

ASPEKTI DOBRE SMRTI

SAŽETAK

Iako su umiranje i smrt postali zasebna znanstvena tema, još uvijek se nedovoljno zna o tome kako kvalitetno živjeti do samog kraja. Mnoge odgovore o ovom području daje palijativna skrb - skrb o umirućima i njihovim obiteljima. Ona se posvećuje stvaranju okolnosti u kojima smrt postaje prihvatljiva i dostojanstvena pa na taj način promovira koncept »dobra smrt«.

Postojeći domaći i strani prikazi dobre smrti kod neizlječivo bolesnih osoba su fragmentarni i nedostaje im integrativni pristup. Svrha je ovog rada, pregledom recentnih teorijskih spoznaja, objediniti pojedinačne prikaze u cjelinu te sustavno i analitički opisati aspekte dobre smrti.

Predstavljene spoznaje ukazuju da je dobra smrt temeljno ljudsko pravo i vrijednost te dinamička i humanistička kategorija što odražava jedinstveno iskustvo umirućeg. Izrazito je socijalni događaj i potpuno se može ostvariti jedino unutar socijalnog okruženja i odnosa s drugim ljudima. Neki njeni najpoželjniji aspekti su: prirodnost, kvaliteta življenja, upravljanje simptomima, boli i osjećajima, osobne vrijednosti, socijalna podrška, humanost i dostojanstvo, duhovnost i skrb o obitelji.

UVOD

Smrt je općeljudski fenomen, ali se njeno značenje u ljudskom društvu povijesno mijenja. Dugo je bila shvaćana kao

¹ Maca Cicak, socijalna radnica, Centar za socijalnu skrb Zagreb, studentica Poslijediplomskog studija iz teorije i metodologije socijalnog rada, e-mail: maca2@hi.t-com.hr

Pregledni članak
UDK 616-082
Primljeno: srpanj, 2007.

Maca Cicak¹

Centar za socijalnu skrb
Zagreb
Ured Peščenica

Ključne riječi:

dobra smrt, kvaliteta umiranja, aspekti dobre smrti, palijativna skrb

prirodna pojava prema kojoj su se ljudi prirodno odnosili. Zatim je u prošlom stoljeću postala uznemirujuća vijest i neprihvatljiv događaj protiv kojeg su uperene sve sile ljudskog znanja. Strah od smrti i stav neprihvatanja doveli su do njezinog ignoriranja. Postala je tabu tema i izbačena je iz neposrednog svakodnevnog života (Štambuk, 2007.).

Promjene u društvu i svijesti pojedinca polovicom 20. stoljeća potaknule su stručnjake razmatrati, govoriti i pisati o umiranju i smrti općenito, a naročito neizlječivo bolesnih osoba, kao posebnoj znanstvenoj temi (Kafetz, 2002.). Pojavili su se nova filozofija skrbi, isticanje ljudskih prava i palijativna skrb što jasno naglašava da je važno kada, gdje, kako i uz koga osoba umire. Njihov je cilj utjecati na obilježja umiranja i smrti te okolnosti u kojima se događaju kako bi se poboljšala kvaliteta življenja umirućeg i njegove obitelji. U okviru tog nastojanja razvio se koncept »dobra smrt«.

ODREĐENJE KONCEPTA »DOBRA SMRT«

»Dobra smrt« najčešće je korišten naziv koncepta u radovima brojnih autora iz različitih znanstvenih područja, a dolazi od engleskog izraza »*good death*«. Razmatrajući jezično određenje koncepta »dobra smrt« Howarth (2001.) ističe da pridjev dobra ne upućuje na zaključak da je smrt sama po sebi nešto dostojanstveno, poželjno i korisno, što bi čovjek sam poticao ili stvarao. Umjesto toga on opisuje kvalitetu subjekta na način da utvrđuje postojanje određenih obilježja ili stjecanje određenih okolnosti zbog kojih umiranje i smrt postaju olakšani ili prihvatljiviji. Za isti ili vrlo sličan koncept neki autori koriste i druge nazive: dostojanstvena smrt (Proulx i Jacelon, 2004.), dobro ili dostojanstveno umiranje (Fučkar, 1995.), mirna smrt (Fučkar, 1995.), prihvatljiva, poželjna ili prikladna smrt (Milinković, 1995.), kratka smrt (Arias 1974., prema West, preuzeto 28.02.2007.), kvaliteta umiranja (Berman, 1997., prema Bridge i sur. 2002.) ili kvaliteta smrti (Koehn, 2003.).

Više je koncepata koji su blisko povezani i imaju zajedničke aspekte s konceptom »dobra smrt«. Neki od njih su kvaliteta življenja pri kraju života, kvaliteta umiranja i kvaliteta skrbi u zadnjoj fazi života (Kehl, 2006.). Howarth (2001.) navodi koncept suprotan dobroj smrti poznat pod nazivom »loša smrt«. Kao antipod negativnog značenja on može pomoći boljem određenju koncepta »dobra smrt«.

