

## UMIRANJE I GUBICI U STAROSTI

Dušan Milinković

Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Studijski centar socijalnog rada

Pregledni članak

UDK 364.276 - 053.9

Primljeno: srpanj 1995.

*Proces starenja stanovništva ubrzano zahvaća i zemlje u razvoju, tako da se problemi života u starosti i umiranja javljaju kao globalni problemi. Nekad je većina ljudi umirala u obiteljskom okruženju. Danas se pretežno umire u nekoj instituciji ili usamljeno u vlastitom domu. Tako iskrsavaju pitanja dostojanstva čovjekova života i njegove smrti, ili još konkretnije, pravo čovjeka na smrt i umiranje u dostojanstvu. U novije vrijeme razvijaju se pokreti koji su opisani u ovom radu, a kojima se nastoji umirućoj osobi pružiti odgovarajuća podrška a njezinoj obitelji i prijateljima stvoriti primjerene uvjete za dostojanstven oproštaj.*

## 1. UVOD

Intenzivan razvoj gerontologije u 20. stoljeću, a osobito u njegovoj drugoj polovici, sve više u žarište interesa znanstvenika različitih znanstvenih disciplina i opredjeljenja dovodi neka pitanja koja su u ranijem razdoblju ostajala na razini filozofije života i smrti te se primarno iskazivala kao pojedinačan odnos ili stav prema njima. Starenje populacija zemalja razvijenog svijeta, s prosječnim očekivanim trajanjem života obično između 70 i 80 godina, čak i za muško stanovništvo, te s jasno prepoznatljivim znacima procesa starenja stanovništva mnogih zemalja u razvoju, pobuđuje društveni interes za pronalaženje novih sadržaja kojima bi se ljudi bavili u tako produženom životu. Tako se i nadalje prepoznaje prerastanje individualnih i obiteljskih problema u društvene probleme sa svim promjenama i posljedicama koje iz takvih procesa proizlaze. Sve je veći broj zemalja u kojima je već svaki peti, a u nekima i svaki četvrti stanovnik star čovjek, odnosno u kojima ljudi stariji od 80 godina nisu više nikakav izuzetak, pa se već uvelike govori o ljudima četvrte generacije. Takva demografska situacija usmjerava društvenu pozornost prema izgradnji društvenih stavova i odgovarajućeg ponašanja koji bi bili u skladu s promijenjenim okolnostima. U tom je smislu razvoj socijalne gerontologije, osobito kao znanosti primjenjene na socijalni kontekst života u starosti, u posljednjim decenijama dvadesetog stoljeća jasno uočljiv.

I u našoj zemlji većina stanovništva može očekivati da će umrijeti tek u starosti\*, a to se pogotovo može očekivati za živorođeno dijete čije je prosječno očekivano trajanje života doseglo oko 70 godina uz očekivano dalje povećanje u budućnosti. Kako se produženje ljudskog vijeka ipak zbiva postupno u dužim razdobljima, u svakodnevnom se

\* U Hrvatskoj je 1992. godine od ukupnog broja umrlih 40,5% umrlo u zdravstvenoj ustanovi 74,8% umrlo je u dobi iznad 60 godina. Kod muškaraca postotak umrlih u starosti iznosio je 64,7%, a kod žena 86,3%.

životu formiraju stavovi o "uobičajenoj", "normalnoj" ili "prirodnoj" dužini života, te tako i o "preranoj", "uzaludnoj", "tragičnoj" smrti u mladosti, ili pak o smrti "baš na vrijeme" "u pravi čas" ili "nakon ispunjenog života" u starosti. S druge strane, određeni socijalni kontekst života dovodi do ocjene da su pojedinci "izgubili želju za životom" ili pak "umrli kad su bili spremni". Očividno je da filozofija života i smrti uključuje interakciju fizioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika te u određenom kulturnom ambijentu razvija vjerovanja i praksu povezanu s umiranjem i sa smrti, s osnovnim ciljem da se umanje negativni efekti na socijalnu strukturu.

Staru dilemu o tome je li subjektivno starost ugodno ili neugodno životno razdoblje, u velikoj mjeri određuje činjenica da starost uvijek završava smrću. Zagovornici starosti, sve od stoičkih filozofa i Marka Tulija Cicera pa sve do danas, smatrali su da je starost lijepo i plemenito životno razdoblje, pogotovo ako je ispunjeno odgovarajućim sadržajem, pa se onda teškoće koje ono sa sobom donosi mogu lakše podnositi. Smrt se onda, nakon vrijednog i ispunjenog života, lakše prihvaća; ona donosi konačno smirenje. Dakako da je većina vijek smatrala da je starost nelagodno, ružno, beskorisno i žalosno razdoblje života, u kojem se čovjek osjeća usamljenim, odbačenim, bolesnim, nepotrebnim i suvišnim. U takvim se okolnostima smrt javlja kao izbaviteljica koja se dočekuje s olakšanjem, a razmišljanje o eutanaziji u okolnostima kada prirodna smrt "kasni" nije više daleko.

Odnos prema tuđoj i vlastitoj smrti, a pogotovo u zapadnoj civilizaciji u kojoj je strah od smrti izrazito prisutan, formira se i na temelju prakse, te kao psihološki čimbenik može utjecati i na sam biološki događaj. Osobni pristup smrti primarno je određen vlastitim stilom, osjećajem spremnosti, vještinom oponašanja i socijalnom podrškom. Tako se u zapadnoj kulturi obično istražuju sljedeća ponašanja vezana sa smrću: proces umiranja i njegovo značenje za osobu koja umire; uvjeti i mogućnosti skrbi za umirućega; koncept prava na smrt; rituali u žalovanju, tugovanje, oplakivanje, kao i iskustvo obudovjelosti. U novije vrijeme, potaknuta razvojem medicinske tehnike i tehnologije, terminalna se faza života može znatno produžiti. Time se otvaraju i neka nova pitanja, koja nisu samo praktične naravi vezana uz skrb za umirućega i pomoć njegovoj obitelji, već se primarno odnose na etička, moralna, religijska, financijska, pravna i slična pitanja oko umjetno podržavanog života i pitanja eutanazije u najširem smislu. U tom kontekstu posebno je na kušnju stavljena medicinska etika, osobito u ovome razdoblju u kome još ne postoje izgrađena ni individualna ni društvena stajališta o tome pitanju. Štoviše, stavovi su veoma suprotstavljeni, pojedinačne odluke često ostavljene vlastitoj savjesti, a praktična pitanja koja se javljaju brojna su i osjetljiva. Tako su pitanja života dovedena do ruba (Šeparović, 1990) kada se samo produžava bol i patnja, vrši svojevrstan teror čovječnosti, a nad odlukom o vrsti zdravstvenog tretmana visi etička pa i zakonska sankcija društva.

