolezen.« (PV = 3,79; SO = 0,962) in za trditev »Družino se vedno vključi v odločanje o evtanaziji, če pacient ne more odločiti sam o sebi.« (PV = 3,78; SO = 0,956). Najmanj so se anketiranci strinjali s trditvijo »Moje versko prepričanje vpliva na odnos do evtanazije.« (PV = 2,66; SO = 1,211), kar pomeni, da se v povprečju niso strinjali s trditvijo oz. so bili med ocenama se ne strinjam in delno se strinjam.

Preverili smo tudi, ali glede na spol in versko pripadnost obstajajo kakšne statistično značilne razlike (glej tabelo 7). Pri spolu smo uporabili t-test za dva neodvisna vzorca. Testirali smo vseh trideset trditev, a se je statistično značilna razlika pokazala samo pri eni trditvi, in sicer se moški (PV = 3,65; SO = 0,936) v povprečju bolj strinjajo s trditvijo, da pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za zdravstvene ustanove, kot ženske (PV = 3,14; SO = 1,028). T statistika znaša (T = 2,230, p = 0,023), ob upoštevanju ($p < 0,05$), kar pomeni, da lahko z zadostno gotovostjo potrdimo, da gre za statistično značilno razliko v mnenju glede na spol.

Tabela 7: Stališča študentov zdravstvene nege do evtanazije glede na spol

Trditev	Spol	n	PV	SO	t; (p.)
Pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za zdravstvene ustanove.	Moški	26	3,65	0,936	2,230; (0,023)
	Ženski	104	3,14	1,028	

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; t – T statistika; p – vrednost

Pri verski pripadnosti pa smo uporabili enosmerno analizo variance, saj smo tako lahko preverili, ali obstaja statistično značilna razlika v več skupinah (glej tabelo 8). Pri verski pripadnosti smo pričakovali več razlik v odnosu do evtanazije, kar so rezultati tudi potrdili, saj smo razlike dokazali kar pri sedmih trditvah ($p < 0,05$).

S trditvijo, da versko prepričanje vpliva na odnos do evtanazije, se nadpovprečno strinjajo anketiranci, ki so se opredelili kot katoličani (PV = 2,89; SO = 1,181) in pravoslavci (PV = 3,00; SO = 1,118), sledijo muslimani (PV = 2,46; SO = 1,414), najmanj pa se s trditvijo strinjajo ateisti (PV = 2,13; SO = 0,900). Rezultat primerjave povprečij z enosmerno analizo variance je potrdil, da gre za statistično značilne razlike (F = 3,030; p = 0,032).

Da bi se kljub verskim prepričanjem odločili za evtanazijo, se v največji meri strinjajo ateisti (PV = 3,92; SO = 1,018) ter muslimani (PV = 3,50; SO = 1,251), mnenje katoličanov je nekje vmes (PV = 3,13; SO = 1,266), v najmanjši meri pa so strinjanje izrazili pravoslavci (PV = 2,89; SO = 1,054). Rezultat primerjave povprečij z

enosmerno analizo variance je potrdil, da je razlika med povprečji statistično značilna ($F = 3,133$; $p = 0,028$).

Da je izvedba evtanazije proti njihovim verskim prepričanjem, se v največji meri strinjajo katoličani (PV = 3,24; SO = 1,193) in pravoslavci (PV = 3,11; SO = 0,601), najmanj pa ateisti (PV = 2,13; SO = 1,076). Povprečna vrednost muslimanov je nekje vmes (PV = 3,04; SO = 1,398). Rezultat primerjave povprečij z enosmerno analizo variance je potrdil, da je razlika med povprečji statistično značilna ($F = 5,346$; $p = 0,002$).

Da bi z uveljavitvijo evtanazije prišlo do možnosti množičnega umiranja, so najbolj v skrbeh pravoslavci (PV = 3,67; SO = 0,500) ter katoličani (PV = 3,40; SO = 1,083). Povprečni vrednosti ateistov in muslimanov sta opazno nižji, pri prvih omenjenih je (PV = 2,92; SO = 0,881), pri drugih pa (PV = 2,88; SO = 1,262). Razlika v povprečjih med skupinami je statistično značilna ($F = 2,756$; $p = 0,045$). Podoben rezultat smo dobili pri trditvi, da je evtanazija kršitev človeškega dostojanstva ($F = 3,256$; $p = 0,024$).

S trditvijo, da je ob kakovostni paliativni oskrbi evtanazija nepotrebna, se nadpovprečno strinjajo anketiranci, ki so se opredelili kot katoličani (PV = 3,60; SO = 1,134) in pravoslavci (PV = 3,56; SO = 0,882). Najmanj se s trditvijo strinjajo ateisti (PV = 2,54; SO = 0,932) in muslimani (PV = 2,96; SO = 0,908). Rezultat primerjave povprečij z enosmerno analizo variance je potrdil, da gre za statistično značilne razlike ($F = 7,714$; $p = 0,000$).

Podoben rezultat smo dobili pri trditvi, da se bo z uveljavitvijo evtanazije prekinilo iskanje novih zdravil za neozdravljivo bolne ($F = 4,032$; $p = 0,009$).

Lahko trdimo, da med verskim prepričanjem obstaja razlika v mnenju do evtanazije. Študentje, ki so se opredelili za katoličane in pravoslavce, so večkrat proti evtanaziji kot ateisti in muslimani.