U određenju koncepta »dobra smrt« postoje stanovite jezične i sadržajne nejasnoće koje su povezane s definiranjem pojmova umiranje i smrt. Prema vrlo praktičnim definicijama umiranje je dinamički proces postupnog nepovratnog gubitka životnih funkcija tijekom određenog razdoblja (Clark, 2002.), a smrt trenutak prestanka života ili stanje završenog života (Coury, 2002.; Kuebler-Ross, 1980.). Iako se ovi pojmovi jasno jezično razlikuju i sadržajno definiraju dva različita događaja, učestalo se zamjenjuju u uporabi.

Situaciju čini složenijom i to da se pojam smrt koristi u užem (sam trenutak završetka umiranja ili prestanka života) i širem značenju (proces umiranja koji uključuje i njegov ishod; trenutak smrti) (Kehl, 2006.). Uporaba pojma dobra smrt u ovom članku oslanja se

na šire značenje pojma smrt. Ipak, ova jezična i pojmovna šarolikost navodi na razmišljanje o potrebi uvođenja preciznijeg naziva koji bi, na primjer, mogao glasiti »kvaliteta umiranja i smrti« ili »dobro umiranje i smrt«.

Sadržajno određenje dobre smrti također je višestruko i individualno. Ovisi o tome tko je opisuje, odnosno, iz čije se perspektive sagledava (umiruće osobe, člana obitelji ili stručnjaka). Značajno je i kada se procjena postignuća dobre smrti daje na početku procesa umiranja, neposredno pred smrt ili nakon nje.

Kastenbaum (preuzeto 28.02.2007.b) smatra da je dobra smrt posljedica dobrog života ili, kako slično kaže Smith (2003.), kulminacija dobrog života. Jones i Willis (2003.) misle da je dobra smrt ono što pojedinac specifično zahtijeva za sebe bez obzira koliko njegov osobni izbor bio netipičan.

Milinković (1995.) i Hart (1988., prema Proulx i Jacelon, 2004.) definiraju dobru smrt kao filozofiju življenja i umiranja što se temelji na osobnim i socijalnim vrijednostima, a ima za cilj umanjiti negativne efekte umiranja i smrti. Elsey (1998.:42, prema Coury i Štambuk, 2002.:246) definira dobru smrt kao »zreli dijalog između onih koji se brinu (službeni i neslužbeni) i pacijenta, znajući da je sve učinjeno u svrhu kontroliranja boli i stresa, ostavljajući dovoljno kvalitativnog vremena za umiruću osobu da postepeno prihvati umiranje«. Za autore Field i Cassel (1997., prema Selecky i sur., 2005.) dobra smrt je oslobođenje od neugode i trpljenja što se mogu izbjeći te skrb realistično usklađena sa željama umirućeg i obitelji te postojećim medicinskim, kulturnim i etičkim standardima. Razvidno je da ove definicije uključuju tri zajednička elementa: osobne vrijednosti (filozofija življenja, prihvaćanje umiranja kao djelotvorne strategije suočavanja i želje umirućeg), socijalnu dimenziju (socijalne vrijednosti, povezanost umiruće osobe s obiteljskim i profesionalnim okruženjem te realistična usklađenost skrbi sa standardima) te postizanje najveće moguće kvalitete življenja (umanjivanje negativnih efekata, upravljanje simptomima i boli te oslobođenje od trpljenja).

NEKA OBILJEŽJA KONCEPTA »DOBRA SMRT«

Među obilježjima koncepta »dobra smrt« najznačajnije su njegove dimenzije, kontekstualna povezanost s teorijom palijativne skrbi, atributi i aspekti dobre smrti kojima ćemo se detaljnije posvetiti u drugom dijelu rada. Za cjelovitiji prikaz trebalo bi se također baviti povijesnim razvojem, kulturološkim različitostima, etičkim pitanjima i raznim drugim temama koje prelaze okvire ovog rada.

DIMENZIJE KONCEPTA »DOBRA SMRT«

Najvažnije dimenzije koncepta »dobra smrt« su holistički pristup, jedinstvenost i socijalna dimenzija. Koncept »dobra smrt« temelji se na holističkom pristupu i integrativnoj

perspektivi u palijativnoj skrbi. Kako to tumači Finn (2002.), holistički pristup označava nastojanje da osoba tijekom razdoblja umiranja uspostavi ravnotežu u svim aspektima života: tjelesnom, psihičkom, socijalnom i duhovnom. Pritom je dobra smrt posljedica željene interakcije čimbenika iz sva četiri aspekta i znači ostvarenje cjelovite dobrobiti umiruće osobe u skladu s njezinim individualnim potrebama (Neuberger, 2003.; Romanoff i Thompson, 2006.).