Tako se u praksi sučeljavaju dva biomedicinska modela: dugovječnost i kompresija morbiditeta, koji primarno ovise o pojedinačnim i društvenim stajalištima i uvjerenjima, a ne o objektivnim činjenicama i mogućnostima (Jakšić, Budak, 1995). Model dugovječnosti temelji se na današnjoj ljudskoj težnji da se život čovjeka produži, koristeći se svim mogućnostima, a osobito novim otkrićima i metodama molekularne biologije i genetskog inženjeringa, ne pitajući za cijenu i za posljedice. Prosječno očekivano trajanje života čovjeka u dvadesetom je stoljeću naglo poraslo, ali najveći dio toga porasta nije proizašao iz znatnijeg pomicanja maksimalne dužine čovjekova života, već eliminiranjem smrtnosti u mladim i najmladim dobnim skupinama, a osobito smanjenjem smrtnosti dojenčadi.

Takav put eliminiranja prežane smrtnosti i dosizanja uobičajene dužine života za većinu živorođenog potomstva nije nikad bio sporan. On je opravdan i prihvatljiv, kako s individualnoga tako i s društvenog stajališta. Međutim, razvijene zemlje takve su rezerve produženja života već praktično iskoristile, tako da je mortalitet dojenčadi doveden do vrlo niske razine, uglavnom do biološki određenog i neizbježnog mortaliteta; mortalitet uzrokovan bolestima sredovječnog stanovništva je nizak, a proces starenja je znatno uznapredovao tako da velika većina stanovništva umire tek u starosti. Daljnja su očekivanja najvećim dijelom usmjerena na već spomenuta znanstvena otkrića i upotrebu antioksidacijskih sredstava, za koja se procjenjuje da već u ovoj generaciji maksimalnu dužinu života čovjeka mogu produžiti za oko tridesetak godina, a u ne tako dalekoj budućnosti do takve dugovječnosti koja bi se mjerila stoljećima. Nije teško zaključiti da bi prema tom modelu davnashnji čovjekov san bio pred ostvarenjem, ali je isto tako lako spoznati da bi posljedice do kojih bi takav razvoj doveo bile katastrofalne.

Drugi model, kompresije morbiditeta, nalazi svoje ishodište i ciljeve u spoznaji da je dužina ljudskoga života genetski određena, odnosno da je prirodna smrt određena i programirana. Prema sadašnjim spoznajama ta dužina iznosi oko  $85 \pm 7$  godina - toj su se granici mnoge razvijene zemlje veoma blizu primakle. U takvim se okolnostima zadaci medicine usmjeravaju na to da se što više eliminiraju bolesti u starosti, odnosno da se razdoblje oboljelosti skрати na što kraće vrijeme, uglavnom na kraće razdoblje prije same smrti. Istodobno se pred društvenu zajednicu postavlja zadaća da razdoblje starosti učini aktivnim, sadržajnim i punovrijednim razdobljem života. Tako bi se izbjegli visoki troškovi dugotrajnog liječenja u starosti, smanjili bol i patnja izazvani bolešću, a tako uštedena sredstva mogla bi se koristiti za opće podizanje kvalitete života u starosti. Očividno je da se prema tom modelu približavamo općeprihvaćenij i već nekoliko desetljeća korištenoj maksimi o dodavanju života godinama, a ne godina životu.

Nema sumnje da se oba modela očituju kao svojevrsni ekstremi te da u današnjem vremenu, kad još nisu zauzeta konačna etička i moralna stajališta, ostavljaju puno slobodnog prostora u donošenju konkretnih odluka. Stoga ne iznenađuje što se upravo ovih dana pojavila eciklika pape Ivana Pavla II, *Evangelium vitae*, vrhovnog moralnog autoriteta u današnjem svijetu, u kojoj su pored ostaloga velikim dijelom sadržani i stavovi o zdravstvenom tretmanu u terminalnoj fazi života, eutanaziji i sličnim pitanjima povezanim s čovjekovim životom neposredno prije smrti, odnosno u kojoj se daje cjelovito katoličko učenje o vrijednosti i nepovredivosti ljudskoga ovozemaljskog života.

I kontekst umiranja se uvelike promijenio. Danas je umiranje u svijesti ljudi primarno vezano za starost. Iako starenje ne uzrokuje smrt, ipak je asocijativni odnos veoma naglašen. Tako se prirodni ciklus života očekuje sve do starosti, a smrt se prihvaća kao vremenski događaj kojim starost prirodno završava. Samo oni koji smrt smatraju neprirodnim događajem nastoje život produžiti sve dok je to medicinski moguće, pa čak i bez obzira na troškove takvoga tretmana. Jasno je da to postaje privilegija bogatih. Odgovarajuća medicinska praksa, izrasla na takvom shvaćanju smrti, ide u liječenju do krajnjih granica mogućnosti, zahtjeva velika sredstva, koja bi se inače mogla puno bolje upotrijebiti za preventivne namjene da do teških starenja ne dođe. Tako se na poticaj obitelji i pojedinih stručnjaka, često ne vodeći računa o dobrobiti samoga pacijenta, provode neodgovarajući znanstveni postupci, kao što su neopravdana dijagnostika, "etiketiranje", polipragmazija, odnosno postupci koji su neprimjereni u odnosu na zdravstveno stanje pacijenta. Time se

više pokrivaju neki stavovi liječnika, stječe osjećaj da je učinjeno sve što je bilo moguće, dok je stvarna želja i dobrobit samoga pacijenta ostala u drugom planu.

Budući da starost u zdravstvenom pogledu primarno karakteriziraju kronične i degenerativne bolesti, osnovni problem medicinske prakse nije samo liječenje i očekivanje bitnijeg poboljšanja zdravlja, nego i pitanje brige za takvoga pacijenta. Prirodna smrt se očekuje u progresivnoj fazi bolesti, dok korištenje svih raspoloživih medicinskih sredstava za produženje života obično vodi prema neprirodnoj smrti.

I ambijent u kojem se događa smrt bitno se promijenio. Prije se smrt događala kod kuće, a socijalna je sredina bila u potpunosti uključena u rituale vezane uz taj događaj. Sada se u pravilu umire u nekoj od institucija: bolnici, domu umirovljenika, zavodu za socijalno-zdravstvenu zaštitu i slično. Umiranje uz prisutnost prijatelja i najbližih je izuzetak, a ne pravilo. To se dešava i onima kojima bi umiranje uz prisutnost najmilijih uvelike smanjilo patnju i strah od smrti.

## 2. ODNOS PREMA SMRTI, OBIČAJI, STAVOVI I RAZLIKE

Sa većim izdvajanjem bolesnika u terminalnoj fazi života i njihovim umiranjem u instituciji stvara se sve veća izolacija od smrti. To stvara dojam da je smrt - iako prirodna, nepobitna i neizbježna - nešto što se tiče samo drugih. Čak se i sam razgovor o njoj izbjegava, a kada se o njoj ipak govori, onda se koriste eufemizmi kao što su "otišao", "zaspao", "napustio". Tako se strah i odbijanje javljaju kao prirodan odgovor na neprihvatanje vlastite smrti i njezina postojanja; ona se sve više pretvara ne samo u nešto ružno, nepoželjno i zlokobno nego postaje tabu-tema. Na taj se način smrt javlja više kao legitimno polje istraživanja, opće rasprave na znanstvenoj i racionalnoj razini, a izbjegava razgovor o pojedinačnoj i vlastitoj smrti.