Tabela 8: Stališča študentov do evtanazije glede na versko pripadnost

Trditev	Verska usmerjenost	n	PV	SO	F; (p)
Moje versko prepričanje vpliva na odnos do evtanazije.	Katoličan	72	2,89	1,181	3,030; (0,032)
	Musliman	24	2,46	1,414	
	Pravoslavac	9	3,00	1,118	
	Ateist	24	2,13	0,900	
	Skupaj	129	2,67	1,207	
Kljub verskim prepričanjem bi se odločil/a za evtanazijo.	Katoličan	72	3,13	1,266	3,133; (0,028)
	Musliman	24	3,50	1,251	
	Pravoslavac	9	2,89	1,054	
	Ateist	24	3,92	1,018	
	Skupaj	129	3,33	1,238	
Izvedba evtanazije je proti mojim verskim prepričanjem.	Katoličan	72	3,24	1,193	5,346; (0,002)
	Musliman	24	3,04	1,398	
	Pravoslavac	9	3,11	0,601	
	Ateist	24	2,13	1,076	
	Skupaj	129	2,98	1,244	
Z uveljavitvijo evtanazije bi prišlo do možnost množičnega umiranja.	Katoličan	72	3,40	1,083	2,756; (0,045)
	Musliman	24	2,88	1,262	
	Pravoslavac	9	3,67	0,500	
	Ateist	24	2,92	0,881	
	Skupaj	129	3,23	1,079	
Evtanazija je kršitev človeškega dostojanstva.	Katoličan	72	,99	1,284	3,256; (0,024)
	Musliman	24	2,33	1,049	
	Pravoslavac	9	3,11	1,054	
	Ateist	24	2,29	1,197	
	Skupaj	129	2,74	1,245	
Ob kvalitetni paliativni oskrbi je evtanazija nepotrebna.	Katoličan	72	3,60	1,134	7,714; (0,000)
	Musliman	24	2,96	0,908	
	Pravoslavac	9	3,56	0,882	
	Ateist	24	2,54	0,932	
	Skupaj	129	3,28	1,118	
Z uveljavitvijo evtanazije se bo prekinilo iskanja novih zdravil za neozdravljivo bolne.	Katoličan	72	2,96	1,250	4,032; (0,009)
	Musliman	24	2,33	1,090	
	Pravoslavac	9	3,22	0,833	
	Ateist	24	2,21	1,021	
	Skupaj	129	2,72	1,199	

Legenda: **n** – število anketirancev; **PV** – povprečna vrednost; **SO** – standardni odklon; **F** – testna statistika; **p** – vrednost

V nadaljevanju, smo želeli ugotoviti, kako študentje Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin razumejo pojma opustitve in odtegnitve zdravljenja.

Tabela 9: Razumevanje pojmov opustitve in odtegnitve zdravljenja

Trditev	Popolno ma se ne strinjam		Se ne strinjam		Niti se ne strinjam, niti se strinjam		Se strinjam		Popolno ma se strinjama		Skupaj		PV	SO
	n	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)		
Opustitev in odtegnitev zdravljenja sta enakovredni.	10	7,7	28	21,5	51	39,2	38	29,2	3	2,3	130	100,0	2,97	0,956
Opustitev zdravljenja pomeni prekinitev vseh nadaljnjih postopkov zdravljenja.	4	3,1	8	6,2	24	18,5	84	64,6	10	7,7	130	100,0	3,68	0,828
Opustitev zdravljenja vključuje tudi opustitev vseh temeljno življenjskih aktivnosti	16	12,3	33	25,4	26	20,0	51	39,2	4	3,1	130	100,0	2,95	1,127
Z opustitvijo zdravljenja se prekine oskrba pacienta.	26	20,0	30	23,1	26	20,0	44	33,8	4	3,1	130	100,0	2,77	1,204
Ne uvajanje dodatnega zdravljenja je enako opustitev zdravljenja.	12	9,2	19	14,6	47	36,2	47	36,2	5	3,8	130	100,0	3,11	1,013
Opustitev zdravljenja se preneha s posegi za ohranjanje življenja.	8	6,2	16	12,3	34	26,2	66	50,8	6	4,6	130	100,0	3,35	0,971
Odtegnitev zdravljenja pomeni ukinitvev zdravljenja, ki ga pacient že prejema.	3	2,3	14	10,8	41	31,5	65	50,0	7	5,4	130	100,0	3,45	0,846
Navodilo »ne oživljaj« spada v odtegnitev zdravljenja.	8	6,2	13	10,0	34	26,2	68	52,3	7	5,4	130	100,0	3,41	0,962
Z odtegnitvijo zdravljenja se prekine oskrba pacienta.	16	12,3	26	20,0	34	26,2	51	39,2	3	2,3	130	100,0	2,99	1,089

Trditev	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	PV	SO
Prekinitev hidracije spada pod odtegnitev zdravljenja.	15	11,5	23	17,7	37	28,5	52	40,0	3	2,3	130	100,0	3,04	1,067
Prekinitev umetnega hranjenja spada pod odtegnitev zdravljenja.	12	9,2	12	9,2	41	31,5	61	46,9	4	3,1	130	100,0	3,25	0,999
Po opustitvi zdravjenja pacienta, se nadaljuje paliativno zdravljenje.	3	2,3	8	6,2	39	30,0	73	56,2	7	5,4	130	100,0	3,56	0,788
Po odtegnitvi zdravljenja pacienta, se nadaljuje paliativno zdravljenje	3	2,3	13	10,0	41	31,5	65	50,0	8	6,2	130	100,0	3,48	0,846

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Če pogledamo povprečne vrednosti za trditve v tem sklopu trditev (glej tabelo 9), lahko ugotovimo, da so se anketiranci najbolj strinjali s trditvijo »Opustitev in odtegnitev zdravljenja sta enakovredni.« (PV = 3,68; SO = 0,956), kar pomeni, da so se anketiranci v povprečju nagibali k strinjanju s trditvijo. S povprečno vrednostjo 3,56 in standardnim odklonom 0,788 je sledila trditev »Po opustitvi zdravljenja pacienta se nadaljuje paliativno zdravljenje.« in nato »Po odtegnitvi zdravljenja pacienta, se nadaljuje paliativno zdravljenje.« (PV = 3,48; SO = 0,846).

