

Distanzacija - naša stvarnost

Dobrića-Dintinjana, Renata; Redžović, Arnela; Dintinjana, Marijan; Belac-Lovasić, Ingrid

Source / Izvornik: **Medicina Fluminensis, 2015, 51, 393 - 395**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:558428>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Distanazija – naša stvarnost

The reality of dysthanasia

Renata Dobrila-Dintinjana^{1*}, Arnela Redžović¹, Marijan Dintinjana², Ingrid Belac-Lovasić¹

¹Klinika za radioterapiju i onkologiju,
KBC Rijeka, Rijeka

²Ordinacija opće medicine dr. Marijan
Dintinjana, Rijeka

Primljeno: 10. 9. 2014.

Prihvaćeno: 9. 12. 2014.

Sažetak. Život i smrt dva su nerazdvojna pola ljudske stvarnosti i, uz umijeće življenja, postoji i umijeće umiranja. Suprotno eutanaziji, u našim ustanovama svakodnevno se provodi „distanazija“. Distanazija je termin koji označava polaganu i bolnu, nedostojnu smrt zbog podržavanja procesa umiranja beskorisnim liječenjem koje negira ljudsko dostojanstvo. U zemljama zapadne Europe koristimo izraz „terapijska ustrajnost“, a u SAD-u se koristi izraz „medicinska beskorisnost“.

Ključne riječi: distanazija; eutanazija; kraj života; kvaliteta života

Abstract. Life and death are two inseparable parts of human reality and along the art of living, there is also the art of dying. Contrary to euthanasia, in our Institutions daily “dysthanasia” is carried out. Dysthanasia is a term for a slow and painful, unworthy death due to supporting the process of dying with useless treatment that denies human dignity. In Western European countries the term “therapeutic perseverance” is used, while in the United States the term “medical futility” is used.

Key words: dysthanasia; euthanasia; quality of life; the end of life

***Dopisni autor:**

Prof. dr. sc. Renata Dobrila-Dintinjana
Klinika za radioterapiju i onkologiju,
KBC Rijeka
Krešimirova 42, 51 000 Rijeka
e-mail: renatadobрила@windowslive.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

U zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske (RH), sukladno njenim zakonima, ne provodi se eutanazija ni asistirani suicid. Ipak, o eutanaziji i asistiranom suicidu često se raspravlja i u znanstvenim zajednicama i u medijima. O navedenim pojmovima zauzimaju se oprečna stajališta, vrlo često vezana uz kulturne, religiozne i druge razlike. Rijetko postoji i sloga u poimanju činjenice da su život i smrt dva nerazdvojna pola ljudske stvarnosti i da uz umijeće življenja treba jasno razgovarati i o umijeću umiranja. Suprotno eutanaziji, u našim ustanovama svakodnevno se provodi „distanazija”. Pojam je to koji je kod nas slabo poznat i slabo rabljen u zdravstvenim akademskim krugovima i u medijima¹.

ŠTO JE DISTANAZIJA?

Utemeljitelj pojma i problema distanazije je doktor bioetike i moralni teolog, svećenik iz Brazila Leo Pessini. Sam izraz distanazija je neologizam grčkog podrijetla koji označava polaganu i bolnu, nedostojnu smrt zbog podržavanja procesa umiranja beskorisnim liječenjem koje negira ljudsko dostojanstvo, odnosno, radi se o umjetnom odgađanju neizbježne smrti. U zemljama zapadne Europe koristimo izraz „terapijska ustrajnost”, a u SAD-u se koristi izraz „medicinska beskorisnost”. Uz pojam eutanazije i distanazije javlja se i pojam ortotanazije koji označava tzv. dostojanstvenu smrt, bez skraćivanja, ali i bez nepotrebnog produživanja života koje nameće dodatnu patnju²⁻³. Kad govorimo o terapijskoj ustrajnosti mislimo na medicinsko ponašanje koje se sastoji od korištenja terapijskih postupaka koji nemaju učinak ili čiji je učinak škodljiviji od same bolesti koju treba liječiti jer je liječenje nemoguće, a očekivana pogodnost manja od predvidivih nepravilika. Distanazija je počela biti etički problem razvojem tehnologije i uporabom te tehnologije u završnoj fazi života, kada se koriste svi raspoloživi resursi u želji da se pobjedi smrt². U zdravstvenim ustanovama RH distanazija je uobičajena, i što je bolnica tehnički više opremljena, to je distanazija češća i sofisticiranija. Liječnici se vrlo teško odupiru nasrtajima obitelji/medija da se učini nemoguće ili barem da se „pokuša sve” u svrhu umiranja vlastite savjesti. Promišljeno i razumno stajalište

vrlo je često okarakterizirano kao nehumano, kao vršenje eutanazije ili nepružanje pomoći. Slobodno možemo kazati da je pojam humanosti postao jedan od najzlorabljivijih pojmova uopće⁴⁻⁵. U bolnicama razvijenih zemalja postoji jasna svijest (zajedno s praćenjem financijske opravdanosti postupaka) u pogledu upotrebe visokosofisticirane medicinske tehnologije u finalnoj fazi života. Na krevetima pacijenata koji su u terminalnoj fazi života stoji natpis „Do not resuscitate”, odnosno, „Ne provoditi postupak oživljavanja”. Da bismo i

