

# Etička pitanja na kraju života u sestrinskoj skrbi na odjelima onkologije

---

**Marčetić Rodić, Lana**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:911668>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-02-17**



*Repository / Repozitorij:*

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Lana Marčetić Rodić**

**Etička pitanja na kraju života u sestrinskoj  
skrbi na odjelima onkologije**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2021.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**MEDICINSKI FAKULTET**  
**SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

**Lana Marčetić Rodić**

**Etička pitanja na kraju života u sestrinskoj  
skrbi na odjelima onkologije**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2021.**

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja Andrija Štampar, Katedra za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom izv. prof. dr. sc. Ane Borovečki, dr. med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2020. / 2021.“

## SADRŽAJ

<b>1. SAŽETAK.....</b>	<b>I</b>
<b>2. SUMMARY .....</b>	<b>II</b>
<b>3. UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>4. MEDICINSKE SESTRE I TEHNIČARI U ONKOLOGIJI.....</b>	<b>4</b>
<b>5. ETIČKA PITANJA .....</b>	<b>8</b>
<b>5. 1. Etički problemi medicinskih sestara kod pružanja skrbi u onkologiji .....</b>	<b>9</b>
5. 1. 1. Poštivanje dostojanstva bolesnika .....	9
5. 1. 2. Poštivanje prava na informiranost o pacijentovu zdravstvenom stanju.....	10
5. 1. 3. Odlučivanje bolesnika.....	11
5. 1. 4. Opravdanost medicinskih postupaka.....	13
5. 1. 5. Distanzija.....	14
5. 1. 6. Pitanje oživljavanja bolesnika na kraju života na odjelima onkologije.....	15
5. 1. 7. Potpomognuta prehrana i hidracija.....	19
5. 1. 8. Sedacija .....	19
5. 1. 9. Nesuglasice u zdravstvenom timu za liječenje onkoloških pacijenata .....	20
<b>5. 2. Rješavanje etičkih dilema .....</b>	<b>23</b>
<b>6. ZAKLJUČAK .....</b>	<b>29</b>
<b>7. ZAHVALE .....</b>	<b>31</b>
<b>8. LITERATURA.....</b>	<b>32</b>
<b>9. ŽIVOTOPIS .....</b>	<b>44</b>

## 1. SAŽETAK

### Etička pitanja na kraju života u sestrinskoj skrbi na odjelima onkologije

Lana Marčetić Rodić

S obzirom na sve veći porast malignih bolesti u svijetu, raste i potreba za sve više intervencija na području onkologije. Nažalost, znatan udio malignih bolesti je neizlječiv i smrtonosan. U zbrinjavanju onkološkog pacijenta sudjeluje cijeli multidisciplinarni tim stručnjaka, no najbrojniji su medicinske sestre i tehničari. Upravo su oni ti koji najviše vremena provode uz pacijente, te aktivno sudjeluju u svim aspektima zbrinjavanja onkoloških pacijenata, od same dijagnostike do različitih metoda liječenja, koje u neizlječivim slučajevima bolesti i terminalnim fazama uključuju i palijativno liječenje.

U njihovome radu javlja se niz etičkih dilema vezanih uz: korisnost nekog medicinskog postupka i domete suvremene medicine, pretjerano i nepotrebno liječenje pacijenata na kraju života (distanazija), očekivanja pacijenata i njihovih obitelji i mogućnosti liječenja koje liječnici imaju na raspolaganju, te načina donošenja odluka o istima u samome medicinskom timu. Osim toga u svome svakodnevnom radu medicinske sestre i tehničari suočeni su i s drugim zahtjevima svakodnevne skrbi za onkološke pacijente. Rezultat neriješenih etičkih dilema i kompleksnih zahtjeva koje pred njih stavlja svakodnevni rad u skrbi za onkološke pacijente može u njih dovesti do nastanka sindroma sagorijevanja i moralnog distresa.

**Ključne riječi:** medicinske sestre i tehničari, onkologija, etička pitanja, kraj života

## **2. SUMMARY**

### **Ethical Question at the End of Life in Nurses in Oncology**

**Lana Marčetić Rodić**

Given the growing number of malignant diseases in the world, there is a growing need for more and more interventions in the field of oncology. Unfortunately, a significant share of malignant diseases are incurable and deadly. An entire multidisciplinary team of experts is involved in the care of the oncology patient, but the most numerous are nurses. They are the ones who spend the most time with patients, and actively participate in all aspects of care for oncology patients, from diagnostic to various treatment methods, which in incurable cases and terminal stages also include palliative care.

A number of ethical dilemmas arise in their work, related to: the utility of a medical procedure and the scopes of modern medicine, excessive and unnecessary treatment of patients at the end of life (dysthanasia), expectations of patients and their families and treatment options available to doctors, and ways of decision making in the medical team itself. In addition, in their daily work, nurses are faced with other requirements of daily care for oncology patients. The result of unresolved ethical dilemmas and the complex demands placed on them by daily work in the care of oncology patients can lead to the development of burnout syndrome and moral distress.

**Key words:** nurses, oncology, ethical issues, end of life

### 3. UVOD

U prošlosti se bilježi manje onkoloških bolesti u odnosu na danas, kada su onkološke bolesti među prvim uzrocima smrtnosti u svijetu. S porastom učestalosti onkoloških bolesti, došlo je i do veće potrebe za zdravstvenom njegom tih bolesnika i onkološkim liječenjem. Onkologija je grana medicine koja se bavi prevencijom, dijagnostikom i liječenjem onkoloških bolesti. U onkološkom liječenju sudjeluje multidisciplinarni tim stručnjaka iz različitih područja, dok su najbrojniji djelatnici medicinske sestre i tehničari te liječnici različitih profila (1). Uz liječenje onkoloških bolesti, onkologija se bavi i kontrolom brojnih simptoma raka, pa se u onkoloških bolesti provodi i potporna skrb čiji je glavni zadatak suzbijanje i prevencija neželjenih simptoma i učinaka tumora, kao i raznih nuspojava liječenja (2).

Nažalost, usprkos napretku u medicini, smrtnost od raka još je uvijek izrazito visoka (3). Zato se kurativna medicina onda kada više ne može pomoći pacijentu, okreće prema palijativnoj medicini. Ovo područje medicine usmjerno je pružanju skrbi pacijentima koji boluju od neizlječivih bolesti tj. nalaze se u terminalnoj fazi svoje bolesti, odnosno na kraju života (4), (5).

Jednu od najvažnijih uloga u cjelokupnom procesu pružanja skrbi onkološkim pacijentima imaju medicinske sestre i tehničari, koji sudjeluju u svim aspektima skrbi. Tijekom svih postupaka oni borave najdulje uz pacijente (6). Ti se postupci sastoje od različitih metoda dijagnostike do različitih metoda liječenja i palijativne skrbi. Tako medicinske sestre i tehničari imaju priliku pratiti pacijenta od postavljanja dijagnoze, tijekom liječenja, a ponekad prate pacijenta i tijekom kraja njegovog životnog puta. Medicinske sestre u onkologiji sudjeluju u brojnim aspektima provođenja skrbi poput: suzbijanja boli, kontrole drugih simptoma u onkologiji i rješavanja kulturološki



osjetljivih pitanja. Uz to medicinske sestre pružaju pacijentima i njihovim obiteljima fizičku i psihičku podršku tijekom liječenja i rehabilitacije. One rade prema uputama liječnika te surađuju s njima. Osim toga, pružaju i podršku obitelji nakon smrti pacijenta, odnosno tijekom procesa žalovanja (7).

Kod neizlječivih onkoloških bolesti, dolazi i do potrebe za palijativnom skrbi za umirujuće bolesnike na kraju života, u kojoj također aktivno sudjeluju medicinske sestre i liječnici. Kako je imperativ palijativne skrbi, da pacijentu uvijek na neki način treba pomoći, primjenjuju se različiti postupci u cilju smanjivanja tegoba i simptoma njegovog terminalnog stanja (8).

Palijativna skrb svoj začetak nalazi u osnutku hospicija Sv. Kristofora u Londonu kojeg je 1967. godine, utemeljila Cicely Saunders (4), (9). Iako to nije bio prvi hospicij za bolesnike koji pate od neizlječivih bolesti, njegov osnutak je važan za razvoj današnje palijativne skrbi. Uz razvoj palijativne skrbi za sestrinstvo je važan i rad Virginie Henderson čija definicija zdravstvene njege također uključuje skrb u krajnjem stadiju života, odnosno „mirnu smrt“.

*„Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac obavljao samostalno, kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se što je moguće prije pomogne postati neovisnim.,, Navodi Virginia Henderson (10), (11).*

Glavni cilj palijativne skrbi je osigurati što kvalitetniji život do smrti, a kada dođe vrijeme za to osigurati i mirnu smrt. Palijativna skrb sastoji se od postupaka koje provodi interdisciplinarni palijativni tim, a može se provoditi u sklopu hospicija, bolnice i ambulantno, te u domu bolesnika.

Najčešći simptomi onkoloških bolesnika na kraju života su: depresija, bol, problemi s probavom (opstipacija, konstipacija), otežano disanje, umor, problemi s hranjenjem, mučnina, tumorska kaheksija i anoreksija (12), (13). Zato su najvažnije intervencije u skrbi za bolesnika na kraju života u kojima ujedno sudjeluju i medicinske sestre i tehničari: ublažavanje boli, sedativna terapija, kontrola ostalih simptoma, psihološka pomoć, stalna komunikacija sa zdravstvenim osobljem, planiranje skrbi, edukacija te potpora obitelji (14), (15). Skrb za onkološkog pacijenta na kraju života bazira se na rješavanju najučestalijih problema, a može obuhvaćati različiti vremenski period od nekoliko tjedana, do nekoliko sati i dana (2). Ono što je problem tijekom cjelokupnog liječenja oboljelih od neizlječive bolesti je pronalazak ravnoteže između dobrobiti i tereta liječenja, što je i jedno od glavnih pitanja u skrbi za onkološke bolesnike (16). Etička pitanja javljaju se često tijekom skrbi za onkološke bolesnike i ona uz kompleksnost samog pružanja skrbi također utječu na odnos medicinske sestre i onkološkog bolesnika.