Najmanjšo povprečno vrednost smo izračunali za trditev »Z opustitvijo zdravljenja se prekine oskrba pacienta.«, kar pomeni, da so se s to trditvijo anketiranci najmanj strinjali (PV = 2,77; SO = 1,204), vendar so glede na visok standardni odklon mnenja razpršena in neenotna. Nižje stopnje strinjanja pa smo zabeležili še pri trditvah »Z odtegnitvijo zdravljenja se prekine oskrba pacienta.« (PV = 2,99; SO = 1,089), »Opustitev in odtegnitev zdravljenja sta enakovredni.« (PV = 2,97; SO = 0,956) ter »Opustitev zdravljenja vključuje tudi opustitev vseh temeljnih življenjskih dejavnosti.« (PV = 2,95; SO = 1,127).

Tudi za trditve drugega sklopa smo opravili t-teste za vse trditve glede na spol ter enosmerno analizo variance za vse trditve glede na versko pripadnost. Pri niti eni trditvi nam ni uspelo dokazati statistično značilnih razlik v povprečnih ocenah glede na ti dve neodvisni spremenljivki. Pri sklopu »Razumevanje pojmov opustitve in odtegnitve zdravljenja« torej ni statistično značilnih razlik glede na spol in versko pripadnost.

Na koncu, pri tretjem in s tem tudi zadnjem sklopu vprašanj, smo želeli ugotoviti stališča študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do opustitve in odtegnitve zdravljenja.

Tabela 10 prikazuje osnovno statistiko glede stališča študentov do opustitve in odtegnitve zdravljenja. Študentje menijo, da je pomanjkanje ozaveščenosti glavni razlog, da se pacienti ne odločajo za prenehanje aktivnega zdravljenja (PV = 3,62; SO = 0,830), ter da bi se pacienti morali sami odločati za takšno vrsto zdravljenja (PV = 3,58; SO = 0,834).

Skoraj polovica študentov bi se odločila za eno izmed oblik prenehanja zdravljenja v primeru hudih možganskih okvar. Večina študentov ni nikoli sodelovala v timu, ki je odločal o opustitvi ali odtegnitvi zdravljenja (PV = 2,56; SO = 1,282).

Tabela 10: Stališča študentov do opustitve in odtegnitve zdravljenja

Trditev	Popolnom a se ne strinjam		Se ne strinjam		Niti se ne strinjam, niti se strinjam		Se strinjam		Popolnom a se strinjam		Skupaj		PV	SO
	n	delež (%)	N	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)	n	delež (%)		
Eden od glavnih razlogov, da se pacienti ne odločajo za prenehanje aktivnega zdravljenja je pomanjkanje ozaveščenosti o tem.	4	3,1	4	3,1	43	33,1	66	50,8	13	10,0	130	100,0	3,62	0,830

Trditev	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	PV	SO
O prenehanju aktivnega zdravljenja bi se morali odločiti samo pacienti, saj gre za njihova življenja.	1	0,8	9	6,9	51	39,2	52	40,0	17	13,1	130	100,0	3,58	0,834
Že ob zdravih dnevih svojega življenja bi se odločil/a da me v primeru hudih možganskih okvar ne vzdržujejo pri življenju z umetnim predihavanjem.	8	6,2	12	9,2	30	23,1	58	44,6	22	16,9	130	100,0	3,57	1,071
Že ob zdravih dnevih svojega življenja bi se odločil/a da me v primeru hudih možganskih okvar ne oživljajo.	7	5,4	12	9,2	38	29,2	48	36,9	25	19,2	130	100,0	3,55	1,072
Če bi lahko odločal/a bi pri pacientih, ki so v komi več kot 10 let prenehal aktivno zdravljenje.	9	6,9	6	4,6	33	25,4	68	52,3	14	10,8	130	100,0	3,55	0,989
Ob dolgotrajnem trpljenju družinskega člana bi se v njegovem imenu odločil/a, da se ga v primeru zastoja srca ne oživlja.	9	6,9	11	8,5	41	31,5	52	40,0	17	13,1	130	100,0	3,44	1,049
Če bi izvedel/a, da sem zbolel/a za neozdravljivo boleznijo, bi v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja želel/a izvajanje dodatnih preiskav.	4	3,1	18	13,8	40	30,8	53	40,8	15	11,5	130	100,0	3,44	0,973

Trditvev	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	PV	SO
Ob hudem dolgotrajnem trpljenju bi si želel/a prekinitvev umetnega hranjenja.	9	6,9	14	10,8	39	30,0	51	39,2	17	13,1	130	100,0	3,41	1,069
Prenehanje aktivnega zdravljenja je humana odločitev.	4	3,1	12	9,2	57	43,8	46	35,4	11	8,5	130	100,0	3,37	0,882
Če bi izvedel/a, da sem zbolel/a za neozdravljivo boleznijo, bi v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja želel/a, da prenehajo zdravljenje z zdravili.	12	9,2	23	17,7	42	32,3	47	36,2	6	4,6	130	100,0	3,09	1,045
Če bi bil kdo od mojih svojcev po prometni nesreči že dalj časa v komi, bi se v njegovem imenu odločil/a naj se preneha z uvajanjem hranjenja.	17	13,1	18	13,8	42	32,3	45	34,6	8	6,2	130	100,0	3,07	1,122
Pri svojem praktičnem delu sem sodeloval/a v timu, ki je odločal o opustitvi ali odtegnitvi zdravljenja.	36	27,7	32	24,6	22	16,9	33	25,4	7	5,4	130	100,0	2,56	1,282

Legenda: n – število anketirancev; % - odstotek; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam

Preverili smo tudi, ali glede na spol in versko pripadnost obstajajo kakšne statistično značilne razlike. Pri spolu smo uporabili t-test za dva neodvisna vzorca in vse trditve tega sklopa, a se statistično značilna razlika ni pokazala pri nobeni trditvi.