Dobra smrt je dinamička, humanistička, subjektivna i individualna kategorija pa je jedinstvenost važna dimenzija koncepta. Koncept »dobra smrt« se mijenjao i razvijao tijekom povijesti ovisno o društvu i kulturi kojima osoba pripada. Nekada su postojale norme dobre smrti pa je u zajednici svatko točno znao što treba učiniti u vezi vlastite i tuđe smrti. Danas suvremeno individualizirano multikulturno zapadno društvo ohrabruje pojedinca da sam odredi svoje vrijednosti i netipično napiše scenarij vlastitog umiranja i smrti (Walter, 2003.). Budući da ljudi ne dijele iste životne priče, značenja i osobne vrijednosti, ne postoji model primjenljiv na sve ljude i u svim situacijama ili standard za dobru smrt niti je moguće razviti sveopći najbolji način umiranja (Fučkar, 1995.; Proulx i Jacelon, 2004.; Saunders, Ross i Riley, 2003.). Iskustvo umiranja počiva na specifičnoj interakciji različitih unutarnjih i vanjskih čimbenika (Proulx i Jacelon, 2004.; Walter, 2003.). Određeno je okolnostima umiranja, filozofijom života i osobinama ličnosti umirućeg koji, kao konačni autoritet, na svoj način određuje i stvara pojedinačnu kompoziciju svoje smrti (Milinković, 1995.).

Prepoznajući socijalnu dimenziju, Hayslip (preuzeto 28.02.2007.) i Stolick (2003.) ističu kako smrt nije jedino individualan i medicinski, već i interpersonalan događaj koji uključuje umirućeg, obitelj, bliske osobe, širu zajednicu, medicinsko i socijalno osoblje, njegovatelja i korisnike smještaja u instituciji. Dobra smrt je po svojoj prirodi interaktivan socijalni koncept. Ona se ne može cjelovito ostvariti izvan socijalnog okruženja i odnosa s drugim ljudima, bez podrške obitelji i bliskih osoba te medicinske i socijalne pomoći stručnjaka i institucija (Curtis, 2003.). Čak i kad se ne događa u obitelji, već je izolirana u ustanovi, smrt se odvija uz izravnu ili neizravnu prisutnost drugih ljudi, pogađa osobe povezane s umirućim i odražava se na njihov život (Walter, 2003.). I u krajnjim situacijama, ako osoba umire zaboravljena i sama, njezina smrt zahtijeva djelovanje zajednice te poštovanje postupaka i propisa povezanih s prestankom života.

KONTEKSTUALNA POVEZANOST KONCEPTA »DOBRA SMRT« S TEORIJOM PALIJATIVNE SKRBI

Koncept »dobra smrt« kontekstualno je povezan i razmatra se kao dio teorije palijativne skrbi, a njegovo ostvarenje važan je cilj njezine prakse (Bridge i sur. 2002.; Clark, 2002.). Prema određenju Svjetske zdravstvene organizacije ciljevi palijativne skrbi

su sljedeći: postići oslobođenje od boli i ostalih neugodnih simptoma, umiranje i smrt afirmirati kao prirodne procese, smrt prepustiti prirodnom tijeku bez namjere da se odgodi ili požuri, integrirati tjelesni, psihosocijalni i duhovni aspekt skrbi, pomoći osobi živjeti što aktivnije i kvalitetnije do same smrti, podržavati njegovatelja, podržavati obitelj tijekom bolesti i u procesu tugovanja, primjenjivati timski pristup i promovirati kvalitetu života osobe i obitelji (World Health Organization, preuzeto 18.01.2007.). Svi ovi ciljevi ujedno predstavljaju i aspekte dobre smrti.

Sukladno Preporuci Rec (2003) 24, (2004.) vrijednosti u palijativnoj skrbi se temelje na ljudskim pravima općenito i pravima bolesnika. To znači da svaka osoba ima pravo donijeti odluke i specifično odrediti uvjete u kojima će se umiranje i smrt dogoditi. Zato pokret za promoviranje ljudskih prava uz pravo na dobar i dostojanstven život dodaje i pravo na dobro i dostojanstveno umiranje i smrt (Milinković, 1995.). Ovaj zahtjev ima za cilj osigurati odgovarajuću podršku i poštovanje ljudskih prava i vrijednosti te omogućiti postizanje kvalitetne skrbi pred kraj života i dobre smrti kao osnovnog ljudskog prava umirućih (Coury i Štambuk, 2002.; Selecky i sur., 2005.).

ATRIBUTI DOBRE SMRTI

Opisujući dobru smrt i načine kako je postići, mnogi autori navode više različitih atributa. Pritom kažu da je lakše prepoznati što je loše umiranje i smrt nego odrediti kako izgleda dobra smrt. Smrt dobiva ocjenu dobra ili loša individualno, ovisno o tome ima li pozitivna ili negativna, odnosno, poželjna ili nepoželjna obilježja za onog tko je vrednuje (West, preuzeto 28.02.2007.). Tako Smith (2003.) misli da je loša smrt bez dostojanstva, osamljena i tehničirana. Za Kastenbaum (preuzeto 28.02.2007.b) to je dugo i teško umiranje uz trpljenje. Neuberger (2003.) smatra da je to smrt na mjestu gdje osoba ne želi, bez mira kojem se nada, osamljena, u boli, prestrašena, otuđena i bez dostojanstva. Howarth (2001.) je opisuje kao dobro preranu, neočekivanu, posljedicu nasilnog čina, nepravovremenu, bez moguće pripreme, mimo željenog mjesta uz produljeno umiranje, ovisnost o drugima, trpljenje, osamljenost, opterećenje obitelji i loše organiziranu skrb.