#### 4. MEDICINSKE SESTRE I TEHNIČARI U ONKOLOGIJI

Medicinske sestre i tehničari obučeni su za rad u svim granama medicine, tako i u onkologiji te sudjeluju u svim fazama liječenja onkološkog bolesnika. Od same sumnje na karcinome, do dijagnostike i liječenja različite vrste. Od sudjelovanja u primjeni kemoterapije, radioterapije, kirurškog liječenja do palijativnog liječenja i prevencije raka. U onkologiji rade na problemima poput kontrole boli i drugim simptomima raka, pružaju pacijentu fizičku i psihičku podršku i to ne samo pacijentima, već i njihovim obiteljima tijekom liječenja i rehabilitacije. Oni educiraju i informiraju pacijente, organiziraju i provode zdravstvenu njegu te zajedno s liječnicima sudjeluju u cjelokupnom zbrinjavanju onkoloških pacijenata u bolnici i izvan nje. Zatim, pružaju podršku obitelji nakon smrti pacijenta, odnosno tijekom procesa žalovanja. Zapravo, sudjeluju i u najmanjim aspektima skrbi za onkološkog bolesnika (7), a sve to u skladu sa zakonima i pravilima te etičkim kodeksima sestrinske profesije (17). Uz sve to nameće se potreba i dužnost medicinske sestre i tehničara da poštuju autonomiju pacijenta i njegovo dostojanstvo u svakom trenutku. Od svih zdravstvenih djelatnika u onkološkom timu, medicinske sestre i tehničari provode najviše vremena s pacijentima i trebali bi biti njihovi zagovornici, stoga su komunikacijske vještine iznimno važne (18).

Komunikacija medicinske sestre i tehničara, može se odvijati s pacijentom, s njegovom obitelji, s liječnikom ili s nekim drugim zdravstvenim djelatnikom u timu. Svaki oblik komunikacije, ima svoje osobitosti i poteškoće. Koliko je važna komunikacija s pacijentima i njihovim obiteljima u onkologiji, svjedoči jedan od podataka iz istraživanja autora Bradforda (2012.) Kako roditelji djece oboljele od raka, govore da su ih posebno utješile medicinske sestre koje njeguju njihovu

bolesnu djecu (19). Dakle, pružanje učinkovite i brižne komunikacije svake medicinske sestre i tehničara, neophodno je za uspostavljanje terapijskog odnosa s pacijentom i obitelji. Prema tome, trebaju se pružati točne i svrsishodne informacije o bolesti i mogućnostima liječenja, kao i što treba osnaživati obitelj i samopouzdanje pacijenta (20). Iskrena i otvorena komunikacija s obiteljima oboljelih može imati dvostruki učinak. Može poboljšati zadovoljstvo sestara njegom koju svakodnevno pružaju, a također i zadovoljstvo pacijenata skrbi koju dobivaju (21). Svakodnevna otvorena komunikacija između medicinske sestre, tehničara i obitelji pacijenta uvelike može olakšati i ponekad neizbježnu smrt pacijenta (22).

Istraživanje autora Mitchell AM (2006.) pokazalo je da u usporedbi komunikacije s pacijentom između liječnika i medicinske sestre, medicinske sestre i tehničari više i vjerojatnije komuniciraju s obitelji o psihosocijalnim i vjerskim pitanjima, a liječnici se više baziraju na odluke povezane s liječenjem (23).

Jednako važna kao komunikacija je i empatija prema pacijentima te partnerski odnos. O tome svjedoči podatak iz istraživanja Browninga, da roditelji djece koja su liječena na odjelima onkologije (2009.), gledaju na medicinske sestre i tehničare kao na članove svoje obitelji te njihovoj ulozi u procesu umiranja djeteta pridaju veću važnost od uloge nekog člana obitelji (24). Empatija može dovesti i do određenih problema u svakodnevnom radu medicinskih sestara i tehničara. Tako medicinske sestre koje rade na dječjoj onkologiji opisuju da imaju probleme u komunikaciji s djecom oboljelom od raka, posebice onom koja umiru, te im nedostaje samopouzdanja i edukacije kako bi adekvatno mogle pružiti skrb svojim pacijentima (25). Osim toga u istraživanju koje je proveo Hewko sa suradnicima (2015.) medicinske sestre suočene sa smrću djeteta, odnosno pacijenta oboljelog od raka imale su probleme u obavješćivanju roditelja o smrti njihova djeteta. Sve ovo

naglašava potrebu za dodatnim obrazovanjem medicinskih sestara i tehničara koji njeguju umirujuće pacijente. Također se često ističe i potreba za osiguravanjem dovoljnog broja osoba za visokokvalitetnu njegu pacijenata oboljelih od raka u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL-u), te važnost podrške medicinskim sestrama i tehničarima koji njeguju takve pacijente (26). Autor Toh (2021.) u svome radu, navodi da su više poteškoća u komunikaciji imale medicinske sestre koje su početnice, koje nisu prošle edukaciju iz palijativne skrbi i koje nemaju visoko školsko obrazovanje, te imaju općenito manje godina iskustva (27).

Među najčešćim problemima u radu medicinskih sestara i tehničara na onkologiji je i svakodnevni stres. Prema autorima Ko i Kiser-Larson (2016.), najveći izvori stresa za medicinske sestre koje rade na onkološkim odjelima, su smrt i umiranje pacijenta, te složeni i teški tretmani liječenja karcinoma (28). Kao preporučena ponašanja u suočavanju sa stresom navode se razgovori s kolegama, vježbanje i opuštanje te izdvajanje vremena samo za sebe (29). Teški uvjeti rada na radnom mjestu medicinske sestre i tehničara s vremenom mogu dovesti do problema u osobnom životu, što se može odraziti na zdravlje medicinskih sestara i tehničara (30). Konstantna izloženost stresu s vremenom dovodi do nakupljanja negativnih emocija, osjećaja neuspjeha, pritiska i depresije (31). U čimbenike stresa u radu medicinskih sestara i tehničara na onkologiji ubrajamo i: nedovoljnu edukaciju za rad s onkološkim bolesnicima, nedostatak vremena za svakog pacijenta ponaosob i stalnu izloženost smrtnim ishodima bolesnika (32). To stvara stalni osjećaj gubitka onkoloških pacijenata i posljedično tome stalno iskustvo tuge što utječe na emocionalni život medicinskih sestara i tehničara (31). Navedeni čimbenici stresa s vremenom mogu dovesti do teške emocionalne iscrpljenosti i profesionalnih bolesti, odnosno sindroma sagorijevanja. Mogu se javiti u različitim oblicima, koji negativno

djeluju na fizičko i psihosocijalno zdravlje medicinskih sestara i tehničara (33). Ekedahl i Wengström (2006) klasificirali su strategije suočavanja sa stresom medicinskih sestara i tehničara koji brinu o bolesnicima s rakom u dvije skupine: funkcionalni i nefunkcionalni obrasci. Funkcionalni obrasci suočavanja sa stresom uključuju strogu granicu razdvajanja radnog vremena i osobnog vremena izvan posla zbog opuštanja, zabave, podrške i korištenja humora na radnom mjestu. Nefunkcionalni obrasci suočavanja sa stresom negativno djeluju na zdravlje medicinskih sestara i tehničara (34).

Osim izazova vezanih uz komunikaciju i empatiju u odnosu medicinska sestra i pacijent, te stresa u svakodnevnom radu onkoloških medicinskih sestara i tehničara izazove predstavlja i: nedostatak vremena za stručnu skrb, nedostatak zdravstvenog osoblja, odluke o intenzivnom liječenju donesene usprkos željama i potrebama pacijenata te nedostatak znanja o skrbi za pacijente na kraju života (35).

## 5. ETIČKA PITANJA

U sestrijskoj skrbi za bolesnike na kraju života često se javljaju etička pitanja, što zbog prognoze onkoloških bolesnika, što zbog težine liječenja i medicinskih procedura koje se primjenjuju u onkološkom liječenju (36). Etička pitanja su mnogobrojna i vezana su uz razne intervencije zdravstvenih djelatnika tijekom obavljanja njihove dužnosti. Proizlaze iz situacija koje uključuju suprotstavljene vrijednosti ili uvjerenja o tome koji je pravi ili najbolji put djelovanja. U takvim situacijama sukob nastaje između dva slučaja ili više etičkih načela i mogućeg rješenja (37).

Etičko donošenje odluka definirano je kao proces rasuđivanja koji uključuje sustavnu odluku o moralno ispravnoj radnji te razmišljanje u skladu s etičkim načelima, kada su opcije koje se razmatraju u međusobnom sukobu (38). Donošenje odluka bazira se na fazi poznavanja problema i procjeni najbolje alternative među više mogućih izbora. To je i racionalni proces koji uključuje kognitivnu aktivnost, a to podrazumijeva opravdane etičke odluke i riješena etička pitanja (39).

Etičke dileme su problemi, na koje se ne može dati jednoznačni odgovor, a imaju najmanje dva moguća odgovora. Etička pitanja i dileme spadaju u djelokrug promišljanja etike, znanosti o moralu, normama i načelima ljudskog postojanja, ponašanja i djelovanja. Uloga etike je i objasniti ljudsko djelovanje, odnosno ljude i njihovu moralnu svijest (40).

Medicinska etika, kao poddisciplina etike, proučava etičku refleksiju područja liječničkog djelovanja u medicini. Radi se o profesionalnoj etici i interdisciplinarnom proučavanju etičke opravdanosti određenih medicinskih postupaka. Gledano iz

perspektive etike ističe se potreba liječničke vještine utemeljene na ideji dobrobiti svake osobe i ideji čovjekoljublja. Važnost medicinske etike je to što je ona polazište za teorijsko razmatranje različitih etičkih pitanja u medicini. Postojanjem ove discipline nastoji se postići ravnoteža između kognitivnog i emocionalnog načina razmišljanja vezanih uz medicinske postupke. Stoga, ova disciplina traži ispravne odgovore na etička pitanja, razmatranjem altruističnog i egoističnog pristupa medicinskoj profesiji kroz ispitivanje moralnih i pravnih načela. Ispravnom medicinskom etikom ukazuje se na važnost profesionalnog kodeksa, liječničke zakletve i zakonskih propisa kojima su regulirana određena prava čovjeka, a u srži medicinske etike je poštovanje svakog života i djelovanje za dobro svakog bolesnika (41), (42).