Da bi se že ob zdravih dnevih svojega življenja odločili, da jih v primeru hudih možganskih okvar ne vzdržujejo pri življenju z umetnim predihavanjem (glej tabelo 11),

se nadpovprečno strinjajo, glede na versko pripadnost, ateisti (PV = 3,96; SO = 0,859) ter pravoslavci (PV = 3,89; SO = 0,601), podpovprečno pa muslimani (PV = 3,13; SO = 1,393). Razlika v povprečjih med skupinami je statistično značilna (F = 2,803; p = 0,043). S trditvijo »Če bi bil kdo od mojih svojcev po prometni nesreči že dalj časa v komi, bi se v njegovem imenu odločil/a, naj se preneha z uvajanjem hranjenja.« se, glede na versko pripadnost, nadpovprečno strinjajo ateisti (PV = 3,63; SO = 0,770) ter katoličani (PV = 3,13; SO = 1,087), podpovprečno pa pravoslavci (PV = 3,00; SO = 1,000) ter muslimani (PV = 2,38; SO = 1,279). Rezultat primerjave povprečij z enosmerno analizo variance je potrdil, da gre za statistično značilne razlike (F = 5,603; p = 0,001). Lahko trdimo, da obstaja razlika med verskimi pripadnostmi in da so študentje, ki so se opredelili za ateiste, bolj naklonjeni eni izmed oblik prenehanja aktivnega zdravljenja.

Tabela 11: Stališča študentov do opustitve in odtegnitve zdravljenja glede na versko pripadnost

Trditev	Verska usmerjenost	n	PO	SO	F; (p)
Že ob zdravih dnevih svojega življenja bi se odločil/a da me v primeru hudih možganskih okvar ne vzdržujejo pri življenju z umetnim predihavanjem.	Katoličan	72	3,56	1,019	2,803; (0,043)
	Musliman	24	3,13	1,393	
	Pravoslavac	9	3,89	0,601	
	Ateist	24	3,96	0,859	
	Skupaj	129	3,57	1,074	
Če bi bil kdo od mojih svojcev po prometni nesreči že dalj časa v komi, bi se v njegovem imenu odločil/a naj se preneha z uvajanjem hranjenja.	Katoličan	72	3,13	1,087	5,603; (0,001)
	Musliman	24	2,38	1,279	
	Pravoslavac	9	3,00	1,000	
	Ateist	24	3,63	0,770	
	Skupaj	129	3,07	1,126	

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečna vrednost; SO – standardni odklon; F – testna statistika; p – vrednosti

3.5 RAZPRAVA

Namen diplomskega dela je raziskati stališča študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja. Zanima nas tudi, ali verska pripadnost vpliva na odločanje o evtanaziji med študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Glede na pridobljene rezultate lahko odgovorimo na prvo raziskovalno

vprašanje, ki se glasi: »Kakšen je odnos študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, glede na versko usmerjenost?« Ugotavljamo, da študentje, ki so se opredelili za katoličane, največkrat menijo, da njihovo versko prepričanje vpliva na odnos do evtanazije. Sledijo jim pravoslavci, muslimani ter ateisti. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Aghababaei, et al. (2011), ki so ugotovili, da religija vpliva na odločitve o evtanaziji pri teheranskih študentih zdravstvene nege. Naseh & Heidari (2017) ugotavljata negativen odnos do evtanazije študentov zdravstvene nege v Iranu, ki so bolj naklonjeni veri. Študentje pa imajo bolj pozivni odnos do evtanazije kot študentke. Rimskokatoliška cerkev meni, da tako kot rojstvo tudi smrt predstavlja naraven način življenja. Meni, da je treba človeku v zadnjem stadiju življenja nuditi občutenje, deljenje in sočutje bolečine z moralno in psihično podporo. V sveti knjigi Koran je predpisano, da zdravniki lahko odklopijo pacienta od naprav šele, ko je smrt neizogibna (Podobnik, 2015). Študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, ki so se opredelili kot muslimani in ateisti, bi se kljub verskemu prepričanju odločili za izvedbo evtanazije, v najmanjši meri pa bi se za to katoličani in pravoslavci. Da je izvedba evtanazije proti njihovim verskim prepričanjem, so najbolj prepričani katoličani, najmanj pa ateisti. Mnenje pravoslavcev ter muslimanov je nekje vmes. Tudi Koç (2012) ugotavlja, da imajo študentje zdravstvene nege na eni izmed turških fakultet negativen odnos do evtanazije, saj večina evtanazije ne podpira pod nobenimi pogoji, saj je proti njihovim verskim prepričanjem. Da je ob kakovostni paliativni oskrbi evtanazija nepotrebna, se največkrat strinjajo katoličani ter pravoslavci, sledijo jim študentje, ki so se opredelili za ateiste in muslimane. Do podobnih ugotovitev sta prišla tudi Masser & Mysoon (2015), ki navajata, da študentje v Gazi podpirajo pomen izobraževanja na področju paliativne oskrbe na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. Ugotovili smo, da obstaja statistična pomembnost med veroizpovedjo in evtanazijo študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Študentje, ki so se opredelili za eno od verskih pripadnosti, so manj nagnjeni k evtanaziji kot študentje, ki niso versko opredeljeni.