Walter (2003.) zaključuje da se mnogi ljudi plaše dugog i postupnog umiranja, ispunjenog trpljenjem. Zato je razumljivo davanje prednosti smrti nakon kratkog i laganog umiranja, ili brzog i iznenadnog smrti bez procesa umiranja, na primjer, smrti relativno zdrave i bio-psiho-socijalno funkcionalne osobe u snu (Kastenbaum, preuzeto 28.02.2007.b). Jones i Willis (2003.) dodaju kako za neke ljude dobra smrt znači ne prihvatiti mirno svoje umiranje već ostati u borbenom stavu do zadnjeg trenutka sa željom i nastojanjem od života dobiti ili oteći makar još nešto. Također, postoje ljudi koji, kao izraz dobre smrti, odluče sami sebi prekinuti život, i oni koji traže da ih drugi usmrte.

ASPEKTI DOBRE SMRTI

Razni su autori operacionalizirali koncept »dobra smrt« kroz njene aspekte. Tako Kalish (1980., prema Early i sur., 2000.) navodi sedam značajnih problema umiruće osobe koji su sukladni obilježjima dobre smrti. To su: suočavanje s nepoznatim, spoznaja značenja umiranja i smrti, suočavanje s boli i gubitkom, praktična priprema u očekivanju smrti, otvorena komunikacija s bliskim osobama, prihvaćanje smrti uz ispunjenost svakog trenutka te ostvarenje mogućnosti za udoban i zadovoljavajući život. Selecky i sur. (2005.) su, iz perspektive bolesnika, izdvojili pet aspekata dobre skrbi koji vode u dobru smrt: upravljanje boli i simptomima, pravovremenost smrti uz izbjegavanje nepotrebnog produljivanja života i odgađanja smrti, postizanje doživljaja kontrole, smanjivanje opterećenja bliskih osoba i osnažujuće međuljudske odnose. Proulx i Jacelon (2004.) kao aspekte dobre smrti navode: dostojanstvo, smirenost, kontrolu, tjelesnu udobnost, autonomiju, pripremljenost, privatnost, zajedništvo, svjesnost, diskreciju, smisao, prihvaćanje te iskrenu i otvorenu komunikaciju.

Analiza koncepta koju je proveo B. L. Rodgers (Saunders, 2000., prema Kehl, 2006.) pokazala je slaganje liječnika, njegovatelja i umirućih osoba o sljedećim aspektima dobre smrti: zadržavanju kontrole, postizanju ugone, osjećaju dovršenosti, povjerenju u pružatelje skrbi, prepoznavanju blizine smrti, poštovanju vjerovanja i vrijednosti osobe, minimalizaciji opterećenja obitelji, kvalitetnim odnosima s bližnjima, primjerenosti smrti, uređenoj ostavštini i skrbi o obitelji.

Iako je dobra smrt jedinstvena kombinacija obilježja integriranih u cjelinu kroz specifično iskustvo pojedinca kao njene najznačajnije i najviše spominjane aspekte, autorica je izabrala sljedeće: prirodnost, kvalitetu življenja, upravljanje simptomima, boli i osjećajima, individualne vrijednosti, socijalnu podršku, humanost i dostojanstvo, duhovnost te skrb o obitelji.

1. Prirodnost

Prirodnost umiranja i smrti složen je pojam koji uključuje: prihvaćanje smrti kao normalnog životnog događaja, pravovremenost smrti, svjesnost o umiranju i smrti, dovršenu pripremu i mjesto smrti (Nelson i Botkin, 2000.; Proulx i Jacelon, 2004.). Umiranje i smrt su neizbježni i prirodni životni događaji. Naš odnos prema njima treba biti prirodan i uključivati prihvaćanje, pripremu i očekivanje umjesto negiranja, odbijanja i odgađanja (Buckman, 1996.; Graham 1986.).

Pod pravovremenosti smrti ili dobrom vremenskom usklađenosti Hayslip (preuzeto 28.02.2007.) i Kehl (2006.) prvenstveno misle na smrt u starosti, nakon očekivanog trajanja života, kada prirodno dođe njezino vrijeme. Deshpande (2003.) i Kastenbaum (preuzeto 28.02.2007.b) smatraju da ljudi isto tako prihvaćaju kao prirodno umrijeti nakon ispunjenog

i dovoljno dugog života u kom su imali mogućnosti i vremena učiniti i doživjeti sve što smatraju važnim za dovršenje životne priče.