Etika sestrinstva kao i općenito medicinska etika, spada pod primijenjenu etiku, odnosno profesionalnu etiku. Što znači da svoju opću teoriju etika sestrinstva primjenjuje na etička pitanja koja se javljaju tijekom sestrinskog djelovanja, s obzirom na specifičnosti sestrinskog posla svakodnevno, a na pojedinim radilištima osobito. Zato su etički zahtjevi pred medicinskim sestrama i tehničarima raznoliki, a odnose se na specifična medicinska pitanja ljudske dobrobiti (43). Može se reći da je etika u sestrinstvu, filozofski uvid u moralne dimenzije sestrinske prakse. U jedinoj i autonomnoj zdravstvenoj njezi iz područja sestrinstva javljaju se posebne etičke dileme i pitanja, koje spadaju u domenu sestrinske etike.

## **5. 1. Etički problemi medicinskih sestara kod pružanja skrbi u onkologiji**

### **5. 1. 1. Poštivanje dostojanstva bolesnika**

Poštivanje dostojanstva bolesnika među glavnim je prioritetima zdravstvene njege svakog zdravstvenog djelatnika, a naročito poštivanje dostojanstva pacijenta na kraju



života, no istraživanja su pokazala da to nije uvijek tako (44). Ljudsko dostojanstvo može se definirati kao nekoliko pozitivnih aspekata, uključujući osjećaj vlastite vrijednosti, vjerovanje u sebe i osjećaj da drugi poštuju tu vrijednost (45). Temeljni je aspekt sestrinske skrbi poštivanje svakog ljudskog prava i ljudskog bića, vrijednosti i na kraju dostojanstva pacijenta (46). Prepreke za održavanje dostojanstva prema pacijentu su nedostatak medicinskih sestara i tehničara, velika opterećenost zaposlenih i zbog toga ograničeno vrijeme za interakciju medicinske sestre i tehničara s pacijentom (47). Iako znaju koliko je važno očuvanje pacijentovog dostojanstva, zbog navedenih prepreka ne mogu ga uvijek u potpunosti primijeniti (48). Svakako, sestrinska njega koja ne čuva dostojanstvo, ometa oporavak pacijenata i smanjuje kvalitetu njegovog života (49).

### **5. 1. 2. Poštivanje prava na informiranost o pacijentovu zdravstvenom stanju**

Jedno od najčešćih etičkih pitanja u onkologiji vezano je uz pravodobno obavješćavanje bolesnika o stanju njegove bolesti. Svi bolesnici imaju pravo na cjelovitu informiranost u vezi sa svojom dijagnozom, prognozom te mogućnostima liječenja i skrbi. Postavlja se pitanje treba li bolesniku reći pravu istinu i time mu otežati već ionako tešku životnu situaciju, koja je teško promjenjiva. Tajenje određene informacije najčešće je iz mišljenja da bolesnik to ne treba znati i da će mu biti teže nakon iznijete informacije, odnosno da će napraviti izbor koji nije u njegovom najboljem interesu. Uvrijeđeno se to naziva „milosrdna laž“. Tada dolazi do povrede principa govorenja istine, a upitno je i načelo neštetnosti. U takvim se situacijama treba voditi individualnim pristupom svakom bolesniku, pri čemu će on izraziti svoju želju, želi li znati potpunu istinu o svojoj dijagnozi i prognozi bolesti. Također, svaki bolesnik može odbiti primiti informacije o svojoj bolesti. Stoga, postavlja se etičko

pitanje da li je u redu ublaži stvarnu sliku i tako je prenijeti bolesniku, u smislu da se bolesniku ne otežava, već ionako teška i nemoguće promjenjiva budućnost, te da li je milosrdna laž zaista milosrdna, ili je samo laž (50).

Kada se radi o informiranosti pacijenta i o povjerenju. Pacijenti su u istraživanju autora Ozaras (2018.) izjavili da medicinskim sestrama najviše vjeruju od svih zdravstvenih djelatnika. No, isto je istraživanje pokazalo da medicinske sestre nisu uključene u priopćavanje istine i prognoze pacijentima o njihovoj malignoj bolesti, jer to i ne spada u djelokrug njihova rada nego u djelokrug rada liječnika. I sami liječnici ne vole da medicinske sestre i tehničari razgovaraju s pacijentima o njihovoj malignoj bolesti, jer misle da bi to demoraliziralo pacijenta. (51). Preporuka 1418. Povjerenstva ministara Vijeća Europe, štiti pravo na samoodređenje neizlječivih i terminalnih bolesnika, te zahtijeva poduzimanje potrebnih mjera za to: da se oživotvori pravo neizlječivih i terminalnih bolesnika na istinitu i potpunu informaciju, poštujući njihovu želju ako ne žele biti informirani (52).

### **5. 1. 3. Odlučivanje bolesnika**

Onkološki bolesnici u koliko imaju poslovnu sposobnost odlučivanja sami donose odluke o svome liječenju. Pri tome se može javiti situacija u kojoj bolesnik odbija određeni medicinski postupak. U Hrvatskom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti se dopušta da teško i smrtno oboljela osoba odbije određeno liječenje koje ne želi, a u Kodeksu medicinske etike i deontologije stoji da se treba uvažiti svaka želja smrtno bolesnog pacijenta. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, 82/2013., članak 22. Prava i dužnosti osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite, stavak 1., točka 6. navodi se i pravo odbijanja pregleda i liječenja od strane pacijenta koji je dobro informiran i pri punoj svijesti u vidu produživanja njegovog života, a pritom se trebaju poštovati zakoni. Dakle, pacijent ima pravo izraziti svoju želju, kakva god da ona bila.

U svakom slučaju je nastavljanje liječenja pacijenta u ireverzibilnom stanju terminalne bolesti, medicinski neutemeljeno i narušava pravo bolesnika na dostojanstvenu smrt (53).

Skrb o bolesnicima na kraju života koji više ne mogu donositi odluke postavlja niz etičkih dilema pred medicinske sestre i tehničare. Kako bi se takve situacije smanjile na najmanju moguću mjeru potrebno je bolesnika unaprijed pripremiti za nadolazeće događaje i upoznati ga s onime što slijedi te mogućim opcijama. Normalno je da bolesnici žele kontrolu nad svojom zdravstvenom situacijom cijelo vrijeme, no ponekad zbog propadanja organizma to neće biti u stanju do kraja svog života, pa je najbolje da se u takvim situacijama najbliže osobe upoznaju sa njihovim odlukama. To mogu biti članovi obitelji, prijatelji, odvjetnici ili pacijenti svoje odluke mogu zapisati u obliku smjernica te se one tako dokumentiraju i pohranjuju u medicinsku dokumentaciju. Primjer je tzv. anticipirano odlučivanje o bolesniku u vidu bioloških oporuka (living will) koju nalazimo u zemljama EU, kojom se prema odluci bolesnika može ograničiti ili zahtijevati određeni medicinski postupak. Takav dokument je pohranjen obično u medicinskoj dokumentaciji od kada se osoba odluči na to, te može biti od koristi kada dođe vrijeme da osoba više ne može samostalno odlučivati o svom zdravstvenom stanju i medicinskim tretmanima (54). U nedostatku dokumentacije koja sadrži anticipirano odlučivanje bolesnika umjesto bolesnika, odluke donose članovi obitelji, zakonski skrbnici ili zastupnici. No, postavlja se pitanje da li je uredu da liječnik, obitelj ili netko drugi odlučuje umjesto pacijenta i da li će ta odluka biti ista kao i stvarna odluka i želja pacijenta (55).

#### 5. 1. 4. Opravdanost medicinskih postupaka

Medicinske procedure kod umirujućih bolesnika ireverzibilnog stanja svakako su i profesionalno i bioetički teške i zahtjevne i za osoblje i za bolesnike. Usmjerene su ili na pružanje palijativne skrbi (ublažiti psihičke, fizičke, socijalne i duhovne simptome umirujućeg pacijenta) (56), ili za cilj imaju ostvariti terapijski učinak, odnosno u nekom vidu poboljšati trenutno zdravlje bolesnika. Obilježja beskorisnog medicinskog tretmana ili procedure svode se na pogoršanje postojećeg stanja, lošu kvalitetu života, produljenje fatalne prognoze bolesti, narušavanje pacijentove ugone te samostalnosti. Jedno od najvažnijih značajki je produljenje ovisnosti o teškim medicinskim procedurama (57). Takav tretman koji ne jamči poboljšanje, zdravstveni djelatnik nije dužan pružiti (58). U situacijama kada je jasno da bi neki tretman doveo do veće patnje nego dobiti, ne treba ga primijeniti, već treba primijeniti neki segment palijativne skrbi (59). U Hrvatskom Kodeksu medicinske etike i deontologije, stoji: *„Nastavljanje intenzivnoga liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju nije samo medicinski neutemeljeno, nego isključuje pravo umirućega bolesnika na dostojanstvenu smrt.“* (53). Dok u Međunarodnoj REC (2003.) preporuci povjerenstva ministara Vijeća Europe, stoji da *„Kada je medicinski tretman beskoristan, a smrt neizbježna, tada je primarni cilj medicinskih postupaka ublažiti bol i patnju palijativnom skrbi, odustajanjem od medicinske beskorisnosti.“* (52), (60).

Suprotno svemu, ponekad obitelj inzistira na „medicinskoj besmislenosti“, odnosno primijeni svih dostupnih i raspoloživih procedura kojima se produžuje život, u nadi da će se desiti čudotvorno ozdravljenje. Opet se postavlja jedno od etičkih pitanja, dali je u redu primijeniti sve raspoloživo kako bi se produžio život pod svaku

moguću cijenu ili ipak treba odvagnuti kakva je kvaliteta života terminalnog bolesnika i radi li se možda o distanaziji.

### **5. 1. 5. Distanazija**

Etičko pitanje kada se radi o tretiranju terminalnog bolesnika je i distanazija, koja podrazumijeva nepotrebno i pretjerano produljivanje agonije, patnje i odgađanje smrti u umirujućih bolesnika uzaludnim i beskorisnim medicinskim tretmanima i zahvatima, koji za posljedicu imaju sigurno umiranje. Tome pomaže današnji napredak medicine i tehnologije, kada pacijent postaje rob različitih metoda suvremene medicinske tehnologije kojom se može produljivati život umirujućeg pacijenta razmjerno dugo. O distanaziji se može govoriti i kao pretjeranom produživanju agonije bolesnika (59). Riječ distanazija dolazi od grč. *dysthanasia*, a sastoji se od riječi, dys- čin s grješkom i riječi thanatos- smrt, te se prevodi kao protivljenje čovjeka smrti. Najčešće se radi o pojmu distanazije kao agresivnoj i beskorisnoj skrbi za bolesnika koji nema šanse preboljeti bolest od koje umire, a pritom se primjenjuje agresivna medicinska procedura koja smanjuje kvalitetu života, a bolesnika izlaže osobitoj patnji. Zato se govori i o distanazijskoj beskorisnosti i produljivanju života, te terapijskoj upornosti beskorisnih medicinskih tretmana u zadnjoj fazi ljudskog života (61). Ti medicinski tretmani su često puno škodljiviji od bolesti koja će biti uzrok smrti, dok je očekivana dobrobit manja od potencijalne štetnosti (62).