Drugo raziskovalno vprašanje se je glasilo: »Kakšna stališča imajo študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije?« Ugotavljamo, da se največ študentov strinja, da je odločitev o evtanaziji treba prepustiti pacientu in da odločitve družine

namesto pacienta niso sprejemljive. V večji meri se študentje strinjajo, da bi morala biti evtanazija legalizirana po vsem svetu in tudi sami bi se odločili za evtanazijo v primeru poslabšanja neozdravljive bolezni. Paciente, ki imajo neozdravljivo bolezen in so brez upanja ali pa so v dolgotrajnem vegetativnem stanju, bi večina anketirancev prenehala zdraviti. Poreddi, et al. (2013) ugotavljajo, da medicinske sestre v Indiji podpirajo legalizacijo evtanazije ter da je treba paciente v terminalnem stadiju pustiti umreti naravne smrti. Vendar izvajanja evtanazije na lastnem telesu ne odobravajo. Na drugi strani Mickiewics, et al. (2012) ugotavljajo, da študentje na Poljskem v večini nasprotujejo aktivni evtanaziji. Legalizacijo evtanazije podpirajo, vendar pod posebnimi pogoji, in eno od oblik evtanazije vidijo v odtegnitvi aparatov, ki paciente ohranjajo pri življenju. Ugotavljamo, da se moški študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin bolj strinjajo, da pacienti v terminalnem stanju predstavljajo breme zdravstvenim ustanovam, kot ženske, niso pa prepričani, da takšni pacienti predstavljajo breme za njihove sorodnike.

Tretje raziskovalno vprašanje je bilo: »Kako študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin razumejo pojma opustitve in odtegnitve zdravljenja?« Ugotavljamo, da študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin niso dobro seznanjeni z definicijami opustitve in odtegnitve zdravljenja. Študentje menijo, da se z opustitvijo in odtegnitvijo zdravljenja opustijo vse temeljne življenjske dejavnosti ter prekine oskrba pacienta. Grošelj, et al. (2013) ugotavljajo, da večina zdravstvenih delavcev meni, da sta ti dve obliki zdravljenja primerljivi, če ne gre za namerno povzročitev smrti pacienta. Zwitter (2015) ugotavlja, da smrt Eluane Englaro, ko je sodišče odločilo odtegniti hrano in tekočino, ni odtegnitev nesmiselnega zdravljenja, ampak pospešitev smrti iz usmiljenja. V naši raziskavi smo ugotovili pomanjkanje osveščenosti študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o prenehanju aktivnega zdravljenja, zato menimo, da so potrebna dodatna izobraževanja na področju paliativne oskrbe.

Pri zadnjem, četrtem raziskovalnem vprašanju smo želeli ugotoviti, kakšna stališča zavzemajo študentje Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin do opustitve in odtegnitve zdravljenja. Ugotavljamo, da se študentje strinjajo, da je pomanjkanje ozaveščenosti o prenehanju aktivnega zdravljenja eden izmed razlogov, da se pacienti ne odločajo za

takšno obliko zdravljenja. Menijo, da bi morali o svojem zdravljenju odločati samo pacienti, saj gre za njihova življenja. Prenehanje aktivnega zdravljenja imajo za humano odločitev. Anketiranci so navedli, da bi dovolili eno od oblik prenehanja aktivnega zdravljenja v primeru, če bi imeli hude možganske okvare. Tudi prenehanje aktivnega zdravljenja pri družinskih članih podpirajo. Grošelj (2014) ugotavlja, da v slovenskem prostoru ni veliko raziskanega na področju opustitve in odtegnitve zdravljenja. Slovenski intenzivisti (zdravniki v enoti intenzivne terapije) menijo, da je prenehanje aktivnega zdravljenja etično sprejemljiva odločitev, vendar nista etično enaki odločitvi. Delež odločanja o prenehanju aktivnega zdravljenja v slovenskih enotah za intenzivno medicino je občutno nižji na število sprejetih in umrlih pacientov. Ugotovili smo, da obstajajo statistične razlike glede verske usmerjenosti med študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Študentje, ki so se opredelili za ateiste, so največkrat menili, da želijo, da jih v primeru hudih možganskih okvar ne vzdržujejo pri življenju z umetnim predihavanjem. Sledijo jim pravoslavci, katoličani in muslimani. Pri odločitvi o prekinitvi umetnega hranjenja njihovih svojcev so se najbolj strinjali ateisti, najmanj pa muslimani, katoličani ter pravoslavci. Študentje so navedli, da še niso bili prisotni v timu, ki je odločal o prenehanju aktivnega zdravljenja.

Raziskava, ki smo jo opravili, je imela nekaj omejitev. Omejitve naše raziskave je bila velikost vzorca. Če bi imeli večji vzorec študentov, bi dobili realnejše rezultate, saj obstaja možnost nezainteresiranosti študentov, ki so odgovarjali na vprašalnik. Lahko bi tudi primerjali odnos študentov iz drugih zdravstvenih fakultet in s tem pridobili rezultate za celotno populacijo študentov zdravstvene nege. Za nadaljevanje raziskave bi nas zanimalo, kakšno je znanje študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin o evtanaziji, opustitvi in odtegnitvi zdravljenja, saj nekateri odgovori temeljijo na neznanju o tej tematiki. Problem nam je predstavljala literatura, saj o opustitvi in odtegnitvi zdravljenja ni veliko raziskanega, niti v raziskave niso vključeni študenti zdravstvenih fakultet. Zanimivo bi bilo podobno raziskavo ponoviti čez nekaj let in ugotoviti, ali se je odnos študentov v tem času spremenil.

4 ZAKLJUČEK

Ljudje se umiranja bojijo bolj kot smrti, saj vedo, da proces umiranja ob trpljenju in v bolečinah predstavlja neizbežen izhod. Evtanazija je še vedno tabu tema tako v svetu kot pri nas. V današnjem času se vse več govori o tej tematiki, kar je tudi prav, saj velika večina umirajočih pacientov želi hitro skrajšanje trpljenja ter bolečine. Večina zdravstvenih delavcem pravi, da je ob kakovostni paliativni oskrbi želja pacientov po evtanaziji nepotrebna. Prenehanje aktivnega zdravljenja postaja vse bolj priljubljena oblika zdravljenja, saj obstaja velika razlika med evtanazijo, ki pomeni apliciranje zdravila, ki ga aplicira zdravnik ter s tem povzroči namerno smrt, in opustitvijo in odtegnitvijo zdravljenja, ko pacient umre naravne smrti.