U našim zdravstvenim ustanovama svakodnevno se provodi „distanazija”. Razvojem tehnologije i uporabom te tehnologije u završnoj fazi života distanazija postaje etički problem.

u našim okolnostima mogli primijeniti isti postupak, prije svega je nužan iskren i otvoren dijalog s pacijentom⁶.

KAKO SPRIJEČITI/LIJEČITI DISTANAZIJU?

U posljednjem desetljeću došlo je do velikih pomaka u tom smislu; više se ne pišu lažna otpusna pisma, pacijentima se pri otpustu iz bolnice uglavnom (> 80 % slučajeva) priopći točna dijagnoza, no sam proces terminalne faze bolesti i umiranja još uvijek je obavijen velom tame i posvemašnjom šutnjom. Još uvijek nije uobičajeno da liječnik koji je liječio i vodio pacijenta s njim obavi razgovor o terminalnoj fazi bolesti i predoči pacijentu moguć tijek kretanja bolesti, stoga liječnik ne zna koje su preferencije pacijenta i kako bi trebalo postupati. Sukladno navedenom, svakodnevno dolazi do situacija kada pacijentu naglo pozli i kada više nije u stanju iskazivati svoje želje po pitanju terminalne faze bolesti. I tada pacijent postaje predmet moralne i zakonske skrbi obitelji, koja bilo iz emocionalnih bilo iz drugih razloga ne želi/neće prihvatiti istinu o stanju pacijenta i vrši ogroman pritisak na kompletan zdravstveni sustav, od doktora primarne zdravstvene zaštite, hitne medicinske pomoći pa sve do kliničkih odjela i jedinica intenzivnog liječenja. Sve to moglo bi se uvelike izbjeći ako bismo imali pisani zapis s razgovora koji bi liječnici trebali obaviti sa svojim neizlječivim pacijentima⁷⁻¹⁰.

UČESTALOST DISTANAZIJE

U onkoloških pacijenata (naročito onih mlađe životne dobi) vrlo se često provodi distanzija. Prema podacima Europskog društva za medicinsku onkologiju (engl. *European Society for Medical Oncology* – ESMO) u posljednja dva mjeseca života oko 48 %, a u posljednjem mjesecu oko 30 % pacijenata prima kemoterapiju, a taj broj je u stalnom porastu usprkos nesvrhovitosti i toksičnosti takve terapije¹¹⁻¹³. Sukladno tome, sve se

U posljednja dva mjeseca života 48 % pacijenata, a u posljednjem mjesecu oko 30 %, prima kemoterapiju usprkos njenoj nesvrhovitosti i toksičnosti.

više povećava broj pacijenata koji umiru u bolnicama, a u najvećem broju slučajeva radi se o štetnim posljedicama kemoterapije koje dovode pacijenta u takvo stanje da ga se ne može otpustiti iz bolnice¹⁴⁻¹⁵. Iako je poznato da kemoterapija nema smisla u pacijenata s uznapredovalom metastatskom bolesti, čak 6 – 10 % takvih pacijenata prima kemoterapiju u posljednjem tjednu svog života¹⁴⁻¹⁶. Takvo postupanje uzrokuje velik bol i patnju pacijenata, opterećuje bolničke sustave i neučinkovito troši zdravstvene resurse. Takav odnos prema onkološkim pacijentima zasigurno nije u skladu s temeljnim ciljevima medicine¹⁷.