Zbog svega navedenog primjena distanazije izaziva moralna i bioetička pitanja, jer je skrb agresivna i često nehumana (63). Iako je tek u novije doba, predmet rasprave „beskorisnost medicinskog tretmana u terminalnog bolesnika“. Već u razdoblju Antičke Grčke, liječnik je bio dužan ne škoditi svojim tretmanima. Već tada se u liječništvu trebalo smanjiti učinak bolesti, ali i ne provoditi tretmane kojima se ne može učiniti dobrobit (64).

Ono čemu se etički teži je ortotanazija koja predstavlja dostojanstvenu smrt u pravo vrijeme bez patnje, boli i skraćivanja života umirujućeg pacijenta. Pravo je svakog čovjeka i glavni cilj palijativne medicine i skrbi (65). Svakako još treba spomenuti možda najveću povredu ljudskog dostojanstva, mistanaziju odnosno nebrigu za bolesnog i umirujućeg bolesnika. Kojom se narušava svako ljudsko pravo i ljudsko dostojanstvo, osobito u tako teških bolesnika (66).

Prava umirujućih bolesnika regulirana su u Zakonu o Zaštiti ljudskih prava i dostojanstva neizlječivih terminalnih bolesnika, točka 5: *„Obveza poštovanja i zaštite dostojanstva neizlječivog ili terminalnog bolesnika prirodna je posljedica dostojanstva svojstvenog ljudskom biću u svim fazama života. To poštovanje i zaštita se oživotvoruju stvaranjem odgovarajućeg ambijenta koji omogućava ljudskom biću da umre dostojanstveno“*. Čime se službeno uvela filozofija palijativne skrbi u zdravstveni sustav i zakonodavstvo. Dakle, terminalnim bolesnicima ne smije se suprotno njihovoj volji beskorisnim tretmanima produživati život (52).

#### **5. 1. 6. Pitanje oživljavanja bolesnika na kraju života na odjelima onkologije**

Jedno od etičkih pitanja na kraju života onkoloških bolesnika je i oživljavati ili ne oživljavati. Kada se radi o onkološkim bolesnicima na kraju života, često se donose odluke o ne oživljavanju, tj. odluke da se u slučaju srčanog zastoja neće provoditi metode kardiopulmonalne reanimacije. Najčešći razlozi za to su loša prognoza bolesti, od pacijenta odbijena reanimacija ili spoznaja da pacijent neće preživjeti kardiopulmonalnu reanimaciju s kasnijom dovoljnom kvalitetom života (67). Dosadašnje studije pokazale su različite stavove medicinskih sestara, tehničara i liječnika kada se radi o odlukama o ne oživljavanju bolesnika. Iako liječnici donose konačne odluke o postupku neoživljavanja, medicinske sestre i tehničari ipak provode najviše vremena s pacijentom te aktivno sudjeluju u postupku reanimacije

pacijenta, a iniciraju i raspravu o ne oživljavanju (68). Neki liječnici donose odluke sami ili u konzultaciji s kolegama liječnicima, ali bez medicinskih sestara, dok neki uvažavaju sudjelovanje medicinskih sestara u toj odluci (69). Medicinske sestre izrazile su potrebu za jasnom i dobro dokumentiranom odlukom za ne oživljavanjem s naglaskom na dobru informiranost pacijenata i njihove obitelji, a sve to kako bi se mogla pružiti dodatna podrška obitelji i pacijentu (70). Prema Pfeilu (2015.) liječnici mogu imati proaktivnu ili pasivnu ulogu u donošenju odluka na kraju života, odnosno u odluci ne oživljavanja pacijenta. U proaktivnoj ulozi oni obavijeste pacijente o odluci o neoživljavanju. Dok u pasivnoj ulozi ili čekaju pacijenta da potakne raspravu o tome ili imaju prepreke za donošenje jasnih razloga za ne oživljavanje (71). Neke od tih prepreka mogu biti želja liječnika da ne izazove zabrinutost u pacijenta ili želja da ne oduzme pacijentu posljednju nadu, ali i nedostatak iskustva o tom potezu u praksi (72). U prepreke se još ubraja vrijeme i rizik od donošenja pogrešne odluke za pacijenta (73). Etičke odluke, poput odluka o oživljavanju ili ne, mogu biti teške i dovesti do sukoba i neslaganja u medicinskom timu između medicinskih sestara općenito, između liječnika i medicinskih sestara ili između liječnika i ostalih liječnika. Sukobi se najčešće odnose na to treba li donijeti odluku o oživljavanju ili ne i treba li biti informirana obitelj i pacijent o toj odluci (68). Još jedan od etičkih problema kod liječnika i medicinskih sestara te tehničara, bio je kada trebaju pacijentima dati informacije o odluci o neoživljavanju, ali smatraju da je to protivno najboljem interesu pacijenta.

U istraživanju autora Pettersson (2018.) koje je provedeno u Švedskoj na medicinskim sestrama i tehničarima te liječnicima koji rade na odjelima hematologije i onkologije odabrani su čimbenici koji utječu na donošenje odluka o ne oživljavanju. Čimbenici su bili: preživljavanje i kvaliteta života nakon reanimacije, medicinska

prognoza pacijenta, pravo na mirnu smrt, autonomija pacijenta, princip nezlonamjernosti, princip dobročinstva, dob pacijenta i mišljenje obitelji. Prva tri odabrana čimbenika, bez obzira na profesiju medicinske sestre ili liječnika, bila su: preživljavanje i kvaliteta života nakon reanimacije, medicinska prognoza i pravo pacijenta na mirnu smrt.

Etička prosudba zdravstvenih djelatnika ponekad je u skladu s principom neškodljivosti, iako rezultati istraživanja nisu bili u skladu sa smjernicama o toj odluci u Švedskoj. Neki od zapanjujućih rezultata su: da 20 % njih misli da nije važno obavijesti obitelj pacijenta o toj odluci ili da 21 % njih smatra da u odluci ne treba sudjelovati pacijent. Jasno je da takva odluka u zdravstvenih djelatnika budi moralni distress, naročito kada nije u skladu sa njihovim mišljenjem i kada djeluju na način da pacijent više pati. Ističe se važnost razgovora s pacijentom i obitelji i obavještanje istih o odluci ne oživljavanja, kao i važnost medicinske dokumentacije u kojoj je pohranjena odluka. Prema tome, nalaže se više rasprava oko razlika u donošenju odluka za neoživljavanjem od strane medicinske sestre i tehničara te liječnika, kako bi bilo manje moralnog distresa (74). Prema ovom istraživanju medicinske sestre su rekle da najviše etičkih problema imaju s odlukom da se ne izvrši kardiopulmonalna reanimacija. Ostali podatci govore da je 38, 3 % sestara reklo da je za reanimaciju novorođenčeta s abnormalnostima. Davanje lijekova protiv volje pacijenata je podržalo oko 58 % medicinskih sestara. Dok je 86, 7 % medicinskih sestara izjavilo da će pružiti respiratornu pomoć unatoč zahtjevu pacijenta da se to ne započne i da on umre. 40 % sestara izjavilo je da mora pacijentima odgovoriti na pitanja vezano uz njihovu smrtonosnu bolest. Prema dobivenim rezultatima, može se zaključiti da medicinske sestre i tehničari, ponekad zanemaruju načelo autonomije pacijenta i načelo dobročinstva i da podržavaju život bez obzira na sve. Otkriveno je i da sestre



imaju tendenciju djelovati prema svom ponašanju. Uobičajeni problem svih medicinskih sestara i tehničara koji pružaju njegu bolesniku na kraju života je održavanje ravnoteže između produljenja života i poboljšanja kvalitete života pacijenta. Pokušavajući to postići neizbježno dolazi do moralnog distresa. Najviša točka je upravo ta hoće li neka odluka biti donesena u skladu s pacijentovom željom ili ne, zato se često o tome pita obitelj koja ga najbolje poznaje (75).

Prema studiji Linda (2017.) odluka o postupku prestanka liječenja povezana je s vještinama donositelja odluke, vrijednošću prosudbe, osobnim preferencijama i ustaljenim običajima ustanove u kojoj se liječenje provodi. Broj medicinskih sestara koje uzimaju u obzir etička načela bio je iznad prosjeka te je otkriveno da čimbenici okoliša utječu na njihove odluke. Također je uočeno da medicinske sestre povremeno ignoriraju načelo autonomije i korisnosti prilikom donošenja odluka o etičkim pitanjima (76).

Medicinske sestre i tehničari danas imaju obrazovanje i snose odgovornost za donošenje složenih odluka o njezi svojih pacijenata i njihovih obitelji, kao i provedbu tih odluka. S obzirom na to medicinske sestre susreću se s etičkim pitanjima, pogotovo kada su u njima sukobljene vrijednosti i prosudbe (77). Kao rezultat stalnih etičkih sukoba, medicinske sestre i tehničari mogu osjetiti napetost i frustraciju u svojoj kliničkoj praksi, mogu i doživjeti profesionalno nezadovoljstvo te kompromitirati socijalne odnose, uključujući i njihove interakcije s pacijentima (78). Zbog svega toga može doći do neriješenih etičkih pitanja, koja s vremenom mogu dovesti do moralnog distresa i osjećaja frustracije i nesigurnosti. Etička načela i pravila koja često vode sestrinsku skrb o pacijentima uključuju: nematerijalnost, dobročinstvo, autonomiju, ispravnost, istinitost i pravdu (79). Medicinske sestre rade unutar vlastitog sustava vrijednosti, ali su obrazovane prema načelima u sestrinstvu i očekuje se da će se

pridržavati vrijednosti sestrinske profesije (80).