Rezultati naše izvedene raziskave kažejo, da imajo študentje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin pozitiven odnos do evtanazije, saj se strinjajo, da bi morala biti evtanazija legalizirana po svetu in tudi sami bi si želeli evtanazijo v primeru hudega trpljenja ter bolečin. Pravijo tudi, da je pacient dolžan sam odločati o svojem življenju ter zdravljenju, če je tega zmožen, drugače je pa treba v nadaljnje odločitve zdravljenja vključiti družino. Tudi njihov odnos do opustitve in odtegnitve zdravljenja je pozitiven, saj menijo, da bi se morali že, ko smo zdravi, odločiti za eno izmed oblik prenehanja aktivnega zdravljenja v primeru slabe kakovosti življenja. Odločili bi se tudi za prenehanje zdravljenja svojih družinskih članov, iz česar lahko sklepamo, da podpirajo ti dve obliki zdravljenja.

Menimo, da bi bile potrebne dodatne raziskave znanja študentov zdravstvene nege v slovenskem prostoru s področja evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja, saj je izvedenih premalo raziskav, kar je posledica slabega primerjanja z mednarodnimi raziskavami.

5 LITERATURA

Aghababaei, N., Hatami, J. & Rostami, R., 2011. The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude toward euthanasia. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 4(1), pp. 23-32.

Benedik, J., 2011. *Oskrba bolnika ob koncu življenja*. *Onkologija*, 15(1), pp. 52-58.

Bernheim, J., Deschepper, R., Distelmans, W., Mullie, A., Bilsen, J. & Deliens, L., 2008. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy. *British Medical Journal*, 336(7649), pp. 864-867.

Bezenšek, J. & Barle, A., 2007. *Poglavje iz sociologije medicine*. Medicinska fakulteta. Maribor: Medicinska fakulteta.

Bogdanić, M. & Rakić, J., 2014. Eutanazija. *Pravne teme*, 3, pp. 219-224.

Brown, S., Elliott, G. & Paine, R., 2013. Withdrawal of nonfutile life support after attempted suicide. *The American Journal of Bioethics*, 13(3), pp. 3-12.

Cencič, M., Čagran, B. & Ivanuš-Grmek, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo, p. 49.

Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. & Chambaere, K., 2016. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *Canadian Medical Association Journal*, 188(16), pp. 407-414.

Ebert Moltara, M., 2014. *Paliativna oskrba*. *Onkologija*, 18(1), pp. 53-55.

Efstathiou, N. & Walker, W., 2014. Intensive care nurses experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 3188-3196.

Ferrell, B., Dahlin, C., Campbell, M., Paice, J., Malloy, P. & Virani, R., 2007. End-of-life nursing education consortium training program: improving palliative care in critical care, *Critical Care Nursing Quarterly*, 30(3), pp. 206-212.

Figelj, M., 2015. Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja-odgovor prof. dr. Matjažu Zwitteru, dr. med. *Glasiilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 10, pp. 34-36.

Gielen, J., Branden, S., Lersel, T. & Broeckaeart, B., 2009. Flemish palliative care nurses attitudes toward euthanasia: a quantitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(10), pp. 488-497.

Goršak Lovšin, V., 2012. Paliativna oskrba starih ljudi. In: E. Kavaš, ed. *Zdravstvena nega-z dokazi v prakso. Murska Sobota, december 2012*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 71-81.

Grošek, Š. & Grošelj, U., 2015. Definicije. In: Š. Grošek, U. Grošelj & M. Oražem, eds. *Etična priporočila za odločanje o zdravljenju in paliativni oskrbi bolnika ob koncu življenja v intenzivni medicini*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 16-17.

Grošelj, U., 2014. Etični vidiki prenehanja neutemeljenega zdravljenja v enotah za intenzivno medicino- slovenske raziskave. *Medicinski razgledi*, 53(4), pp. 49-51.

Grošelj, U., Oražem, M., Trontelj, J. & Grošek, Š., 2013. Etične dileme ob koncu življenja v intenzivni medicini. *Zdravniški Vestnik*, 82, pp. 589-601.

Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B., Rurup, M., Buiting, H., Delden, J. & Hanssen-de Wolf, J., 2007. End-of-life practices in the Netherlands under the euthanasia act. *The New England Journal of Medicine*, 356(19), pp. 1957-1965.

Inghelbrech, E., Bilsen, J., Mortier, F. & Deliens, L., 2009. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: a nationwide study in Flanders, Belgium. *International Journal of Nursing Studies*, 46(9), pp. 1209-1218.

Jafari, M., Rafiei, H., Nassehi, A., Soleimani Farzaneh, S., Arab, M. & Reza Noormohamedi, M., 2015. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), pp. 192-197.

Kastelic, S., 2013. *Kazenskopravni vidiki zdravniške evtanazije: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Koç, A., 2012. Nursing students' attitudes towards euthanasia: a study in Yozgat, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 5(1), pp. 66-73.

Kralj, B., 2016. Pravica do življenja spodbuda za razmislek. In: B. Filej, ed. 4. *mednarodna znanstvena konferenca: Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka. Humanistične, družboslovne in druge aktualne teme postmoderne družbe – zbornik prispevkov z recenzijo. Maribor, 11.-12. marec 2016*. Maribor: Alma Mater Europaea, pp. 82-87.

Ločan, J., 2010. *Evtanazija in medicinska sestra: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Lunder, U., 2011. Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. In: U. Lunder, ed. *Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice. Ljubljana, 3. februar 2011*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, pp. 6-10.

Mickiewicz, I., Krajewska-Kulak, E., Kulak, W. & Lewko, J., 2012. Attitudes towards euthanasia among health workers, students and family members of patients in hospice in north-eastern Poland. *Progress in Health Sciences*, 2(1), pp. 81-88.