Sljedeći aspekt pravovremenosti odnosi se na poštovanje prirodnog tijeka bolesti. Smrt ne treba ubrzavati, preuranjeno poticati niti zahtijevati prerani završetak života (Jušić, 2002.; Stolic, 2002.). Također, smrt ne treba neprirodno odgađati primjenom nerazumnih i nepotrebnih medicinskih intervencija koji imaju za cilj umjetno produljenje života dok god je to moguće, uključujući i stanje tehničkog održavanja života (Coury i Štambuk, 2002.), a dovode do uvećanja trpljenja i dublje mentalne traume očekivanja smrti (Deshpande, 2003.).

Proulx i Jacelon (2004.) smatraju da pravo vrijeme za smrt nastupa kada se kvaliteta življenja iz pozitivne promijeni u negativnu, a svjesnost postane ugrožena tehnizacijom i medikalizacijom umiranja. Pritom velike doze lijekova zamagljuje svijest, umanjuju sposobnost dijeljenja zajedništva s bližnjima i vrijednost završnice života te onemogućuju dovršenje životne priče. Vežanost za aparate uzrokuje gubitak dostojanstva i »mehaničku smrt« kada život prestaje u trenutku isključenja aparata što podržavaju vitalne funkcije (Illich, 1975., prema West, preuzeto 28.02.2007.).

Pravovremenost uključuje i dovršenu pripremu pa je smrt prihvatljiva nakon dovoljno vremena za sređivanje poslova i odnosa s bližnjima, evaluacije života, dovršenja životne priče i duhovne integracije. Priprema je posljedica planiranja vlastitog života do samog kraja te mirnog prihvaćanja i dočekivanja smrti (Davies i Higginson, 2004.; Deshpande, 2003.; Salajpal, 2004.)

Mjesto smrti važno je obilježje prirodnosti. Prema navodu Walter (2003.) krajem 20. stoljeća većina ljudi umire u instituciji, uglavnom bolnici, u ljudski sterilnom i hladnom okruženju među nepoznatim i često ravnodušnim stručnjacima. Ipak, mnogi autori dosljedno navode kako je želja većine umrijeti u vlastitom domu, okruženi bliskim osobama koje s njima osjećajno dijele ovo intimno iskustvo (Jušić, 2006., preuzeto 04.03.2007.; Kastenbaum, preuzeto 28.02.2007.b; Proulx i Jacelon, 2004.; Sykes, 1995.).

Ostanak u domu i njega u obitelji omogućuju samoodređenje, dostojanstvo umiranja i utjehu vlastitog okruženja uz doživljaj mira, sigurnosti, ljubavi i socijalne integracije (Callahan, 2005.; Salajpal, 2004.). Rasmussen, Jansson i Norberg, (2000.) prepoznaju vlastiti dom ne samo kao prirodno fizičko mjesto življenja u kojem vlada red uspostavljen od umirućeg, nego prvenstveno kao društveno okruženje podržavajuće prisutnosti članova obitelji. Također, navode da osoba o kojoj se skrbi izvan vlastite obitelji ima dodatnu teškoću povezanu s adaptacijom na mjesto i okruženje u kojem je smještena. U njemu se osjeća kao stranac, neprirodno, nesigurno i odvojena od drugih pa to dovodi do povećanja trpljenja, gubitka nade i očaja.

Isto tako, dobro mjesto smrti može biti i bilo koje drugo (u bolnici, hospiciju ili domu socijalne skrbi) ukoliko je kao blisko izabrano od umirućeg (Proulx i Jacelon, 2004.).

2. Kvaliteta življenja

Iako trenutak postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti najavljuje blizinu izvjesne smrti, život još uvijek ne gubi svoju vrijednost, značenje i sadržaje nego se i nadalje puno toga može učiniti s umirućim i za njega. Ovu činjenicu ističe Preporuka Rec (2003) 24 (2004.:14) riječima da »u životu umiremo, u umiranju imamo priliku za život«. Ostvariti najbolju moguću kvalitetu življenja sve do same smrti, u skladu s vrijednostima i okolnostima osobe, znači pružiti umirućem dobru skrb te najviše moguće omogućiti aktivnu uključenost u obiteljski i društveni život (Jušić, 2002.; Sykes, 1995.; Rowling, 2001.).

Dobra i odgovarajuća medicinska i socijalna skrb za umiruće uz prikladne pružatelje usluga nikada nije promašena i neisplativa praksa (Sykes, 1995.) niti milosrđe (Coury, 2002.) nego pravo osobe i obitelji (Preporuka Rec (2003) 24, 2004.). Ona ima više aspekata. Jedan je primjereni opseg i kvaliteta skrbi u skladu sa suvremenim medicinskim, socijalnim i etičkim standardima, kulturnom i religijskom tradicijom te individualnim potrebama osobe (Ellershaw i Ward, 2003.). Drugi aspekt je zahtjev da kvalitetnu stručnu pomoć pružaju dodatno educirani, iskusni i kompetentni stručnjaci koji su članovi multiprofesionalnog tima i djeluju primjenjujući interdisciplinarni pristup (Preporuka Rec (2003) 24, 2004.; Selecky i sur., 2005.). Za dobru skrb su također važni povjerenje u pružatelja skrbi te otvorena i iskrena komunikacija (Kastenbaum, preuzeto 28.02.2007.a). Oni umirućem daju sigurnost da se bez bojazni prepusti skrbi stručnjaka imajući pouzdanje u njegovu stručnost, dobronamjernost i humanost.