Ovdje se, dakako, postavljaju mnoga pitanja, a primarno je: Zbog čega se ljudi toliko boje smrti? Je li strah od smrti prirodan kad je znanje nejasno, ili strah proizlazi iz očekivane patnje i boli, gubitka samokontrole, razaranja ličnosti i gubitka tijela, koncepta zagrobnog života, usamljenosti i utjecaja na preživjele? U starosti se češće javlja strah od samog umiranja, polaganog i bolnog, nego od same smrti. Nisu rijetki slučajevi veće zabrinutosti za smrt najbližih članova obitelji ili prijatelja, nego za vlastitu smrt. Očevidno je da se javlja ambivalentan odnos prema smrti: odbijanje i prihvaćanje smrti, odnosno njezina univerzalnost za druge, a odbijanje vlastite. Takvi stavovi proizlaze iz osnovne biološke složenosti u kojoj se neprekidno prepliću unutrašnje razaranja i istodobno stvaranje. I na razini društva neprekidna izgradnja paralelna je s nestajanjem jedinki iz kojih se ono sastoji. Tako je degeneracija, iako kroz poremećaje i sukobe, ujedno i dio regeneracije.

Čovjek se u biti najviše razlikuje od drugih živih bića upravo svojim stavovima i vjerovanjima prema smrti. On je u biti do sada razvio samo dva osnovna mita o smrti: o smrti kao ponovnom rođenju i mit o "dvojnuku", koji nisu ništa drugo nego dva načina na koji se život rada i opstoji, tj. oplodivanje i udvajanje.

Spoznaje do kojih se došlo na temelju brojnih istraživanja (Hooyman, Kiyak, 1993) govore o različitostima pojedinačnih stavova prema smrti, ovisno o dobi i spolu, obrazovanju, zdravstvenom te bračnom statusu ispitanika. Tako npr. u žena se javlja strah od smrti, boli ili dekompenzaciji tijela, ali uz veće prihvaćanje smrti kao takve. U muškaraca je iskazan

antagonistički odnos: oni na smrt gledaju kao na ubojicu. Stariji se općenito manje boje smrti i o njoj više govore nego mladi. Stari ljudi su svjesni redukcije njihova značenja i očekivanja, a svako produženje života preko neke zamišljene granice doživljavaju kao da žive neko "posudeno vrijeme". Stare osobe koje žive u institucijama češće vide tuđu smrt, o njoj više govore, te postupno prihvaćaju i očekuju i vlastitu. Smatra se da u terminalnim uvjetima strah od smrti ne raste, ali se često javlja depresija. Stari ljudi koji smatraju svoj život uspješnim bolje se odnose prema drugima i prema terminalnoj bolesti. Samci teže doživljavaju bolest i više su okupirani strahom od smrti. Nije sasvim jasno proizlaze li individualne razlike u stavovima prema smrti u istoj kulturnoj sredini iz dobi ili iz generacijskih razlika. Jasno je da današnja generacija starih ima niže obrazovanje, veće iskustvo seoskog načina života i poljoprivrednih zanimanja, bliže i neposredne kontakte s prirodom, gdje je smrt češća i neposrednija. Sve jo to utjecalo na formiranje njihovih stavova o tuđoj, ali i o vlastitoj smrti. Vjernici u pravilu imaju manju odbojnost prema smrti; za njih smrt znači vjerovanje o prelasku u novi i bolji život. I uvjereni nevjernici ne pokazuju veći strah od smrti. Najstrašljiviji su oni koji su nesigurni u svoja vjerska uvjerenja. Smrt utječe i na ostale članove obitelji. Ponekad se smrt starih samo prihvaća, a ponekad se smatra blagoslovom za one "čije je vrijeme došlo", a ne tragičnim iskustvom. Već smo spomenuli da već samo "etiketiranje" nekog medicinskog tretmana u "gerijatrijski slučaj" znači manje pozornosti i brige, pa čak i očekivanje da takva osoba prihvati smrt pozitivno. U završnoj fazi svoga života stari čine daleko manje napora od mladih da izmijene način života ili završe započeto. Oni se više okreću kontemplaciji, dosjećanju, čitanju ili duhovnim aktivnostima. Blizina smrti potiče potrebu oko "legitimizacije biografije" i traženja smisla nečijeg života i smrti. Stari smatraju da je nagla smrt tragičnija, jer ne ostavlja vremena za oproštaj od dragih, ne daje prigodu da se srede poslovi i sjećanja. Nije sporno da mnogi socioemotivni čimbenici određuju odnos prema smrti, a istraživanja koja uzimaju u obzir dobne razlike mogu uputiti na pojedine specifičnosti.

### 3. PROCES UMIRANJA I SMRT KAO GUBITAK

U istraživanjima smrti obično se polazi od smrti kao definitivnog gubitka, gubitka sebe, gubitka svakog osjećaja, svijesti te gubitka voljenih osoba. Smatra se da se smrću gubi sljedećih sedam vrijednosti:

1. sposobnost iskustvene spoznaje,
2. kontrola i sposobnost predviđanja događaja koji slijede,
3. tijelo (i strah što će se s njime dogoditi),
4. sposobnosti brige o ovisnima,
5. prijateljska i obiteljska briga (odnosno uzrokovanje tuge drugima),
6. mogućnost nastanka i planiranja budućih projekata,
7. mogućnost da se ostane u relativno bezbolnom stadiju.

Nije pouzdano dokazano kojom se od tih gubitaka daje veće značenje. Određene se razlike mogu zapaziti u stavovima mladih i starijih. S vremenom također dolazi do promjena, a posebno opada briga za ovisne te za uzrokovanje žalosti drugima. Jedno od mogućih objašnjenja tih promjena jest u tome (Kastenbaum, 1981) što se sa starenjem sve

više stječe iskustvo žalosti kroz sve učestalije smrti u obitelji i među prijateljima. Pojedinačno promatrano, odnos prema smrti i gubicima koje ona uzrokuje ne može se odvojiti od cjelokupne filozofije života, pa otuda značajne psihološke i socijalne razlike koje se mogu konstatirati među ljudima i ljudskim grupama.

Najpoznatiju sistematizaciju za razumijevanje stadija umiranja dala je Kübler-Ross (1981). Prema toj sistematizaciji umiruća osoba prolazi pet stadija reakcije na vlastitu smrt, a to su:

1. odbijanje i izolacija,
2. ljutnja i ogorčenost,
3. pogađanje i pokušaj odgode,
4. depresija i osjećaj gubitka,
5. prihvatanje.

Iako te faze nisu nepromjenjive ili univerzalne, ipak se može smatrati da je prelazak iz jedne u drugu normalan i prihvatljiv, te da osobe koje vode brigu o umirućem trebaju poticati umirućeg da bi dosegao posljednju, završnu fazu koja vodi olakšanju i smirenju. Prve dvije, početne faze, naprotiv, znače sukobe sa sobom i s okolinom, kada se očekuje razgovor s medicinskim osobljem i s rodbinom. U njima se mnogo toga može podijeliti i olakšati umirućem, s ciljem da se izbjegne povlačenje i izolacija. To je razdoblje veoma teško za davatelje usluga. Treća faza znači pokušaj nagodbe sa svijetom i s Bogom. To je pokušaj pogađanja i odgađanja smrti, očekivanje nagrade za dobro ponašanje. U četvrtoj se fazi javlja depresija koja proizlazi, iz prirodnog procesa tugovanja zbog konačnog odvajanja i umiranja. Nije rijedak slučaj da se tada umirući povlači, odvaja od najbližih, kao oblik pripreme za konačan odlazak. Konačnu fazu umirući može doseći samo onda ako je sposoban ili ako mu je omogućeno da se suoči s ranijim osjećajima kao što su ljutnja i depresija. Tako umirući stječe osjećaj da su njegovi osobni zadaci postignuti te da je borba završena. No ipak to ne znači da je ovo sretna faza; ona znači prihvatanje osjećaja i ne valja je miješati sa željom za umiranjem.