ZAKLJUČAK

Koji su zapravo ciljevi moderne medicine? Definicija Svjetske zdravstvene organizacije iz 1947. definirala je zdravlje kao „potpunu tjelesnu, umnu i društvenu dobrobit”¹. Po toj definiciji gotovo nitko iz populacije odraslih ljudi nije zdrav. Definicija centra Hastings koja govori o zdravlju kao „osjećaju dobrobiti i integriteta tijela i uma, odsustvu značajnijih bolesti i sposobnosti osobe da slijedi svoje životne ciljeve radi djelovanja u uobičajenom društvenom i radnom kontekstu” puno je primjerenija sadašnjem trenutku. Osnovni, prvi cilj medicine je nesumnjivo spasiti i produžiti život. No u sadašnje doba tehnologije produženje života može značiti i „život na aparatima”. Drugi cilj je poboljšati i održavati

zdravlje¹⁰. No kako definiramo zdravlje 90 godišnjaka? Ili djeteta s višestrukim malformacijama? Ublažavanje bola i patnje također je jedan od ciljeva medicine. Trebamo li onda eutanaziju/ asistirani suicid prihvatiti kao mogućnost za navedene situacije gdje se na drugi način ne mogu ublažiti ni bol ni patnja? Otvoreno je i pitanje trebamo li onda patnju i bol uzrokovane egzistencijalnim, psihičkim i ostalim problemima (poput nesretne ljubavi) liječiti farmakološki? Suprotno uvriježenom mišljenju bolest nije jedinstven pojam. U engleskom jeziku imamo više pojmova koji opisuju razna stanja; *malady* je svako stanje (osim bolesti) koje ugrožava zdravlje (defektnost, duševna patnja), *disease* je loše fiziološko/duševno funkcioniranje koje uzrokuje bolest i može prouzročiti preranu smrt, *illness* označava subjektivan osjećaj osobe čija je duševna dobrobit oslabljena/odsutna te *sickness*, odnosno percepcija koju društvo ima o zdravstvenom stanju osobe¹⁷.

Callahan navodi da postoje četiri cilja medicine:

1. Prevencija bolesti i patnje, održavanje zdravlja
2. Ublažavanje bola i patnje
3. Liječenje i skrb o osobama s (ne)izlječivim bolestima
4. Izbjegavanje prerane i traženje mirne smrti.

Smrt se ne smije shvaćati kao medicinska pogreška ili „kapitulacija” medicine, smrt je sastavni dio ciklusa života, stoga kod pacijenata koji su u terminalnoj fazi života treba brižljivo razmotriti i ocijeniti korisnost bilo kojeg tretmana i postaviti si osnovno pitanje – u odnosu na koji cilj? Cilj svake medicinske intervencije u bilo kojoj fazi bolesti je „pogodovanje” pacijentu, a beskorisni tretmani upravo su u suprotnosti s time.

Izjava o sukobu interesa: Autori izjavljuju da ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. Cancer pain relief and palliative care [Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization Expert Committee. 1990 [cited 2015 April 30]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_804.pdf.
2. Callahan D. The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform. Georgetown: University Press, 1999.
3. Callahan D. What kind of life: a challenging exploration of the goals of medicine. New York: Touchstone Books, 1990.

4. Burgues M. The medicalization of dying. *The Journal of Medicine and Philosophy* 2001;8:269-79.
5. Leo Pessini: *Distanzija. Ate quando prolongar a vida?* Loyola, Sao Paulo, Brasil: Centro Universitario Sao Camilo, 2001.
6. Bilajac Sorta I, Pessini L, Dobrila-Dintinjana R, Hozo I. Dysthanasia: the (il)legitimacy of artificially postponed death. *Rijeka: Medicinski arhiv*, 2005;59:199-202.
7. Dobrila-Dintinjana R, Redzovic A, Peric J, Petranovic D. The Approaches in the Care for Terminal Cancer Patients in Radiotherapy and Oncology Clinic Rijeka. *Coll Antropol* 2013;1:287-90.
8. de Menezes MB, Sellii L, de Souza A. Dysthanasia: Nursing professionals' perception. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009;17:443-8.
9. Shah A, Mushtaq A. The right to live or die? A perspective on voluntary euthanasia. *Pak J Med Sci* 2014;30:1159-60.
10. Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008;2:49-53.
11. Kehl KA. Moving toward peace: an analysis of the concept of a good death. *Am J Hosp Palliat Care* 2006;23:277-86.
12. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2014;370:2506-14.
13. Earle CA, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *Journal of Clinical Oncology* 2004;22:315-21.
14. Emanuel EJ, Young-Xu Y, Ash A, Gazelle G, Levinsky N, Moskowitz M. Expanding Horizons in Bioethics. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2001;20:181.
15. Morishima T, Lee J, Otsubo T, Ikai H, Imanaka Y. Impact of hospital case volume on quality of end-of-life care in terminal cancer patients. *J Palliat Med* 2012;173-8.
16. Näppä U, Lindqvist O, Rasmussen BH, Axelsson B. Palliative chemotherapy during the last month of life. *Ann Oncol* 2011;22:2375-80.
17. Šamija M, Nemet D. *Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika*. Zagreb: Medicinska naklada, 2010.