### **5. 1. 7. Potpomognuta prehrana i hidracija**

Predmet etičkih pitanja u sestrinskoj skrbi na kraju života je i klinički potpomognuta prehrana i hidracija, budući da ju medicinske sestre i tehničari primjenjuju po preporuci liječnika. Zato se pojavljuju mišljenja o potrebi povlačenja klinički potpomognute prehrane i hidracije, u zadnjim danima, odnosno satima života, kada je doprinos potpomognute prehrane upitan i nadilazi prednosti. Dakle, može se reći da pacijent neće umrijeti od nedostatka adekvatne hidracije, već da on umire i pritom ne zahtijeva hidraciju i razne oblike parenteralne prehrane. Iako u stručnoj literaturi nedostaje čvrstih dokaza koji podupiru to donošenje odluka (81), (82).

### **5. 1. 8. Sedacija**

U sestrinskoj skrbi za pacijente na kraju života, etičko pitanje je i paradoks istodobnog smanjivanja boli i prouzrokovanja patnje. U svrhu smanjenja boli, koriste se različite farmakološke i invazivne tehnike. Cilj je djelovati po principu neškodljivosti i principu dobrobiti, smanjiti bolesniku bol i patnju, no tehnike kojima se to postiže imaju i negativne popratne pojave, kao što su smanjena pokretljivost, smanjena razina svijesti i razina kognitivne sposobnosti, povećan rizik za pad i dodatne neželjene nuspojave koje uvelike narušavaju već ionako teško stanje terminalnog pacijenta. Teško je ocijeniti što je etički ispravno i primjereno. Primjer takvog slučaja je palijativna sedacija, koja ima dvostruki učinak. Primjer su opioidni analgetici, koji istodobno smanjuju bol, ali i deprimiraju disanje i svijest osobe u koje se primjenjuju. Osoba bez takve terapije ne može trpjeti nesnošljive bolove na kraju života, a ako se primjene u dovoljno učinkovitoj dozi, tada znatno utječu na razinu svijesti. Da li je u redu da bolesnik nema bolove, ali je zbog toga smanjene svijesti i razuma ili je

potrebno i smanjiti bolove i očuvati svijest (ponekad je to nemoguće zbog patofiziologije boli).

Neki od etičara su mišljenja da za svakog dobra, strogo treba izbjegavati svaku štetu i da je i najmanja razina štete neetička. Zbog toga je princip neškodljivosti ponekad, jači od principa dobrobiti, također tome doprinose i činjenice da ponekad nije moguće napraviti najbolje za bolesnika zbog ograničenih brojnih resursa, kao što su financijski i materijalni resursi (50).

### **5. 1. 9. Nesuglasice u zdravstvenom timu za liječenje onkoloških pacijenata**

Kada se radi o međusobnim sukobima medicinskih sestara, to je najčešće zbog pitanja o uspješnosti na poslu, lošeg ponašanja ili poštivanja i sigurnosti pacijenta. Sukobi između medicinskih sestara i drugih zdravstvenih djelatnika su najčešće oko neslaganja u vezi informiranog pristanka, važnosti iskazivanja istine, ne reanimacije pacijenta, medicinske besmislenosti i dostojanstvene smrti. Organizacijska napetost javlja se zbog hijerarhijskih razlika u timu. Sukobi između medicinskih sestara i tehničara i pacijenata mogu nastati kad sestre osjete da njihovi i stavovi pacijenata nisu usklađeni ili kada pacijenti namjerno zlorabe njihovu djelatnost. Medicinske sestre i tehničari često su uključeni u nesuglasice između pacijenta i njegove obitelji o najboljem izboru metoda za liječenje i u nesuglasice kada se pogorša stanje pacijenta, trajno ili privremeno kao rezultat procesa liječenja raka. Također su tu situacije kada obitelj brzo propadajućeg pacijenta zahtjeva intenzivnu njegu za pacijenta, a osoblje nije pri toj odluci, pa se želja obitelji kosi s pravilima ustanove i struke. Među članovima obitelji sukob izbija kada ne postoji jedna osoba koja donosi odluku, već ih je više što rezultira različitim mišljenjima i željama, pa dolazi do „lokusa autoriteta“ (83).

Onkološke sestre i tehničari možda neće vidjeti ili identificirati mnoge od

svakodnevnih situacija kao etička pitanja (77), (84). Kako svaki od medicinskih sestara i tehničara percipira, reagira i zbrinjavanja pacijente, visoko je individualiziran proces koji ovisi o jedinstvenom skupu uvjerenja i vrijednosti. Ono što jedna medicinska sestra i tehničar vidi kao etički sukob, ne mora nužno smatrati i vidjeti i druga medicinska sestra ili tehničar. U osnovi je drugačiji skup principa, prioriteta i vrijednosti. Primjer je: medicinska sestra koja više preferira smanjiti štetu i vrednuje nematerijalnost. Pri davanju kemoterapije ona će imati etički problem jer su ponekad rizici primjene kemoterapije, veći od očekivane koristi. Dok druga medicinska sestra koja se vodi načelima poštovanja i autonomije pacijenta neće imati etički problem jer joj je najvažnija dužnost ispuniti zahtjev, bez obzira na omjer dobrobiti i koristi. Zato može doći do sukoba u zdravstvenom timu na odjelu onkologije na različitim razinama, medicinska sestra- medicinska sestra, medicinska sestra- liječnik, medicinska sestra- pacijent ili obitelj pacijenta.

Jameton (1984) je razvio okvir koji pomaže sestrama i ostalim zdravstvenim djelatnicima da razlikuju tri kategorije etičkih pitanja: moralna nesigurnost, moralna (ili etička) dilema i moralna nevolja. Iako mnoge medicinske sestre i tehničari mogu očito prepoznati kliničke primjere etičkih pitanja, manje će vjerojatno prepoznati moralnu nesigurnost ili nevolju. Medicinske sestre i tehničari trebaju razumjeti i razlikovati kategorije kako bi odredili najprikladniji način rješavanja problema. Moralna nesigurnost može biti najraniji odgovor i javlja se kada medicinske sestre i tehničari osjećaju da nisu u pravu ili su nesigurni u vezi s optimalnim tijekom djelovanja (85). Reakcije medicinskih sestara i tehničara na neko etičko pitanje, mogu se manifestirati kao ispitivanje, nelagoda, napetost i frustracija i možda neće biti prepoznate kao rezultat etičkog pitanja. U moralnoj dilemi medicinske sestre i tehničari to prepoznaju kao dva suprotna pravca djelovanja i mogu se opravdati ako nisu sigurni što izabrati.

Moralni distres je kada medicinske sestre i tehničari znaju pravilan postupak, ali se osjećaju nemoćno djelovati na izbor postupaka zbog institucionalnih, političkih ili hijerarhijskih prepreka, nedostatka resursa, nedostatka potpore ili zakonskih ograničenja (84). Moralni distres također može nastati kada se medicinske sestre i tehničari ne slažu s postupkom jer ga je netko drugi izabrao, ali ga oni moraju provesti u praksi. Oni mogu prvo iskusiti patnju suočavanja sa situacijom, koja je praćena reaktivnom nelagodnom, a u konačnici to može dovesti do nemogućnosti uspješnog rješavanja problema. Medicinske sestre i tehničari zato se mogu osjećati depresivno, ljuto i frustrirano. U ekstremnim slučajevima, moralni distres može dovesti do moralnog bijesa i većih nevolja na radnom mjestu ili u privatnom životu.

Autor Corley (2002) je u radu izjavio da medicinske sestre i tehničari mogu osjećati moralni distres kada promatraju pacijente koji pate ili imaju teške bolove, a kada osjećaju da je skrb o pacijentu ugrožena institucionalnom politikom ili ograničenjima ili osjećaju da se postupak umiranja nepotrebno produžuje. Moralni distres obično je posljedica situacija u kojima medicinske sestre i tehničari smatraju da je skrb pretjerano agresivna za pacijente s ograničenim prognozama, dok se resursi koriste neprimjereno, a pitanja liječenja ne rješavaju se točno i potpuno za svakog pacijenta (78), (80).

Moralni distres prvi je opisao u medicinskoj znanosti Jameton (86). Označava se kao iskustvo ozbiljnog ugrožavanja osobe u praksi u skladu s prihvaćenim profesionalnim vrijednostima i standardnima (87). Autori Wocial i Weaver (2013.) tvrde da je u osnovi moralnog distresa, oblik nevolje koji se događa kad osoba moralno spozna učiniti ispravno, ali je spriječena da djeluje na temelju te uočene obveze (88). Na kraju, osjećaji moralnog distresa i bijesa mogu utjecati na

sposobnost medicinskih sestara i tehničara za skrb o pacijentima, uzrokujući osjećaj negativnosti, nelagode i izgaranja (80). Posebno izložena skupina tom riziku su studentice i studenti sestrinstva, te početnici u sestrinskoj profesiji zbog moralne nesigurnosti i neiskustva u praksi. Najvjerojatniji je razlog tome što će uvidjeti razliku između principa koje su naučili tijekom obrazovanja i onog što stvarno opažaju u svakidašnjoj praksi na radnom mjestu (89). Kada prelaze u ulogu profesionalne medicinske sestre ili tehničara, uviđaju nedostatak povjerenja u donošenje odluka, zabrinutost zbog odnosa s kolegama vršnjacima te nedostatak iskustva u komunikaciji s velikim zdravstvenim timom što dodatno pridonosi njihovoj zbunjenosti i frustraciji u sklopu etičkih dilema (90).

## **5. 2. Rješavanje etičkih dilema**

Prvi korak u rješavanju etičkih sukoba zahtijeva da medicinske sestre i tehničari prepoznaju kada su etičke vrijednosti ugrožene ili kada mogu biti u sukobu. Najčešće je to kada jednostavno osjećaju da neka dužnost ili odgovornost možda nije izvršena na optimalan način (91). Medicinske sestre koordinatori imaju posebnu odgovornost prepoznati kada studenti ili medicinske sestre i tehničari početnici koji su novi u onkološkom okruženju imaju pitanja ili daju komentare o zabrinjavajućim situacijama oko brige za pacijenta. Njihova razmišljanja mogu se odnositi na moralnu nesigurnost i trebala bi biti istražena dijalogom kako bi prepoznali svoje osjećaje i dobili potrebne informacije i podršku.