Jasno je da svi umirući ne mogu doseći posljednju fazu, pa tako neki ostaju samo u prvoj fazi, dok neki pokazuju više osjećaja simultano. Obitelj i osobe profesionalno vezane za umiruću osobu ne smiju stvarati iluziju i ozračje kontrole. Naprotiv, potrebno je prihvatiti izbor umirućega hoće li biti sposoban i kako će se kretati kroz navedene faze. Kako nema tipičnog zaobilaznog puta umiranja, stvarna alternativa može se javiti jedino između njegovog prihvatanja ili odbijanja, između razumijevanja onoga što se događa i nevjerovanja u tu realnost. Sadržaj dinamičkog okvira interakcije različitih čimbenika u procesu umiranja, određen je personalnošću i filozofijom života umirućega, specifičnošću bolesti i okolnostima u kojima se umire. U tome procesu, socijalni ambijent u kojemu se umire (umire li osoba kod kuće, okružena voljenima koji joj pomažu da izrazi svoje osjećaje, ili pak u instituciji gdje je sama ili okružena nepoznatima) ima posebno značenje.

Koncept "prikladne smrti" ne znači samo prihvatanje umiranja kao cilja, već to zapravo znači da osoba umire onako kako sama želi, tj. u skladu s ranijim stilom svoga ponašanja. Tako se život dovodi do sredenog završetka. Ovaj koncept osobito podržavaju profesionalci koji rade s umirućima. Tako se umirućoj osobi omogućava da zadrži kontrolu i osjećaj ispunjenja do samoga kraja. U praktičnoj provedbi to se očituje kroz obavljanje i planiranje poslova, kao što su pisanje oporuke, oproštaj s najbližima, posljednje vjerske obveze te planiranje pokopa i drugih aranžmana nakon smrti. Iako je koncept "prikladne

smrti” samo djelomično ostvarljiv, od profesionalaca koji rade s umirućim osobama očekuje se da barem upriliče ambijent i klimu u kojoj će se razgovor moći obaviti, planovi dogovoriti, a duboke emocije ispoljiti. Među profesionalcima od kojih se u tom smislu najviše očekuje, nalazi se medicinsko osoblje, socijalni radnici i svećenici.

Pored naprijed naznačenog koncepta umiranja, nazvanoga “teorijom stadija” (stage theories), postoji i alternativni koncept “putanje umiranja” (dying trajectory), odnosno očekivanog hoda umiranja i trenutka smrti. Razvoj “putanje umiranja” može biti iznenađen ili spor, pravilan i nepravilan, a obično je određen neposrednim uzrokom smrti (npr. bolest-karcinom, srčani udar, ili neki drugi uzrok - npr. prometna nesreća i slično). Mnogi bolesnici u terminalnoj fazi bolesti pokušavaju procijeniti koliko im je još života ostalo, pa unutar tih granica planiraju određene sadržaje i aktivnosti. Ozbiljni problemi mogu nastati onda kada se prognoze umirućega i obitelji odnosno medicinskog osoblja razlikuju. Tako npr, procjena da je netko već socijalno mrtav, pa se u skladu s tim provodi i odgovarajući tretman umiruće osobe, može samo još više ubrzati biološku smrt. Takva situacija manje ili više vidljivog povlačenja profesionalne podrške u uvjetima kad je procijenjeno da se bolest ne može zaustaviti naziva se regresivnom intervencijom. Ona je osobito prisutna kada su u pitanju stari ljudi. Kritično razdoblje u “putanju umiranja” jest nepoželjna naznaka vremena između života i smrti kad je preostalo samo još malo vremena. To je razdoblje između smrtonosne krize i stvarnog momenta smrti, koje se može podijeliti u tri faze. U akutnoj fazi umirući pokazuje maksimum tjeskobe i straha. U kroničnoj fazi umiranja osjećaj tjeskobe smanjuje se u razmjeru u kojem umirući spoznaje realnost smrti, kada ga zaokupljaju pitanja o neposrednom procesu umiranja i budućnosti, te kada propisuje potreban ritual i pripreme. Terminalna faza je određena povlačenjem umirućega. Razumljivo je da svaki pojedinac u procesu umiranja ne mora proći sve te tri faze koncepta “putanje umiranja”.

#### 4. HOSPICIJ I BRIGA ZA UMIRUĆEGA

Polazeći od činjenice da je najveća briga, pomoć i zaštita potrebna ljudima na početku i na kraju života, razumljivo je da se u posljednjem razdoblju života prije smrti, kada potrebe materijalne prirode gube, a nematerijalne dobivaju na značenju, očekuje posebna skrb, osjećajna toplina i prijateljstvo prema umirućemu. Iako većina umirućih preferiraju umiranje kod kuće, ipak najveći dio starih ljudi danas umire sam u vlastitom domu, ili u nekoj od institucija zdravstvene ili socijalne zaštite. To su institucije u kojima bilo obitelj ili zdravstveno osoblje umirućeg doživljavaju kao tegobu i neprijatnost. To su situacije u kojima se osoblje sve manje bavi umirućima, a sve više samim činom umiranja i njegovim utjecajem na okolinu. Tada se umirući izoliraju u posebne sobe, oko njihova se kreveta navlače zastori. Oni postaju objekti koji su u socijalnom smislu već umrli.

U domovima umirovljenika nastoji se spriječiti saznanje o umiranju i smrti, te tako spriječiti uznemiravanje drugih korisnika. Takvi postupci dovode umiruće do osjećaja da su napušteni, poniženi i usamljeni u zadnjim trenucima svoga života.

Posebna edukacija osoba koje rade s umirućima, a osobito medicinskog osoblja i socijalnih radnika, postupno ublažava nepovoljne situacije umiranja. Stvarno stanje pacijenta, dijagnoza i prognoza njegove bolesti sve se manje kriju, a osoblje je s pacijentom i međusobno sve otvorenije. Dok u SAD medicinska tajna, kako se vidi iz nekih istraživanja,

uopće nije problem, dotle se u Europi situacija tek postupno počne mijenjati (Novaković, 1990). Problem medicinske tajne nije u prognozi kao takvoj, već u saopćavanju istine koju pacijent često i ne želi čuti. Uz dužan oprez prema svakoj medicinskoj dijagnozi prije njezina saopćavanja valja uzeti u obzir opće stanje i dob pacijenta te njegovu psihičku sposobnost da dijagnozu prihvati.