Naseh, L. & Heidari, M., 2017. The attitudes of nursing students to euthanasia. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2(1), pp. 20-12.

Nasser, I. & Mysoon, K., 2015. Attitude of Palestinian nursing students toward caring for dying patients. *Journal of Holistic Nursing*, 34(2), pp. 193-199.

Peternej, A., 2010. Paliativna oskrba ne sme biti prezrta pravica pacientov z napreduvalo kronično boleznijo. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 162.

Podobnik, J., 2015. *Evtanazija: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska Fakulteta.

Poreddi, V., Nagarajaiah, K., Reddemma, K., & Bada Math, S., 2013. Euthanasia: the perceptions of nurses in India. *International Joournal od Palliative Nursing*, 19(4), pp. 187-193.

Rietjens, J., Maas, P., Onwuteaka-Philipsen, B., Delden, J. & Heide, A., 2009. Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt what questions remain. *Journal of bioethical inquiry*, 6(3), pp. 271-283.

Shekelle, P., 2013. Nurse-Patient ratios as a patient safety strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), pp. 404-410.

Trontelj, J., 2014. Vprašanja o zdravniškem ukrepanju ob koncu življenja vse bolj vznemirjajo. *Medicinski razgledi*, 55(4), pp. 5-13.

Trupi, M. & Bohinc, M., 2007. Odnos študentov zdravstvene nege do hudo bolnih, umirajočih in evtanazije. *Obzornik zdravstvene nege*, 41, pp. 25-31.

Urbančič, V., 2006. Pogled pravnika na evtanazijo. *Medicinski mesečnik*, 2(6-7), pp. 206-213.

Voga, G., 2011. Opustitev in prenehanje zdravljenja-medicinski vidik. In: Š. Grosek, ed. *Medicinska etika v intenzivni medicini. Ljubljana, marec 2011*. Ljubljana: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, pp. 47-51.

Wallerstedt, B. & Andershed, B., 2007. Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), pp. 32-40.

Woods, M. & Bickley Asher, J., 2015. Nurses and the euthanasia debate: reflections from New Zealand. *International Nursing Review*, 62(1), pp. 13-18.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zwitter, M., 2015. Etične dileme ob odtegnitvi nesmiselnega intenzivnega zdravljenja. *Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 8-9, pp. 44-45.

Žerdoner, L., Časl, L. & Krt, M., 2015. Paliativna oskrba v Bolnišnici Topolšica. In: K. Remic Novak, V. Potočnik Kranjc, eds. *Dnevi paliativne oskrbe. Velenje, 7.-2. oktober 2015*. Velenje: Zdravstveni dom Velenje, Mestna občina Velenje, pp. 45-49.

Živković, M., 2015. Pravo na život i eutanazija. *PRAVO-teorija i praksa*, 4-6, pp. 54-56.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Sem Semir Mujkić, absolvent Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom »Odnos študentov zdravstvene nege do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja«, pod mentorstvom mag. Mirana Remsa, viš. pred. Namen diplomskega dela je raziskati stališča študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do evtanazije, opustitve in odtegnitve zdravljenja. Zanima nas tudi, ali verska pripadnost vpliva na odločanje o evtanaziji med študenti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Vprašalnik je anonimen, rezultati pa mi bodo v pomoč pri izdelavi raziskovalnega dela diplomskega dela. Rezultati bodo uporabljeni le v študijske namene in predstavljeni v diplomskem delu. Na vprašanja v prvem sklopu odgovarjajte tako, da obkrožite črko ali dopolnite manjkajoči prostor. V drugem, tretjem in četrtem sklopu vprašalnik vsebuje različne trditve, kjer se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5 (Likertova lestvica), kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

Prosim Vas, da izpolnite anketo in mi pomagata pri izdelavi diplomskega dela. Za sodelovanje se Vam že vnaprej zahvaljujem. Za dodatne informacije me lahko kontaktirate na elektronski naslov: semir92@gmail.com

Sklop 1: Demografski podatki:

1. Spol:

- a) Ženski
- b) Moški

2. Letnik izobraževanja:

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.

3. Oblika študija:

- a) Redni študij
- b) Izredni študij

4. Verska usmerjenost

- a) Katoličan
- b) Musliman
- c) Pravoslavec
- d) Jud
- e) Ateist
- f) Drugo: _____

Sklop 2: Stališča študentov zdravstvene nege do evtanazije.

Preberite naslednje trditve in obkrožite, v kakšni meri se strinjate oziroma ne strinjate z posameznimi trditvami, pri čemer 1 pomeni – popolnoma se ne strinjam, 2 pomeni – se ne strinjam, 3 pomeni – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 pomeni – se strinjam, 5 pomeni – popolnoma se strinjam.

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Človek bi moral sam odločiti o svojih pravicah do življenja.	1	2	3	4	5
Moje versko prepričanje vpliva na odnos do evtanazije.	1	2	3	4	5
Kljub verskim prepričanjem bi se odločil/a za evtanazijo.	1	2	3	4	5
Izvedba evtanazije je proti mojim verskim prepričanjem.	1	2	3	4	5
Pacienti brez upanja ne bi smeli trpeti.	1	2	3	4	5