Iskusni kliničari također će se vjerojatno osjećati nelagodno i neizvjesno u situacijama u kojima im iskustvo i stručnost govore da nešto nije u redu (90). Neće sve medicinske sestre i svi tehničari koji proživljavaju moralni distress, imati koristi od razgovora s kolegom i mentorom, no nekolicina ipak hoće (92). Klima na radnom mjestu presudan je čimbenik pri odabiru hoće li se pokrenuti etička rasprava o

prisutnom etičkom pitanju ili moralnom distresu na tom radilištu. Medicinske sestre i tehničari najčešće se boje neke vrste kazne, osude ili drugih posljedica, naročito ako u pitanje dovode autoritet u hijerarhiji na radnom mjestu. Konkurentnost, lojalnost kolegama, liječnicima i institucijama dovodi do toga da medicinske sestre i tehničari osjećaju da su u sredini i ne mogu odabrati koju će obvezu održati (93). Oni, također mogu vjerovati da su nemoćni riješiti etički sukobe, stoga ih često ne verbaliziraju s drugima. Njihov strah od neuspjeha, strah da će postati žrtve ili strah da nemaju dovoljno stručnosti također može ometati uopće postavljanje etičkih pitanja (91). Konačno, medicinske sestre i tehničari možda ne vjeruju da imaju dovoljno vremena ili energije za rješavanje moralnog distresa, koji je često povezan s etičkim sukobima na njihovom radnom mjestu.

Četiri čimbenika utječu na medicinske sestre i tehničare kada se radi o spremnosti na odgovore na etičke probleme: percepcija medicinskih sestara i tehničara o njihovog utjecaja u okruženju, razina kliničke stručnosti, stupanj etičke brige i jesu li imali stručno obrazovanje u etici ili ne. Iskusne medicinske sestre i tehničari s više godina iskustva mogu se osjećati ovlašćenima za rješavanje teških nesuglasica. Iako se medicinske sestre i tehničari početnici također mogu smatrati zagovornicima etičkog strpljenja, možda se neće osjećati povjerljivima da poduzmu neke mjere u svom zagovaranju zbog njihovog ograničenog iskustva i odlučivanja na radnom mjestu (94). Važno je naglasiti, da su medicinske sestre i tehničari koji su imali formalno etičko obrazovanje u sklopu školovanja, spremniji sagledati etička pitanja i razviti moguća rješenja istih pitanja. Svaki od čimbenika koji su opisani mogu se modificirati i ojačati u onkološkoj kliničkoj praksi za stvaranje profesionalne klime u kojoj se podržava i priznaje problematika etičkih pitanja.

Neriješena etička pitanja, nikako se ne smiju ignorirati jer ostavljaju posljedice

na zdravstvene djelatnike, poput posljedica moralnog distresa različitih razmjera. Na primjer, medicinske sestre i tehničari s iskustvom u kemoterapiji, vjerojatnije je da bi pristali biti ti koji slijede ispravan postupak, dok je manje vjerovatno da bi to bili oni koji nemaju puno iskustva u toj djelatnosti. Jednom kad medicinske sestre prepoznaju moralni distres ili etičko pitanje i postanu motivirani za akciju, oni mogu poduzeti šest koraka koje je opisao Purtillo (2005) (83). To su koraci za analizu i rješavanje etičkih problema u kliničkim situacijama. U idealnom slučaju, medicinske sestre i tehničari neće raditi izolirano na rješavanju pitanja, ali će biti angažirani u zajedničko djelovanje i dijalog s drugim članovima zdravstvenog tima. Poznati postupak rješavanja problema uključuje korake procjene, prepoznavanja etičkog problema, analiziranja problema, istraživanja mogućnosti, provedbu akcije i vrednovanje ishoda cjelokupnog procesa.

Prikupljajući informacije, medicinske sestre i tehničari, trebaju dobiti medicinsku, socijalnu, psihološku anamnezu i pravne informacije bitne za analizu. Kada su u pitanju specifični slučajevi pacijenata, medicinske sestre i tehničari, moraju uzeti u obzir medicinsko i psihološko stanje pacijenta, kao i prognozu bolesti te ciljeve liječenja. Medicinske sestre i tehničari trebaju procijeniti razinu znanja, kapacitet i moguće izbore pacijenta i njegove obitelji. Mnogi drugi kontekstualni čimbenici, poput kulturnih ili vjerskih uvjerenja, organizacijske politike i raspoloživih resursa također bi trebali biti uzeti u obzir jer uvelike mogu utjecati na ishod cjelokupnog procesa rješavanja etičkih pitanja u sestrinskoj onkološkoj skrbi. U ovom informativnom koraku, sve činjenice su važne (95). Uobičajeni sukobi nastaju kad medicinske sestre i tehničari osjete da su pacijentova prava ugrožena, a osnovne dužnosti nisu dovršene ili postoji zabuna oko smjera i cilja zdravstvene njege pacijenta.



Važan korak je i analiza dobivenih podataka i započinjanje rješavanja problema. Brojni teorijski pristupi mogu voditi medicinske sestre i tehničare u njihovoj analizi etičkih pitanja. Neke se etičke teorija temelje na posljedicama, dužnosti, individualnim pravima i odnosima s pacijentom i odnosima u zajednici (79). Medicinske sestre i tehničari obično slijede bilo koji pristup zasnovan na posljedicama ili dužnosti pri rješavanju etičkih problema. Utilitaristički pristup ili pristup zasnovan na posljedicama je pristup u kojem se problemi usredotočuju na sveukupne posljedice različitih akcija s najpovoljnijim rješenjima. Zdravstveni djelatnici mogu se osjećati dobro ako ne govore pacijentima cijelu istinu o njihovim dijagnozama i prognozama raka, to je s jedne strane prihvatljivo jer ih spašavaju od tjeskobe, tuge i beznađa. Zdravstveni djelatnici s perspektivom koja se temelji na dužnosti uvijek će se osjećati obveznima reći cijelu istinu pacijentima, čak i ako iskrenost uzrokuje obostranu emocionalnu patnju i tugu. Većina medicinskih sestara i tehničara često koristi kombinaciju pristupa u njihovom donošenju odluka te tako lakše balansiraju između svojih uvjerenja, želja pacijenta, obitelji i kolega. Medicinske sestre i tehničari moraju prepoznati mišljenja i stavove svih članova zdravstvenog tima i trebaju uzeti u obzir organizaciju, vrijednosti pacijenata i članova obitelji (76), (80). Prethodni slučajevi s etičkim pitanjima mogu pružiti neke primjere smjernica za rješavanje pitanja, a savjetovanje s etičarima i etičkim odborima može biti također korisno, naročito u teškim situacijama i velikim etičkim pitanjima. Međutim, kad se razmatraju sve alternative, neke od mogućnosti mogu biti ograničene zbog pacijenata, neke zbog obitelji ili zbog organizacijskih mogućnosti i prepreka. Zbog nedostatka resursa i sredstava, neke bi opcije mogle biti potpuno nedostupne, iako prijeko potrebne. Na primjer, kada treba nastupiti otpust iz bolnice i pacijent želi ići kući, možda obitelj nije sposobna i spremna ili dostupna za pružanje potrebne skrbi

kod kuće. U takvim okolnostima, treba li odgoditi otpust iz bolnice ili se treba pacijent vratiti kući u neoptimalnom dogovoru, ili bi se pacijent trebao izmjestiti u drugu ustanovu protiv njegove želje da se udovolji obitelji? Odabrano rješenje trebalo bi se temeljiti na preferencijama i pravima uključenih pojedinaca i trebalo bi razmotriti potrebe i mogućnosti pružatelja usluga te obitelji. Iniciranje plana akcije može zahtijevati hrabrost i snagu, jer medicinske sestre i tehničari riskiraju i podvrgavaju se mogućim nesuglasticama s članovima obitelji, pacijentima i kolegama oko izabranog rješenja. Medicinske sestre i drugi članovi zdravstvenog tima imaju priliku da se usredotoče na specifične slučajeve s etičkim problemima.

Etičke grupe za njegu, sastavljene samo od medicinskih sestara i tehničara, također mogu biti formirane za razvijanje sestrinskih kompetencija i vještina potrebnih za rješavanje etičkih problema u sestrinstvu (96). Na takvom forumima i grupama, medicinske sestre i tehničari mogu raspravljati o teškim slučajevima i prepoznati probleme koji trebaju intervenciju. Takve skupine također mogu pružiti mogućnosti za učenje, primjenjuju se i u vježbaju procesa koji stoji iza analize i rješavanja etičkih problema. Mnoge ustanove za obrazovanje za sestrinstvo njegu imaju fakultet koji se specijalizirao za sestrinsku etiku i koji je izvrstan resurs za savjetovanje o etičkim pitanjima u sestrinstvu. Liječnici također mogu tražiti individualne smjernice od etičara u njihovim ustanovama ili zajednicama koje su vješte i upućene su u etičku teoriju te im mogu pomoći u rješavanju specifičnih etičkih pitanja u skrbi za onkološke pacijente (97).

Osim etičkih grupa u rješavanju etičkih problema može pomoći i medicinska sestra koja je posebno educirana za kliničko etičko savjetovanje, koja služi kao mentor i savjetnik medicinskim sestrama i tehničarima koji se suočavaju s etičkim izazovima i situacijama koje na njih ostavlja moralni distres (98). Vođena etičkim

kodeksom za medicinske sestre, tako educirana medicinska sestra, sposobna je poboljšati etičku klimu u zdravstvenim ustanovama, kao sudionik u profesionalnom etičkom odboru i kao savjetnik za osoblje suočeno s etičkim izazovima (46). Obuka za ovaj profil medicinske sestre, moguća je nakon određenog stupnja sestrinske izobrazbe. Neke institucije razvijaju programe za ovaj profil medicinskih sestara i tehničara (99). ASBH (Americal society for bioethics and humanities) nudi program zdravstvene etike, u zvanju certificiranog savjetnika te provodi postupak akreditacije. Uvjeti za pohađanje su najmanje stupanj prvostupnika sestrinstva i barem 400 sati zdravstvenog etičkog iskustva vezanog uz procjenu etičkih slučajeva. Najčešće su to medicinske sestre i tehničari koji imaju dugogodišnje iskustvo s liječenjem raka te etikom i etičkim pitanjima (100).

## 6. ZAKLJUČAK

Skrb o osobama koje boluju od neizlječivih i smrtonosnih bolesti, dio je ljudske povijesti. Unazad pedesetak godina svjedoci smo naglog razvoja onkologije i porasta broja onkoloških pacijenata. Prema prognozama onkoloških bolesti, može se reći da je velik dio njih još uvijek neizlječiv, te za posljedicu ima neizbježnu smrt. Civilizacijski, humanistički i profesionalno, ne smije se dopustiti da danas bilo tko, a osobito teško oboljeli pate zbog boli, malnutricije, dehidracije ili bilo kojeg drugog simptoma raka. No, u novije doba mogućnost suvremene medicine da različitim agresivnim i intenzivnim tretmanima te sofisticiranom tehnologijom, kontrolira simptome raka te one najteže terminalne bolesnike, održava na životu niske kvalitete predstavlja veliko bioetičko pitanje.