Ne samo zbog procesa starenja i povećanja broja starih ljudi; već i zbog mnogih drugih uzroka socijalne i psihološke prirode, interes za njegovateljima specijaliziranim za humanu brigu o bolesnicima u terminalnoj fazi života dramatično raste. Tako se ostvaruju uvjeti da se ranije nezadovoljavajuće sheme tretiranja umirućega prevladaju pomažućim, holističkim i suradničkim odnosom svih sudionika. Filozofija takve brige proizlazi iz shvaćanja da svaka osoba, dok je živa, ima pravo utjecati na odluke koje se neposredno na nju odnose, čuvati svoju individualnost do kraja, biti oslobođena fizičkih bolova i patnje i imati skrb nježne, razumne i educirane osobe. To dakako znači stvaranje uvjeta u kojima umirući može iskazati svoje brige, biti zaštićen od ostalih, izraziti svoje osjećaje te biti zaštićen od bilo kakvih pritisaka. Više od nekih drugih intervencija socijalna podrška obitelji i prijatelja trebala bi biti izvor snage i podrške umirućoj osobi. Takva filozofija umiranja i uvjeti u kojima će se sam čin umiranja dogoditi najbliže se ostvaruju u okviru hospicijske brige ili hospicija.

Hospicij je u biti ustanova za humano umiranje te pomoć umirućim osobama i njihovim obiteljima. To konkretno može značiti posebnu i odgovarajuću ustanovu koja je kadrovski, prostorno i cjelokupnim ambijentom i ozračjem primjerena upravo toj svrsi. Takav se pristup umiranju može ostvariti i u domu umiruće osobe, kao i u drugim institucijama u kojima se liječe ili žive stari ljudi. Kao oblik palijativne brige, ona nadopunjava kurativnu snagu medicine na način da umirućem omogući obiteljsko okruženje, da mu umanjí bol i patnju, pruži mu razumijevanje i podršku, te čuva osobno dostojanstvo i kontrolu u procesu umiranja.

Povezivanje i koordinacija fizičkih, psihičkih i duhovnih potreba umirućega i obitelji osnova su za hospicijski pristup.

Najpoznatiji hospicij koji je bitno utjecao na filozofiju i praksu hospicijske brige u mnogim dijelovima svijeta jest hospicij sv. Kristofora. Osnovana ga je 1967. godine u Londonu Cecily Saunders. On je i danas istraživačka i nastavna osnova u kojoj se postavljaju temelji terminalne njege, od koje se najveći dio može pružiti u obitelji umiruće osobe. Zanimljivo je spomenuti da je prvi hospicij u SAD osnovan 1974. godine u New Havenu, Connecticut, ali da danas u toj zemlji ima već više od 1600 takvih institucija. Takav intenzivan razvoj potaknut je odlukom Kongresa iz 1986. godine, po kojoj se hospicijski tretman smatra pravom u okviru medicinske zaštite. Taj se tretman najvećim dijelom pruža kroz usluge u kući bolesnicima koji umiru od karcinoma. Tako hospicij sa svojim timovima pruža potporu umirućima, njihovim obiteljima i prijateljima, ponajprije utječući na njih da smrt prihvate kao neminovan i neposredan događaj te da objedine vlastite snage i poboljšaju kvalitetu posljednjih dana života umiruće osobe.

Svojim osnovnim pristupom hospicij prihvaća smrt kao nešto prirodno, a pravo na hospicijsku brigu kao na nešto što ne može biti ograničeno rasom, vjerom, etničkom pripadnošću ili mogućnošću plaćanja. Neposrednu njegu - bilo da se ona provodi u hospiciju ili u obitelji - pružaju timovi sastavljeni od liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, socijalnih radnika i svećenika. Osim njih u rad hospicija uključen je velik broj dragovoljaca,

često starijih ljudi koji u okviru svoga slobodnog vremena i primjereno svome znanju i sposobnostima svesrdno pomažu ciljevima i zadacima odnosno realizaciji programa stručnog tima. Često su to jednostavni ali veoma važni sadržaji, kao što su prisutnost uz bolesnika i razgovor s njime, "uho koje će ga čuti" i osoba koja će mu pružiti nježan dodir ruke. Dobro organizirani hospicij znači veoma živu cirkulaciju između ustanove i obitelji. U nju se uključuje i sam bolesnik svojim izborom da bude smješten trajno ili samo u dnevni hospicij; u slučaju zdravstvenog poboljšanja može biti vraćen u vlastiti dom. Zahtjev za smještajem u hospicij obično traže liječnici opće medicine, ali i oni iz općih bolnica. Zadaci hospicijske njege ne završavaju smrću bolesnika, već se u posljednjoj fazi usmjeravaju prema obitelji i prijateljima, kada se savjetom i potporom olakšava tugovanje.

Nema sumnje da je i u našim uvjetima takav pristup umirućim osobama veoma poželjan, a također je poželjna i odgovarajuća edukacija i praksa. U tome bi, osim medicinskog osoblja, socijalni radnici imali veoma značajnu ulogu i zadaću. Poznato je, naime, da najveći dio korisnika domova umirovljenika i drugih ustanova socijalne zaštite za stare ljude u takvu instituciju primarno dolazi radi bolje mogućnosti ostvarivanja zdravstvene zaštite i njege. Pod pritiskom potreba, kapaciteti bolničkog dijela domova umirovljenika stalno se proširuju. Mnogi se bolesni u tim odjelima nalaze u terminalnoj skrbi; umiranje i smrt ovdje je svakodnevna pojava, pa se značajan dio poslova medicinskog osoblja i socijalnih radnika usmjerava prema sadržajima terminalne brige. Takav rad socijalnog radnika uvelike otežava činjenica da velik dio umirućih osoba nema bliže rodbine, ili je ona prostorno udaljena, a ponekad je i izgubila fizički i emocionalni kontakt s umirućim članom svoje obitelji. U takvim uvjetima nije jednostavno stvoriti primjeren ambijent i emocionalnu podršku umirućoj osobi. Pored svećenika u takvom se slučaju podrška traži unutar kruga prijatelja u samoj instituciji, ili od onih rijetkih iz ranijeg razdoblja života s kojima je umirući sačuvao trajnu vezu. Upravo bi u takvim slučajevima valjalo poticati i razvijati rad dragovoljaca, koji bi pomagali u takvim aktivnostima u pojedinoj instituciji, a ne samo u obiteljima umirućih osoba, to više što takva djelatnost dragovoljaca u našim institucijama socijalne zaštite za stare osobe skoro da i nije poznata.

I pored spomenutih prednosti ovaj model brige za umirućega nije uvijek dostupan, a niti prihvatljiv. Troškovi za hospicijsku brigu u stacionarnom tretmanu veoma su visoki, pa ih umirući i njegova obitelj teško mogu sami snositi, a restriktivna politika zdravstvene zaštite i niskih naknada za kućnu njegu i liječenje ne osiguravaju podmirenje ukupnih troškova. Isto tako, u nekim okolnostima i u pojedinim obiteljima (zbog specifičnih prilika) hospicijski tretman umirućega neposredno u obitelji može višestruko poremetiti obiteljske odnose te stvoriti uvjete u kojima je cjelokupan obiteljski život doveden u pitanje. U uvjetima u kojima većina ljudi želi umrijeti u vlastitom domu valjalo bi razvijati programe na lokalnoj razini, čime bi se poticao, pomagao i tako olakšavao rad davatelja usluga u obiteljskom tretmanu.