Nelson i Botkin (2000.) te Saunders, Ross i Riley (2003.) kao važnu dimenziju prikladne skrbi navode značaj ličnosti stručnjaka i kvalitetu odnosa što ga uspostavlja s umirućim. Umirući očekuje korektan, uljudan, pažljiv i empatičan odnos u kojem ga prepoznaju kao subjekt skrbi i vrijednu osobu, poštuju njegovo dostojanstvo i osnažuju autonomiju (Hayslip, preuzeto 28.02.2007.; Rasmussen, Jansson i Norberg, 2000.). Shodno tome, Stolick (2002.; 2003.) zaključuje da upravo razvoj skrbi od kurativnog modela prema palijativnom odnosu stručnjaka iz medicinskog tehnologa mijenja u nježno i suosjećajno prijateljsko ljudsko biće.

3. Upravljanje simptomima, boli i osjećajima

Bolest i umiranje često su praćeni osjetom boli. Bol je važan uzrok trpljenja jer umanjuje tjelesnu udobnost i doživljaj dobrobiti (Davies i Higginson, 2004.) te predstavlja zapreku za kvalitetne odnose s okolinom (Pozaić, 1990.). Istovremeno, prema Kafetz (2002.), kod umiruće osobe obično postoji viševrsna patologija što uzrokuje i druge neugodne simptome kao što su: inkontinencija, povećana osjetljivost, teškoće disanja i prehrane, povraćanje, delirantno stanje i slično. Također, neugodna psihosocijalna i duhovna

obilježja umiranja mogu uzrokovati nevolju i oduzimati radost življenja (Nelson i Botkin, 2000.).

Dakle, tjelesna skrb o tjelesnoj boli nije dovoljna budući da osoba nije svedena na jednostavnu biološku cjelinu (Preporuka Rec (2003) 24, 2004.). Iz tog razloga palijativna skrb prihvaća koncept složene ili totalne boli autorice Cicely Saunders koji je utemeljen na višefaktorskoj prirodi boli. Prema njemu cjelovito iskustvo boli uključuje četiri dimenzije: tjelesnu, psihičku, socijalnu i duhovnu. Stoga je za totalnu bol moguće i potrebno ponuditi totalnu skrb za osobu i cijelu obitelj (Saunders, preuzeto 28.02.2007.). Otklanjanje ili što bolja kontrola simptoma, boli i neugodnih psihosocijalnih stanja imaju za cilj olakšanje trpljenja, najveću moguću tjelesnu udobnost, promoviranje dostojanstva, poboljšanje kvalitete življenja te ostvarenje mirne i lagane smrti (Gibson i Schroder, 2001.; Kehl, 2006.).

Tijekom razdoblja umiranja javljaju se različiti pozitivni i negativni osjećaji što mogu biti izvor ugone ili patnje za umirućeg. Najsnažniji osjećaj u razdoblju umiranja jest strah. On je višeslojan i uključuje strah od smrti, napuštenosti, osamljenosti i gubitka dostojanstva (Buckman, 1996.). Clark J. (2003.) navodi da se često strah od smrti zamjenjuje strahom od umiranja, odnosno, trpljenja, gubitka autonomije i dostojanstva u dugom i bolnom umiranju.

Kako bi se ublažio ili spriječio nepoželjan utjecaj osjećaja na dobrobit osobe, važno je primjereno upravljanje osjećajima. Kehl (2006.) zaključuje da upravljanje osjećajima ima za cilj postizanje psihosocijalne ugone, prevladavanje negativnih osjećaja te nalaženje utjehe i nade. Leaman (2001.) dodaje da tek nadrastanjem straha čovjek postaje slobodan i sposoban razviti sve svoje potencijale te primjereno upravljati tjeskobom, depresijom, beznađem i očajem. Jedan od načina upravljanja osjećajima je otvorena i iskrena komunikacija u kojoj umirući prima suosjećanje i podršku te dobiva mogućnost izraziti svoje osjećaje i govoriti o njima (Nelson i Botkin, 2000.; Rasmussen, Jansson i Norberg, 2000.). Također, kao što to ističu Romanoff i Thompson (2006.), običaji i rituali imaju značajnu ulogu u osjećajnoj skrbi jer omogućavaju prihvatljivo i kontrolirano izražavanje snažnih osjećaja prema modelu što ga daje socijalno okruženje.