Medicinske sestre i tehničari provode najviše vremena uz pacijenta u svim fazama bolesti, pa su najviše izloženi promišljanju o etičkim pitanjima koja se javljaju u sestrinskoj skrbi za pacijente kraju života. Među najveća bioetičkim pitanjima su etička pitanja na kraju života, a najčešća od njih su pitanja eutanazije, distanazije i medicinske beskorisnosti. Gotovo je nevidljiva granica između medicinske beskorisnosti kod jasnog nepovratno izgubljenog zdravlja te liječenja terminalnih bolesnika. Najprisutnija etička pitanja na kraju života pacijenta u sestrinskoj skrbi su pitanje distanazije, pitanje sedacije i nutritivne potpore te hidracije umirujućih bolesnika, pitanje načela autonomije pacijenta, načela dobročinstva i pitanje beskorisnosti medicinskih tretmana na kraju života. Svakako se svako pitanje tiče medicinske sestre i tehničara, jer svakodnevno sudjeluju u postupcima liječenja i produžavanja života različitim metodama. Među njima se ističu i pitanje međusobne

suradnje liječnika, medicinskih sestri i tehničara, pacijenta te njegove obitelji. U tako velikom okruženju, medicinske sestre i tehničari većinom se nalaze u samoj sredini, pa nastoje balansirati između preporuka liječnika, stanja pacijenta, želje obitelji i svojih osobnih uvjerenja. S vremenom neriješena etička pitanja u kliničkom radu mogu dovesti do moralnog distresa i različitih negativnih emocija, prije svega patnje i nelagode medicinskih sestara i tehničara, ali i drugih zdravstvenih djelatnika. Današnja situacija u zdravstvu, velik nedostatak osoblja, visok postotak sindroma sagorijevanja, brza izmjena zaposlenih i nedovoljna edukacija te pripremljenost, čine izazove za medicinske sestre i tehničare koji rade na odjelima onkologije te skrbe za pacijente na kraju života. Uz te izazove, priroda onkoloških odjela i težina uvjeta rada pred medicinske sestre i tehničare stavlja golem zadatak.

Zagovaranje pacijenata i održavanje visoke razine etičkih načela svakako treba biti jedan od ciljeva medicinskih sestara i tehničara koji skrbe za pacijente na kraju života na onkološkim odjelima. Iako su mnoga etička pitanja teška i složena, medicinske sestre i tehničari, mogu poboljšati pitanje etike u struci raspravama i razgovorima, kao i time da budu uzori medicinskim sestrama i tehničarima početnicima. Medicinske sestre i tehničari mogu biti aktivni i ravnopravni članovi u raspravama o složenim etičkim pitanjima u skrbi za pacijente na kraju života na odjelima onkologije. Sukladno tome, zdravstvena njega će biti kvalitetnija, a medicinske sestre i tehničari pod manjim pritiskom obitelji, liječnika i kolega, a time i manjim moralnim distresom.

## **7. ZAHVALE**

Zahvaljujem svojoj mentorici, izv. prof. dr. sc. Ani Borovečki, dr. med., na potpori i vrijednim savjetima te izdvojenom vremenu tijekom studiranja i izrade ovog diplomskog rada na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Želim zahvaliti i svojoj obitelji na potpori tijekom svih godina studiranja na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Ovaj završni rad posvetila bih onima koji više nisu tu, a preminuli su od malignih bolesti, te onima koji se 24 sata dnevno vrijedno bore za njihove živote.

## 8. LITERATURA

1. Onkologija. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža; 2021. [pristupljeno 20.07.2021. ] Dostupno na:  
<http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=45169>
2. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *EJPC*. 2009; 16 (6): 278-89.
3. Mihić D, Mirat J, Včev A, Steiner R, Mihaljević Silvio, Maričić L i sur., Interna medicina udžbenik za studente medicine: Bolesti organa probavnog sustava. Osijek. Sveučilište u Osijeku. Medicinski fakultet. 2021.
4. Dorđević V, Bras M, Brajković L. Person-centered medical interview. *Croat Med J*. 2012; 53 (4):310-313. doi:10.3325/cmj.2012.53.310
5. Braš M, Đorđević V. Palijativna medicina - civilizacijski iskorak. U: Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Zagreb: Medicinska naklada; 2013: 4.
6. Mitka M. Suggestions for help when the end is near. *JAMA*. 2000. Nov 15;284(19): 2441-2.
7. Reinke LF, Shannon SE, Engelberg R, Dotolo D, Silvestri GA, Curtis JR. Nurses' identification of important yet under-utilized end-of-life care skills for patients with life-limiting or terminal illnesses. *J Palliat Med*. 2010;13(6):753-759.  
doi:10.1089/jpm.2009.0423

8. Connor S, Egan K, Kwilosz D i sur. Interdisciplinary Approaches to Assisting With End-of-Life Care and Decision Making. *American Behavioral Scientist*. 2002;46(3):340-56.
9. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Soc Sci Med*. 1999;49(6):727-736. doi:10.1016/s0277-9536(99)00098-2
10. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb; HUSE i HUMS; 1994.
11. Ferrel B, Virani R, Grant M. Analysis of end-of-life content in nursing textbooks. *Oncol Nurs Forum*. 1999. Jun;26(5):869-76.
12. Breivik H, Cherny N, Collett B i sur. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol*. 2009;20(8):1420-1433. doi:10.1093/annonc/mdp001
13. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC i sur. Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *J Pain Symptom Manage*. 2001;22(3):727-737. doi:10.1016/s0885-3924(01)00334-7
14. Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families?. *Cancer J*. 2010;16(5):423-435. doi:10.1097/PPO.0b013e3181f684e5
15. Matulić T. Medicinsko prevrednovanje etičkih granica. *Glas Koncila*. Zagreb. 2006., *Diacovensia* 22. 2014. str. 155.-156.
16. Institute of Medicine (US) Committee on Care at the End of Life, Field MJ, Cassel CK, eds. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1997.



17. Bağcıoğlu C, Ivan G, Uysal N, Karaaslan A i sur. Review of oncology nursing research that conducted by nurses in Turkey and published between 2009-2013: a systematic review. *Türk Onkoloji Dergisi* 2015; 30 (1): 5–15.
18. Hebert K, Moore H, Rooney J. The Nurse Advocate in End-of-Life Care. *Ochsner J.* 2011;11(4):325-329.
19. Bradford N, Irving H, Murray J, Pedersen L, Roylance J, Crowe L. Paediatric palliative care services in Queensland: an exploration of the barriers, gaps and plans for service development. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*: 2012;15 (1), 2-7.
20. Angelini DJ. Interdisciplinary and interprofessional education: what are the key issues and considerations for the future?. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2011;25(2):175-179. doi:10.1097/JPN.0b013e318212ee7a
21. Hinds PS, Oakes LL, Hicks J, Powell B, Srivastava DK, Baker JN. Parent-clinician communication intervention during end-of-life decision making for children with incurable cancer: *Journal of Palliative Medicine*: 2012; 15, 916-922.
22. Foster TL, Lafond DA, Reggio C, Hinds PS. Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: from diagnosis to cure or end of life. *Semin Oncol Nurs.* 2010;26(4):205-221. doi:10.1016/j.soncn.2010.08.003
23. Mitchell AM, Sakrinda T, Dysart-Gale D, Gadmer NM. Nurses' narratives of end-of-life care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*: 2006; 8, 210-221.
24. Browning AM. Incorporating spiritual beliefs into end-of-life care. *J Christ Nurs.* 2009;26(1):10-19. doi:10.1097/01.cnj.0000343918.55809.75

25. Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, et al. Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015;32(4):240-252. doi:10.1177/1043454214555196
26. Hewko SJ, Brown P, Fraser KD, Wong CA, Cummings GG. Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: a quantitative analysis. *J Nurs Manag*. 2015;23(8):1058-1066. doi:10.1111/jonm.12252
27. Toh SW, Hollen VT, Ang E, Lee YM, Devi MK. Nurses' communication difficulties when providing end-of-life care in the oncology setting: a cross-sectional study. *Support Care Cancer*. 2021;29(5):2787-2794. doi:10.1007/s00520-020-05787-1
28. Ko W, Kiser-Larson N. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clin J Oncol Nurs*. 2016;20(2):158-164. doi:10.1188/16.CJON.158-164
29. De Carvalho EC, Muller M, de Carvalho PB, de Souza Melo A. Stress in the professional practice of oncology nurses. *Cancer Nurs*. 2005;28(3):187-192. doi:10.1097/00002820-200505000-00004
30. Medland J, Howard-Ruben J, Whitaker E. Fostering psychosocial wellness in oncology nurses: addressing burnout and social support in the workplace. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(1):47-54. doi:10.1188/04.ONF.47-54
31. Conte TM. Pediatric Oncology Nurse and Grief Education: A Telephone Survey. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2011;28(2):93-99. doi:10.1177/1043454210377900
32. Ergün FS, Oran NT, Bender CM. Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nurs*. 2005;28(3):193-199.

33. Escot C, Artero S, Gandubert C, Boulenger J. P, Ritchie K. Stress levels in nursing staff working in oncology. *Stress and Health. Journal of the International Society for the Investigation of Stress.* 2001;17(5), 273–279. doi.org/10.1002/smi.90
34. Ekedahl M, Wengström Y. Nurses in cancer care--coping strategies when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nurs.* 2006;10(2):128-139. doi:10.1016/j.ejon.2005.05.003
35. Beckstrand RL, Moore J, Callister L, Bond AE. Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncol Nurs Forum.* 2009;36(4):446-453. doi:10.1188/09.ONF.446-453
36. N Prić. *Etika u sestinstvu.* Zagreb: Školska knjiga; 2013.
37. Ham K. Principled thinking: a comparison of nursing students and experienced nurses. *J Contin Educ Nurs.* 2004;35(2):66-73. doi:10.3928/0022-0124-20040301-08
38. Cerit B. A study of validity and reliability of Nursing Dilemma Test and nurses' level of ethical decision-making. *Hacettepe Univ Fac Health Scie Nurs* 2010; 17: 47–67.
39. Cerit B, Dinç L. Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: a correlational study. *Nurs Ethics.* 2013;20(2):200-212. doi:10.1177/0969733012455562
40. Kalauz S. *Etika u sestinstvu.* Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
41. Čović A. *Izazovi bioetike.* Zagreb: Hrvatsko filološko društvo; 2000.
42. Rinčić I. *Europska bioetika: ideje i institucij.* Zagreb: Pergamena; 2011.