## 5. PSIHOTERAPIJSKI PRISTUP

Na temelju spoznaja do kojih je došla Kübler-Roos sve se više razvija spoznaja o potrebi psihoterapijskog rada s umirućima. Već na samom početku nužno je u određenom smislu demistificirati umiranje te pomoći umirućemu, obitelji i prijateljima u prevladavanju

teškoća u komuniciranju. Jasno je da su psihoterapeuti u svome radu uvijek davali prednost onima kod kojih se očekivalo poboljšanje i povratak u produktivan život. U tom bi slučaju pomoć psihoterapeuta bila usmjerena na to da se umirućoj osobi pomogne da lakše prođe stadije odbijanja, očajanja i depresije te da relativno kratko razdoblje preostalog života proživi sadržajno, onoliko koliko joj to bolest dopusti. Već samo navođenje osobe na razgovor kojim će se potisnuti tjeskoba i strah znači određen uspjeh za terapeuta. Također i sama veza sa zdravstvenim i socijalnim radnicima može imati neke terapijske vrijednosti, čak i onda kada formalna psihoterapija nije primijenjena.

Mnoge odrasle osobe nisu doživjele smrt u svojoj obitelji, ili jedino iskustvo smrti imaju iz svojega djetinjstva kada su im umrli baka i djed, a čija je smrt prihvaćena kao nešto potpuno prirodno. U okolnostima osobnog umiranja najveći broj ih se uzda u rezultate tradicionalne medicine, bude se nade u mogućnost otkrivanja lijekova za dosad neizlječive bolesti, te tako rastu očekivanja u kojima se smrt čini sve daljom i neprirodnijom. I pored toga u terminalnoj se fazi koriste i druge alternativne metode, kao što su religijsko liječenje, akupunktura, meditacija te posebni postupci u liječenju oboljelih od raka. Očito je da svaki od tih postupaka ima svoje pristalice i svoje protivnike, pa čak i među medicinskim profesionalcima. Jedan od takvih kontroverznih postupaka koji se primjenjuje kod bolesnika oboljelih od raka (koje su njihovi liječnici proglasili terminalnim), a kojim se postižu određeni povoljni rezultati, razvio je u SAD Carl Simonton. Taj se postupak sastoji od kombinacije oblikovanja, relaksacije i psihoterapije, a temelji se na uvjerenju da se rak može pobijediti kroz vlastitu samoodgovornost i postizanje ravnoteže. Tako se zapravo u tretmanu preporučuje kompleksna interakcija psiholoških, socijalnih i medicinskih aspekata života i umiranja. Istodobno se ističe i naglašava bolesnikova odgovornost i potreba za samozaštitom zdravlja sve dok postoji želja za životom. One pak koji se osjećaju spremnima umrijeti, treba u toj nakani poduprijeti.

## 6. PRAVO NA ŽIVOT I EUTANAZIJA

Polazeći od činjenice da je život bitna odlika svakoga živog bića, a umiranje i smrt sastavni, završni i možda najvažniji dio života, to su pitanja prava na život i prava na smrt međusobno ne samo uvjetovana nego su i iste razine važnosti. Ako nije sporno da postoji pravo na život, onda mora postojati i pravo na smrt, budući da ono tvori sastavni dio prava na život (Pozaić, 1990). Zanimanje za ovu problematiku u svijetu sve više raste, pa su se već u nekim zemljama formirali čitavi pokreti za pravo na smrt (the right - to die). Ti su pokreti posredno oživjeli nove rasprave o eutanaziji. Čini se da u tim raspravama dominantno pitanje više nije ima li čovjek pravo izabrati vlastitu smrt, nego imaju li mu drugi pravo pomoći da umre, i u kojim okolnostima. Takve rasprave nisu ništa novo, ali današnje okolnosti, u kojima su medicinska tehnologija i znanje otvorili neslućene mogućnosti produženja života umirućih, daju novu kvalitetu kompleksu filozofskih, socijalnih i pravnih problema eutanazije. Praktična pitanja eutanazije danas se postavljaju za tri tipa bolesnika: terminalno bolesne - koji su još pri svijesti, osobe s oštećenim mozgom koje imaju šansu preživjeti, ali na veoma niskoj razini egzistencije (npr. bolesni od Alzheimerove bolesti), i nepovratno komatozni bolesnici. Ozbiljno se pitanje postavlja onda kad treba donijeti odluku da li i nadalje zadržati životnoodržavajući postupak liječenja (life-sustainig procedures) kod

pacijenata koji nisu kadri (ili više nisu kompetentni) tu odluku donijeti sami. Nije puno jednostavnija niti ona situacija u kojoj sam pacijent (pri punoj svijesti) zatraži prekidanje liječenja kojim mu se održava život, jer takva situacija u pravilu nije zakonski precizno regulirana.

Eutanazija kao pojam (laka, blaga smrt) poprimila je dosta različita značenja. Najčešće se razlikuju aktivna (uzrokovanje) i pasivna (dozvoljavanje) smrti, odnosno njihovi sinonimi pozitivna i negativna eutanazija. Dok se aktivna eutanazija, bez obzira na motive koji su do nje doveli, skoro uvijek pravno izjednačava s ubojstvom, jer se radi o izravnom skraćivanju života neposrednom djelatnošću koja je dovela do smrti, dotle se pasivna eutanazija, koja znači propuštanje ili izbjegavanje mjera kojima se produžava život, može pravno izjednačiti s aktivnom eutanazijom samo zbog propusta činjenja i pružanja dužne pomoći kojom bi se smrt izbjegla. Pored navedenih pojmova javljaju se još i pojmovi dobrovoljne eutanazije, koju izričito zahtijeva sam bolesnik, i oporučne eutanazije, kada je bolesnik pismeno i unaprijed izrazio svoju volju o odbijanju mjera umjetnog održavanja života.

Pored eutanazije koja se najčešće odnosi na stare ili odrasle osobe u praksi se javlja i taratotanazija, ili eugeničko ubojstvo. Ovdje se radi o nasilnom prekidu života malformiranog ploda, kada postoji medicinska indikacija i kada se taj postupak provodi pod pojmom abortusa. I opet se susrećemo s pravom na život još nerođene djece te spoznajama o postojanju eksperimenata s ljudskim fetusima. Najdrastičniji oblik taratotanazije provodio se u obliku eugeničke demografske politike, temeljene na rasnoj higijeni kao načelu nacističkih država, odnosno prekidu trudnoće nastale u "nepovoljnim" rasnim kombinacijama roditelja, ili u eksperimentima na ljudima u cilju stvaranja "čiste rase". Jedan od mogućih problema koji nastaje u suvremenom društvu, a koji može i opet dovesti do neke vrste taratotanazije, javlja se sa širenjem medicinske prakse presađivanja ljudskih organa.