4. Individualne vrijednosti

Proces umiranja jedinstven je za svaku osobu (Proulx i Jacelon, 2004.). Razlike su uzrokovane obilježjima bolesti i procesa umiranja, osobinama ličnosti, osobnim vrijednostima, spolom, dobi, obiteljskim prilikama, socioekonomskim uvjetima, etničkom pripadnosti, kulturom i duhovnosti (Kehl, 2006.; Selecky i sur., 2005.). Osim toga, doživljaj umiranja i smrti može biti različit kod iste osobe u raznim fazama umiranja (Kafetz, 2002.; Walter, 2003.).

Stoga je »dobra smrt« koncept jedinstven za svakog čovjeka. On nalaže individualizirani pristup osobi i izradu posebnog plana skrbi što najviše odgovara njenim specifičnim potrebama (Andrews, 2001.; Stolick, 2003.). Pritom je neophodno poštovanje ličnosti i

svjetonazora osobe, uvažavanje kulturnih i religijskih uvjerenja i običaja (Deshpande, 2003.) te prihvaćanje pojedinačnog iskustva i duhovne integracije umiranja i smrti (Neuberger, 2003.). Na taj način umirući zadržava autoritet definirati što je za njega dobra smrt te autonomno u svom stilu odrediti okolnosti umiranja i smrti (Clark J., 2003.; Romanoff i Thompson, 2006.).

Samoodređenje je temeljna ljudska vrijednost (Hofland, 1995.) i ljudsko pravo (Preporuka Rec (2003) 24, 2004.). Izvire iz svijesti o sebi i slobodi izbora, omogućuje odlučivanje i čini čovjeka dostojanstvenim (Pozaić, 1990.). Weale (1988.) definira samoodređenje kao sposobnost promišljanja i razmatranja o općim pitanjima te odlučivanja i postupanja temeljem vlastitih odluka, a uključuje autonomiju misli, namjera, volje i postupaka. Ono predstavlja afirmaciju individualnosti, unutarnju potrebu izražavanja volje i sudjelovanja u odlukama te pravo na izbor o tome kako živjeti i umrijeti u skladu s vlastitim vrijednostima, prioritetima i životnim stilom (Kuebler-Ross, 1980.; Stolick, 2002.).

Samoodređenje omogućuje kontrolu okolnosti umiranja i smrti kao što su: mjesto i način skrbi, mjesto, vrijeme i način smrti, prisutnost drugih osoba, primjena medicinskih intervencija te priprema za smrt (Rowling, 2001.). Ograničavanje autonomije događa se kao posljedica nedovoljne informiranosti umirućeg (Clark J., 2003.), medikalizacije i tehnizacije umiranja (West, preuzeto 28.02.2007.) te boravka u ustanovi (Hofland, 1995.). No, čak i kada je umirućem, uslijed okolnosti što ih ne može kontrolirati, oduzeta vanjska sloboda postupanja, još uvijek mu preostaje unutarnja sloboda zauzimanja stava prema životu. U kontekstu smrti to znači: ne dopustiti smrti da odredi život, zadržati mogućnost djelovanja mimo nje, izabrati način umiranja i pritom ostati svoj (Laengle, 1990.).

Da bi mogao zadržati autonomiju odlučivanja do samog kraja, umirućem je potrebna dobra informiranost o njegovom stanju, aktivna uključenost u planiranje skrbi i podrška bližnjih koji će biti izvršitelji njegove volje u vrijeme kad sam sebe možda više neće moći zastupati (Kehl, 2006.; Selecky i sur., 2005.).

Za umrijeti dostojanstveno, svjesno i uz autonomiju odlučivanja potrebno je biti dobro informiran - dostatno i pravovremeno obaviješten o dijagnozi bolesti, tijeku umiranja, prognozi trajanja života te blizini smrti (Coury i Štambuk, 2002.; Eilershaw i Ward, 2003.). Premda većina osoba želi saznati istinu o svom stanju (Buckman, 1996.), još uvijek se vode rasprave o tome treba li umirućem potpuno otvoreno i cjelovito priopćiti dijagnozu i prognozu, kazati mu samo dio podataka ili ih zadržati za sebe. Ipak, sve se više autora slaže (Jušić, 2002.; Smith, 2003.), a to je i zaključak Preporuke Rec (2003) 24 (2004.), da je dobra informiranost pravo i potreba osobe, temeljna ljudska vrijednost (Field i Copp, 1999.; Tuckett, 2004.) i presudna pretpostavka za ostvarenje kvalitete umiranja i smrti (Stolick, 2003.). Poznavanje činjenica omogućuje širenje svjesnosti o vlastitom stanju (Copp i Field, 2002.), donošenje informiranih odluka (Proulx i Jacelon, 2004.) te otvorenu i iskrenu komunikaciju (Clark J., 2003.). Ono čuva etičnost odnosa stručne osobe i umirućeg (Bok, 1979., prema Stolick, 2003.). Također, priprema uvjete za nadvladavanje straha (Buckman,

1996.), izlazak iz osamljenosti i podjelu teških osjećaja (Stolick, 2002.), bolje suočavanje s umiranjem i pripremu za smrt (Early i sur. 2001.) te primanje neophodne psihosocijalne podrške (Shipman i sur., 2002., prema Kafetz, 2002.).