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Ubijanje pacientov ne spada pod pojem evtanazije.	1	2	3	4	5
Evtanazija bi morala biti legalizirana po vsem svetu.	1	2	3	4	5
Evtanazijo bi morali dobiti samo pacienti, ki so zmožni samostojno odločati o svojem življenju.	1	2	3	4	5
Življenje pacienta, ki je v dolgotrajnem vegetativnem stanju, bi moralo biti končano.	1	2	3	4	5
Uporaba evtanazije zmanjšuje zaupanje ljudi v medicino.	1	2	3	4	5
Evtanazija je prostovoljna smrt pacienta, ki ima neozdravljivo bolezen.	1	2	3	4	5
Če pacient izrazi željo za evtanazijo, bi mu zdravnik moral pomagati umreti.	1	2	3	4	5
Če pacient želi evtanazijo je treba hranjenje prekiniti.	1	2	3	4	5
Kadar pacient želi evtanazijo, ob nenadnem srčnem zastoju se potreba po oživljanju opusti.	1	2	3	4	5
Če bi se evtanazija legalizirala, bi si želel/a evtanazijo.	1	2	3	4	5
Odločitev o evtanaziji je treba prepustiti pacientu.	1	2	3	4	5
Družino je potrebno vedno vključiti v odločanje o evtanaziji.	1	2	3	4	5
Družino se vedno vključi v odločanje o evtanaziji, če pacient ne more odločati sam o sebi.	1	2	3	4	5
O končanju življenja nezavestnih pacientov bi morala odločati družina.	1	2	3	4	5
Evtanazijo bi dovolil/a na svojih družinskih članih.	1	2	3	4	5
Pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za njihove sorodnike.	1	2	3	4	5

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Pacienti v terminalnem obdobju predstavljajo breme za zdravstvene ustanove.	1	2	3	4	5
Z uveljavitvijo evtanazije bi prišlo do možnost množičnega umiranja.	1	2	3	4	5
Evtanazije je vrsta zločina nad pacientom.	1	2	3	4	5
Evtanazija je kršitev človeškega dostojanstva.	1	2	3	4	5
Ob kvalitetni paliativni oskrbi je evtanazija nepotrebna.	1	2	3	4	5
Z uveljavitvijo evtanazije se bo prekinilo iskanja novih zdravil za neozdravljivo bolne.	1	2	3	4	5

Sklop 3: Razumevanje pojmov opustitve in odtegnitve zdravljenja.

Preberite naslednje trditve in obkrožite, v kakšni meri se strinjate oziroma ne strinjate z posameznimi trditvami, pri čemer 1 pomeni – popolnoma se ne strinjam, 2 pomeni – se ne strinjam, 3 pomeni – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 pomeni – se strinjam, 5 pomeni – popolnoma se strinjam.

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Opustitev in odtegnitev zdravljenja sta enakovredni.	1	2	3	4	5
Opustitev zdravljenja pomeni prekinitev vseh nadaljnjih postopkov zdravljenja.	1	2	3	4	5
Opustitev zdravljenja vključuje tudi opustitev vseh temeljno življenjskih aktivnosti.	1	2	3	4	5
Z opustitvijo zdravljenja se prekine oskrba pacienta.	1	2	3	4	5
Ne uvajanje dodatnega zdravljenja je enako opustitev zdravljenja.	1	2	3	4	5

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Opustitev zdravljenja se preneha s posegi za ohranjanje življenja.	1	2	3	4	5
Odtegnitev zdravljenja pomeni ukinitvev zdravljenja, ki ga pacient že prejema.	1	2	3	4	5
Navodilo »ne oživljaj« spada v odtegnitev zdravljenja.	1	2	3	4	5
Z odtegnitvijo zdravljenja se prekine oskrba pacienta.	1	2	3	4	5
Prekinitev hidracije spada pod odtegnitev zdravljenja.	1	2	3	4	5
Prekinitev umetnega hranjenja spada pod odtegnitev zdravljenja.	1	2	3	4	5
Po opustitvi zdravljenja pacienta, se nadaljuje paliativno zdravljenje.	1	2	3	4	5
Po odtegnitvi zdravljenja pacienta, se nadaljuje paliativno zdravljenje.	1	2	3	4	5

Sklop 4: Stališča študentov do opustitve in odtegnitve zdravljenja.

Preberite naslednje trditve in obkrožite, v kakšni meri se strinjate oziroma ne strinjate z posameznimi trditvami, pri čemer 1 pomeni – popolnoma se ne strinjam, 2 pomeni – se ne strinjam, 3 pomeni – niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 pomeni – se strinjam, 5 pomeni – popolnoma se strinjam.

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
	1	2	3	4	5
Pri svojem praktičnem delu sem sodeloval/a v timu, ki je odločal o opustitvi ali odtegnitvi zdravljenja.	1	2	3	4	5
Prenehanje aktivnega zdravljenja je humana odločitev.	1	2	3	4	5
Ob hudem dolgotrajnem trpljenju bi si želel/a prekinitev umetnega hranjenja.	1	2	3	4	5

TRDITVE	Popolnoma se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
Če bi izvedel/a, da sem zbolel/a za neozdravljivo boleznijo, bi v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja želel/a izvajanje dodatnih preiskav.	1	2	3	4	5
Že ob zdravih dnevih svojega življenja bi se odločil/a da me v primeru hudih možganskih okvar ne oživljajo.	1	2	3	4	5
Že ob zdravih dnevih svojega življenja bi se odločil/a da me v primeru hudih možganskih okvar ne vzdržujejo pri življenju z umetnim predihavanjem.	1	2	3	4	5
Ob dolgotrajnem trpljenju družinskega člana bi se v njegovem imenu odločil/a, da se ga v primeru zastoja srca ne oživlja.	1	2	3	4	5
Če bi bil kdo od mojih svojcev po prometni nesreči že dalj časa v komi, bi se v njegovem imenu odločil/a naj se preneha z uvajanjem hranjenja.	1	2	3	4	5
Če bi lahko odločal/a bi pri pacientih, ki so v komi več kot 10 let prenehal aktivno zdravljenje.	1	2	3	4	5
Eden od glavnih razlogov, da se pacienti ne odločajo za prenehanje aktivnega zdravljenja je pomanjkanje osveščenosti o tem.	1	2	3	4	5
O prenehanju aktivnega zdravljenja bi se morali odločati samo pacienti, saj gre za njihova življenja.	1	2	3	4	5