Budući da ne postoje jasni pravni ili medicinski standardi o tome treba li medicinski tretman biti nastavljen i onda kada se radi o beznadežnim slučajevima, ili kada bolesnik odbija prihvatiti hranu i vodu na usta, liječnik se u donošenju odluke može naći u veoma delikatnoj situaciji. Neki stavovi prominentnih liječnika iskazani su u zaključku da je etički opravdano spriječiti umjetno davanje hrane i vode. I pored dosta jasnih stavova medicinskih profesionalaca o tome pitanju, odluke sudova u nekim zemljama ne daju dovoljnu osnovu da bi se uspostavio pravni precedens.

Neke od navedenih dilema i poteškoća u provođenju umjetno održavanog života ili prava na smrt stari ljudi rješavaju suicidom. Sam se postupak može provesti u obliku aktivnog suicida ili pak posredno. Aktivni se postupak može provesti uzimanjem prevelike količine lijeka za spavanje, a pasivni neuzimanjem vitalnih lijekova ili prekidom dijetalnih restrikcija. Takvi postupci mogu biti postupni pa su manje zamjetljivi. Njima se izbjegavaju situacije u kojima se slobodno izabrana smrt spriječava nekim od postupaka prisilnog liječenja. Danas se u četrdeset država SAD, na temelju zakonskih propisa i dokumenta o oporučnoj eutanaziji (Living Will), omogućava pravo pacijentu ili njegovoj obitelji da odbiju liječenje kojim se umjetno održava život u terminalnoj fazi bolesti. Tako izražena životna volja omogućava zaštitu pacijenta od neželjenih medicinskih mjera te eliminira potrebu vlastitog suicida. Na taj se način ujedno olakšava donošenje odluke koju trebaju donijeti članovi obitelji koji ne mogu komunicirati s komatoznim ili mentalno nekompetentnim rođakom. Umjesto rodbini slična se funkcija može povjeriti zakonskom zastupniku.

Da bi promicale stavove o pasivnoj eutanaziji, u SAD postoje dvije takve organizacije - Briga za umirućega i Udruga za pravo na smrt. Projeњуuje se da oko 10% populacije SAD posjeduje dokument o pasivnoj eutanaziji. Takve osobe obično nose narukvicu s naznakom "Životna volja: ne vraćati u život".

Praksa pokazuje da u primjeni tako izražene životne volje pojedinca može doći do brojnih ograničenja i nejasnoća. Tako npr. može doći do promjene stava obitelji o tome da se ne primijeni postupak kojim bi se održavao život umirućega, ili je jezik kojim je napisana životna volja nejasan. Tada se obitelj, odnosno liječnik, nalaze u situaciji da sami donesu odluku o liječenju, sa svim posljedicama koje iz takve odluke mogu proizaći. Životna želja tako se obično koristi za odbijanje, a ne za prekid liječenja kojim se umjetno održava život, ili za eliminiranje umjetnog hranjenja terminalno bolesne osobe. Da bi se izbjegle nejasnoće, životnoj se volji može dodati specifikacija mjera kojima se održava život a s čijom se primjerom pacijent slaže. Da bi se izbjegle moguće negativne posljedice i eventualni sudski procesi, bolnice i liječnici često se ne drže izražene životne volje pacijenta, ili traže potpis dvaju svjedoka i dvaju liječnika koji će potvrditi da je takva izjava dobrovoljno izražena. Poznati slučajevi dugotrajnih sudskih procesa u kojima su optužene osobe bili liječnici koji su primijenili prekid postupka umjetnog održavanja života pacijenta pokazuju da je oprez u takvim slučajevima prijeko potreban.

Aktivna eutanazija, kojom se pri kraju života poduzimaju postupci kojima se namjerno i bez pristanka pacijenta prekida prirodni proces umiranja, moralno i zakonski ima sasvim drukčiji karakter. Ona se približava ideji ubijanja iz milosrđa, smatra se određenim oblikom kriminalnog ubojstva i ne može se uključiti u zakonski okvir reguliranja životne želje pojedinca. Sudska praksa u pravilu takve slučajeve, ma koliko oni bili potaknuti ljubavlju za umirućega i motivirani težnjom da mu se skrate nepodnošljive muke, procesuirala kao kriminalni čin. Posebno kompleksni postaju etički i pravni problemi kada je u pitanju suicid u kome je netko - iz istih motiva - pomogao pacijentu u izvršavanju suicida. Ovdje neki pokušavaju napraviti razliku (Hemlock Society) između "racionalnog suicida", tj. opcijom završetka nečijeg života zbog vrijednih razloga, i onoga koji je uzrokovan odbijanjem života zbog emocionalnih poremećaja. Time ovo društvo zapravo promiče pravo terminalno bolesnoj osobi da za sebe odredi vrijeme, mjesto i okolnosti za vlastitu smrt, kao i dekriminalizaciju osobe koja je pomogla umirućemu u provođenju takve odluke.

Stavovi ljudi o eutanaziji dosta su ambivalentni. I u našim se uvjetima pokazuje da zdravstveno osoblje nema čvrste izgrađene stavove o eutanaziji, pa se tako u provedenim istraživanjima odlučuje za odgovore kao što su "ne znam", "ostalo" ili "bez odgovora". Ti su stavovi više odraz općih profesionalnih vrijednosti, pacijentova stanja i njegovih uvjerenja, ali i nekih općih socijalnih stavova te troškova liječenja terminalnih bolesnika. Oni koji podržavaju eutanaziju smatraju da treba podržati dostojanstvenu smrt, a time dozvoliti i izbor. To su osobe koje se sažaljevaju nad patnjom umirućega, kojega ionako uskoro čeka neminovna smrt. Oponenti, naprotiv, smatraju da i beznadni slučajevi mogu ponekad preživjeti, da medicinske dijagnoze i prognoze nisu apsolutno pouzdane te da brza i značajna medicinska otkrića mogu učiniti da se takvim osobama spasi život. Oni stoje na stajalištu da eutanazija zapravo profanira život te da se u određenim okolnostima može koristiti kao metoda kojom će se društvo riješiti onih koji mu predstavljaju tegobu.

Najradikalniji među njima smatraju da eutanazija među starim ljudima može imati pogubne posljedice, u smislu odbacivanja prava na život "beskorisnih" starih ljudi koji su samo teret društva, i u određenom je smislu izjednačavaju s genocidom. I pored svega smatra se da javnost, liječnici pa čak i dio svećenika sve više prihvaćaju eutanaziju, vjerujući u pravo na dostojanstvenu i humanu smrt. Smatra se da pacijent u velikoj boli, i bez nade za poboljšanje zdravlja, ima moralno pravo tražiti od liječnika da prekine s postupkom umjetnog održanja života te da bi se na taj način izbjegla situacija u kojoj bi se sam eventualno odlučio za samoubojstvo. Općenito se zapaža da je javnost više tolerantna prema pasivnoj nego aktivnoj eutanaziji. Podrška eutanaziji veća je kod mladih nego kod starih osoba, osim kod onih starijih koji su već iskusili patnje, ali i visoke troškove liječenja terminalno bolesnih članova obitelji ili prijatelja. Slabije prihvaćanje eutanazije među starijima može se objasniti ne samo time što se takvo pitanje uskoro može postaviti u vezi s njihovim životom već i time što su stari ljudi nižeg obrazovanja i u pravilu više religiozni. Nema dvojbe da će poslanica pape Ivana Pavla II. *Evangelium vitae*, koja u svojoj biti promiče život i nedvojbeno se protivi bilo kakvom postupku njegova skraćanja pa tako i eutanaziji i samoubojstvu, i u sadašnjosti i u budućnosti značajno utjecati na stavove svećenika i vjernika o tim pitanjima. Osnovno načelo za koje se Papa zalaže u području umiranja jest da se umirućemu smije smanjiti bol, ali ga se nikako ne smije lišiti života. Dakako da i liječnici ne prihvaćaju lako takav koncept liječenja po kome je bolje činiti manje, a ne više za bolesnika. Izgrađeno profesionalno ponašanje zahtijeva da se u svim okolnostima, pa tako i u ireverzibilnoj terminalnoj fazi bolesti, primijeni agresivno liječenje.