43. Fry ST, Johnston MJ. *Ethics In Nursing Practice*. 2nd Edition. Malden, MA: Blackwell Science Ltd; 2002.
44. Lin YP, Watson R, Tsai YF. Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nursing Ethics*:2013; 20, 168–177.  
<https://doi.org/10.1177/0969733012458609>
45. Sulmasy DP. Dignity and bioethics: History, theory, and selected application. In A. Schulman, TW. Merrill (Eds.), *Human dignity and bioethics: Essays commissioned by the President's Council on Bioethics* (pp. 469–501). DC: President's Council on Bioethics. Washington; 2008
46. American Nurses Association. *The code of ethics for nurses with interpretive statements*: Maryland; 2015.
47. Matiti M, Cotrel-Gibbons E, Teasdale K. Promoting patient dignity in healthcare settings. *Nurs Stand*. 2007;21(45):46-54. doi:10.7748/ns2007.07.21.45.46.c4584
48. Nåden D, Eriksson K. Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nurs Sci Q*. 2004;17(1):86-91. doi:10.1177/0894318403260652
49. Watson J. *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2012
50. Kalauz S. *Etička promišljanja medicinskih sestara u zajednici*. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu. Dostupno na:  
<https://hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/181/154> (25. 06. 2021.)
51. Ozaras G, Abaan S. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):628-639. doi:10.1177/0969733016664971

52. Preporuka Rec (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama Članicama o organizaciji palijativne skrbi prihvaćena od Povjerenstva ministara 12. studenoga 2003.
53. Skupština Hrvatskog liječničkog zbora. Kodeks medicinske etike i deontologije, u: Narodne novine 55/08.; čl. 4., ad 3.
54. Paris JJ, McCormick RA. Living will legislation, reconsidered. *American Journal of Bioethics* (NY). 1981;146(4):86-89.
55. Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life support. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs. *JAMA*. 1990;263(3):426-430.
56. Ginsburg M. Medical futility and end-of-life care: an inter-organizational approach: u: HEC. 1999. 12, str. 181-182.; 187
57. Russo G. Bioetica. Manuale per teologi, Editrici L.A.S. («Manuali e Sussidi per lo Studio della Teologia - Lex vivendi - Ethica»), Roma 2005, 495 pp., 17 x 24, ISBN 88-213-0587-2.
58. The Hasting Center Guidelines on the termination of Life Sustaining Treatment and the Care of the Dying. Hastings center. Bloomington/Indianapolis; 1987. str. 32.
59. Pessini L. Distanzija. Do kada produžavati život? Rijeka: Adamić; 2004., str. 160.
60. Jušić A. Hospicij i palijativna skrb, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb. Hrvatski liječnički zbor: Zagreb; 2004.
61. Halliday R. Medical futility and the social context. *J Med Ethics*. 1997;23(3):148-153. doi:10.1136/jme.23.3.148

62. Moratti S. The development of "medical futility": towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *J Med Ethics*. 2009;35(6):369-372. doi:10.1136/jme.2008.027755
63. Mohammed S, Peter E. Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):292-302. doi:10.1177/0969733009102691
64. Lascaratos J, Poulakou-Rebelakou E, Marketos S. Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition?. *J Med Ethics*. 1999;25(3):254-258. doi:10.1136/jme.25.3.254
65. Frković A. Bioetički ogledi o kvaliteti života: Pitanje distanzacije i eutanazije. *Socijalna ekologija* [Internet]. 2007 [pristupljeno 22.07.2021.];16(2-3):215-229. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/17239>
66. Šamija M, Nemet D. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada. Zagreb; 2010.
67. Swedish Society of Nursing and Swedish Resuscitation Council (Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförning, and Svenska Rådet för Hjärt-lungräddning). Ethical Guidelines for CPR (Etiska riktlinjer för HLR). 2013 Apr 05. [cited 1 May 2018]. In *Ethics in CPR* [Internet]. Dostupno na: <https://www.hlr.nu/wp-content/uploads/2018/03/Etiska-riktlinjer-foer-HLR-Maj-2013.pdf> [Pristupljeno: 03.06.2021]
68. Pettersson M, Hedström M, Höglund AT. Striving for good nursing care: nurses' experiences of do not resuscitate orders within oncology and hematology care. *Nurs Ethics*. 2014;21(8):902-915. doi:10.1177/0969733014533238

69. Svantesson M, Sjökvist P, Thorsén H. End-of-life decisions in Swedish ICUs. How do physicians from the admitting department reason?. *Intensive Crit Care Nurs.* 2003;19(4):241-251. doi:10.1016/s0964-3397(03)00055-7
70. Olver IN, Elliott JA. Translating into Practice Cancer Patients' Views on Do-Not-Resuscitate Decision-Making. *Cancers (Basel).* 2016;8(10):89. Published 2016 Sep 27. doi:10.3390/cancers8100089
71. Pfeil TA, Laryionava K, Reiter-Theil S, Hiddemann W, Winkler EC. What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key. *Oncologist.* 2015;20(1):56-61. doi:10.1634/theoncologist.2014-0031
72. Mockford C, Fritz Z, George R, et al. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation.* 2015;88:99-113. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.11.016
73. Udo C, Lövgren M, Lundquist G, Axelsson B. Palliative care physicians' experiences of end-of-life communication: A focus group study. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(1):10.1111/ecc.12728. doi:10.1111/ecc.12728
74. Pettersson M, Hedstrom M, Hoglund AT. Ethical competence in DNR decisions -a qualitative study of Swedish physicians and nurses working in hematology and oncology care. *BMC Med Ethics.* 2018.June 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0300-7> PMID: 29914440
75. Odachi R, Tamaki T, Ito M, Okita T, Kitamura Y, Sobue T. Nurses' Experiences of End-of-life Care in Long-term Care Hospitals in Japan: Balancing Improving the

- Quality of Life and Sustaining the Lives of Patients Dying at Hospitals. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017;11(3):207-215. doi:10.1016/j.anr.2017.08.004
76. Lind R. Sense of responsibility in ICU end-of-life decision-making: Relatives' experiences. *Nurs Ethics*. 2019;26(1):270-279. doi:10.1177/0969733017703697
77. Varcoe C, Doane G, Pauly B, et al. Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *J Adv Nurs*. 2004;45(3):316-325. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02892.x
78. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005;24(5):229-241. doi:10.1097/00003465-200509000-00011
79. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press; 2001.
80. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002;9(6):636-650. doi:10.1191/0969733002ne557oa
81. Luttrell S. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. *BMJ*. 1999;318(7200):1709-1710. doi:10.1136/bmj.318.7200.1709
82. Campbell CR. Partridge: Artificial nutrition and hydration – guidance in end of life care for adults London. National Council for Palliative Care and Association for Palliative Medicine: 2007.
83. Putillo RB. *Ethical dimensions in the health professions* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.
84. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook*. 2000;48(5):199-201. doi:10.1067/mno.2000.110564



85. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
86. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs.* 1993;4(4):542-551
87. Varcoe C, Pauly B, Webster G, Storch J. Moral distress: tensions as springboards for action. *HEC Forum.* 2012;24(1):51-62. doi:10.1007/s10730-012-9180-2
88. Wocial LD, Weaver MT. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *J Adv Nurs.* 2013;69(1):167-174. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x
89. Cantrell MA, Browne AM, Lupinacci P. The impact of a nurse externship program on the transition process from graduate to registered nurse: Part 1 quantitative findings. *J Nurses Staff Dev.* 2005;21(5):187-195. doi:10.1097/00124645-200509000-00001
90. Casey K, Fink R, Krugman M, Propst J. The graduate nurse experience. *J Nurs Adm.* 2004;34(6):303-311. doi:10.1097/00005110-200406000-00010
91. Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs.* 1998;28(5):1134-1145. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00810.x
92. Bosek MSD. Moral distress at 3 am. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation:* 7, 4–9; 2005
93. Hamric AB. Reflections on being in the middle. *Nurs Outlook.* 2001;49(6):254-257. doi:10.1067/mno.2001.120247

94. Hamric AB. The nurse as a moral agent in modern health care. *Nurs Outlook*. 1999;47(3):106. doi:10.1016/s0029-6554(99)90001-5
95. Ahronheim JC, Moreno JD, Zuckerman C. *Ethics in clinical practice* (2nd ed.). Gaithersburg, MD: Aspen; 2000.
96. Andrews DR. Fostering ethical competency: an ongoing staff development process that encourages professional growth and staff satisfaction. *J Contin Educ Nurs*. 2004;35(1):27-45. doi:10.3928/0022-0124-20040101-10
97. Hamric AB. Bridging the gap between ethics and clinical practice. *Nurs Outlook*. 2002;50(5):176-178. doi:10.1067/mno.2002.128784
98. Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Part 2. *Br J Nurs*. 2016;25(3):156-161. doi:10.12968/bjon.2016.25.3.156
99. Jurchak M, Grace PJ, Lee SM, Willis DG, Zollfrank AA, Robinson EM. Developing Abilities to Navigate Through the Grey Zones in Complex Environments: Nurses' Reasons for Applying to a Clinical Ethics Residency for Nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(4):445-455. doi:10.1111/jnu.12297
100. Gallagher CM, Neel MB, Sotomayor CR. A retrospective review of clinical ethics consultations requested by nurses for oncology patients. *Journal of Nursing*: 2018;7, 1–7. <https://doi.org/10.18686/jn.v7i1.137>

## 9. ŽIVOTOPIS

Lana Marčetić Rodić, rođena je 28. 10. 1996. u Sisku.

Osnovno obrazovanje završila je u Osnovnoj školi „22. lipnja“ u Sisku. Srednju školu Topusko završila je u Topuskom. Akademske godine 2016. /2017. upisuje Veleučilište u Bjelovaru, stručni studij Sestrinstva. Za vrijeme studija nagrađivana je stipendijama, Dekanovom nagradom za izvrsnost te je proglašena najboljom studenticom generacije 2016./2017. Akademske godine 2019./2020. upisuje Sveučilišni diplomski studij Sestrinstva, na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.