Pitanje troškova zdravstvene zaštite, osobito troškova terminalne skrbi, igra značajnu ulogu u donošenju odluka o tretmanu bolesnika. Od liječnika se traži racionalno ponašanje u pogledu troškova, pa se načelo pristupa "cost-benefit" ovdje posebno naglašava, budući da su troškovi liječenja odnosno medicinske zaštite u posljednjim godinama ili mjesecima života pacijenta najveći. Računa se da oko 25% troškova medicinske zaštite odlazi na liječenje 6% starijih bolesnika u posljednjim godinama njihova života. Ovdje se javlja slična situacija kao i pri izvođenju transplantacije organa koja je izuzetno skupa: postavlja se pitanje u kojoj se mjeri zbog takvog tretmana starih smanjuje razina zdravstvene zaštite drugim skupinama stanovništva. Troškovi terminalne skrbi su veoma visoki, a hospicijski tretman u pogledu visine troškova bitno se ne razlikuje u tome provodi li se u zdravstvenoj ustanovi, u posebnoj hospiciju ili kao oblik hospicijske pomoći u obitelji umiruće osobe.

## 7. PREMA SLOBODNOJ VOLJI I ZAKONSKI UREĐENOM KRAJU

Mnoga pitanja financijske i materijalne naravi, imovine i njezina nasljeđivanja postavljaju se u posljednjem razdoblju čovjekova života. Već prije terminalne faze bolesti nužno je na zakonski valjan način obaviti neke od tih poslova. To se u prvom redu odnosi na pisanje testamenta kojim se uređuje nasljeđivanje imovine. Među konačna pitanja svakako spada i volja pojedinca u pogledu završetka vlastitog života. Ona se u nekim zemljama iskazuje u obliku Living Will Declaration, dakle životne volje ili životnog testamenta, kojom se olakšava donošenje odluka i liječniku i obitelji u pogledu zdravstvenog tretmana te osobe u posljednjim danima njezina života. To je vjerojatno najpoznatija i

najraširenija opcija kojom pojedinci određuju svoje želje u pogledu umjetno održavanog života. Postoje i druge zakonske mogućnosti kojima se mogu odrediti prioriteta u momentu terminalne bolesti i smrti, kao što je npr. izdavanje punomoći nekoj osobi, kojom se ova ovlašćuje da u korist umiruće osobe donosi odluke u pogledu imovine, finansijskih pitanja, ali i u pogledu zdravstvenog tretmana štićenika. Na taj način punomoć može djelomično zamijeniti životnu volju pojedinca. Poseban su slučaj mentalno retardirane i mentalno oboljele osobe, koje već i prije kraja života nisu sposobne voditi računa o svojim interesima. Tada se obično provodi zakonski postupak oduzimanja poslovne sposobnosti takvoj osobi i određuje se njezin skrbnik. Iako je u takvom postupku primarna briga da se zaštiti materijalna dobrobit štićenika, nije dvojbeno da se u skrbnikovoj nadležnosti nalazi i donošenje odluke o terminalnoj skrbi za svog štićenika.

Budući da se smrt u zapadnoj kulturi doživljava kao nešto tragično i tužno čega se svaki pojedinac u određenoj mjeri boji, a posebno se boji bolova i patnje u posljednjim danima života, to se u određenoj mjeri umiranje i smrt smatraju tabu-temama. U profesionalnom pristupu ipak, ili upravo zbog toga, sve više jačaju rasprave, javljaju se pokreti i razvija odgovarajuća praksa kojom se zagovara dostojanstvena smrt. Razvijena medicinska tehnologija, koja sve više stvara amabijent tehniziranog postupka umiranja, u kome je čovjek potpuno izgubio svijest o sebi, o obitelji i prijateljima, povećava strah od umiranja više nego od same smrti. Zato nije čudno što se zahtjevi i odgovarajući pokreti za umiranjem i smrću u punom ljudskom dostojanstvu sve više šire. A terminalna faza života na određen način omogućava čovjeku da dosegne najvišu razinu ljudskog dostojanstva te da u punoj mjeri spozna materijalnost i duhovnost.

## LITERATURA:

1. Bond, J. C. & Peter-Peace, S. (1993) **Ageing in Society: An introduction to social gerontology**. London: Sage Publication, 401 p.
2. Cicero, Marko Tulio (1911) **Cato Maior sive de senectute**. Zagreb. (Prema prijevodu Milana Žepića.)
3. Hooyman, N. R. & Kiyak, Asuman H. (1993) **Social Gerontology**. Boston: Allyn and Bacon, 539 p.
4. Jakšić, Ž. & Budak, A. (1995) **Samostalnost, vlastitost i kvaliteta života kao ciljevi zdravstvene zaštite starih osoba, u: Svekolika briga za stare i nemoćne osobe te odgoj za karitativni rad**. Zagreb: Katolička udruga "Kap dobrote", str. 31-43.
5. Jušić, A. (1995) **Hospicij - ustanova i filozofija, u: Svekolika briga za stare i nemoćne osobe te odgoj za karitativni rad**. Zagreb: Katolička udruga "Kap dobrote", str. 101-108.
6. Kastenbaum, R. (1987) **Death, Society and Human Experience**. Palo Alto, California, Mayerfield.
7. Kübler-Ross, E. (1981) **Living with Dying**. New York: Macmillan.
8. Morin, E. (1981) **Čovek i smrt**. Beograd: BIGZ, 421 str.
9. Novaković, D. (1990) **Eutanazija i situacije umiranja**. *Revija za sociologiju.*, vol. 21, 2. 193- 252. Zagreb.

10. Papa Ivan Pavao II (1990) **Evangelium vitae: Evandjelje života: enciklika vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života**. Zagreb: Kršćanska sadašnjost, 195 str.
11. Pozaić, V. (1990) **Umrijeti u ljudskom dostojanstvu. Revija za sociologiju**. Zagreb. vol. 21, 2: 287-196.
12. Šeparović, Z. (1990) Život doveden na rub. *Revija za sociologiju*. Zagreb, vol. 21, 2. 297-307.

*Summary*

*DYING AND LOSSES IN OLD AGE*

*Dušan Milinković*

*Population aging process rapidly reaches developing countries so that problems of living and dying in old age are becoming global. Most people used to die in their family environment, but nowadays people are dying in some institution or alone in their homes. Therefore questions of dignity of human life and death arose. In this article are described recent movements which aim to give proper support to dying person and to develop a conditions needed for decent goodbye to family and friends.*