Iz tih je razloga umirućeg potrebno najprije pitati koju vrstu informiranosti želi te provjeriti postoje li osobni, obiteljski, društveni ili kulturološki razlozi zbog kojih ne bi trebalo reći istinu. Primjenjujući individualni pristup, pozornost treba obratiti na to koliko je informacija osoba sposobna odjednom mirno čuti i prihvatiti. Istinu je važno priopćiti obzirno, pažljivo, suosjećajno, zadržavajući nadu i pružajući podršku te u vrijeme i u mjeri u kojima ih osoba zahtijeva (Buckman, 1996.).

5. Socijalna podrška

Umiranje i bliska smrt često pogoršavaju socijalni status osobe. Ljudi je počinju izbjegavati te mijenjaju ili prekidaju komunikaciju s njom. Istovremeno, izoliran i odbačen, umirući ima velika očekivanja od socijalne mreže te potrebu za blizinom drugih ljudi i primanjem socijalne podrške (Callahan, 2005.). Caplan (1974., prema Early i sur., 2000.:88), definira socijalnu podršku kao značajne druge koji dijele životne zadaće osobe, pružaju dodatnu instrumentalnu i praktičnu pomoć, pomažu upravljati osjećajnim teretima i pokrenuti psihičke resurse kako bi osoba sama što bolje ovladala svojom situacijom.

Podršku bližnjih umirući doživljava na dva načina. Prvi je prisutnost bliske osobe. Ona znači stavljanje na raspolaganje u potrebi; zajedništvo, povezanost i pripadnost (Andrews, 2001.; Gibson i Schroder, 2001.; Rasmussen, Jansson i Norberg, 2000.) te predstavlja pratnju umirućem na putu prema smrti (Buckman, 1996.). Kako se smrt približava, prisutnost dobiva na važnosti jer se verbalna komunikacija obično smanjuje ili čak prestaje, ali još uvijek ostaje zajedništvo u tišini i mogućnost tjelesnog dodira (Rowling, 2001.). Drugi oblik podrške je aktivno zajedništvo kroz kvalitetnu verbalnu i neverbalnu komunikaciju te osjećajnu razmjenu (Kehl, 2006.; Selecky i sur., 2005.). Buckman (1996.) naglašava važnost razgovora s empatičnim i pozornim slušateljem pred kojim umirući može slobodno izraziti misli i osjećaje. Pritom osjećajna povezanost s bližnjima umanjuje napetost, strah i nemir, olakšava suočavanje s trpljenjem te predstavlja izvor unutarnje snage za umirućeg.

Whittaker i Garbarino (1983., prema Early i sur., 2000.) ističu važnost razlikovanja neformalne uzajamne od pomoći formalnih društvenih servisa. Hartman (1981., prema Early i sur., 2000.), navodi da hijerarhija socijalne podrške počinje od obitelji i primarnih pomagača koji predstavljaju primarni servis socijalne pomoći. Taj intimni krug podrške osobi je najprirodniji, najvažniji i najvredniji jer posjeduje poseban legitimitet te unutarnju energiju i značenje. Krug se širi na daljnje srodnike, susjede i prijatelje (srodnički krug podrške) koji pružaju novčanu, osjećajnu i duhovnu podršku, a završava s formalnom stručnom podrškom društvenih servisa (institucionalni krug).

Walter (2003.) utvrđuje kako najdublje razumijevanje može pokazati upravo onaj koji proživljava slično iskustvo pa se razvija nov oblik socijalne podrške kroz međusobno povezivanje umirućih osoba u skupinama samopomoći ili putem računalne mrežne komunikacije.

6. Humanost i dostojanstvo

Čovjek prirodno teži da za njega i njemu bliske osobe umiranje i smrt budu prihvatljivo i vrijedno iskustvo (Pozaić, 1990.; Salajpal, 2002.). Stoga osobi u razdoblju umiranja i smrti treba pristupiti humano, na način da se potvrđuje sveukupnost njezinih pozitivnih osobina, kvaliteta i vrijednosti kao što su dostojanstvo, samopoštovanje, samoodređenje i individualnost (Proulx i Jacelon, 2004.).

Suprotno tome, dehumanizacija je proces oduzimanja ljudskih kvaliteta. Posljedica je kulture negiranja smrti i prevlasti tehnizirane medicine koji pretvaraju čovjeka u objekt medicinskih postupaka, a smrt u tehnički kontroliran događaj i medicinski poraz. Umirućeg se izdvaja iz prirodnog obiteljskog okruženja te time umiranje i smrt premješta u instituciju čineći ih otuđenim i nehumanim. Iz tih je razloga neophodno uspostaviti ravnotežu između uporabe tehnologije i humanog pristupa jer oni mogu zajednički biti usmjereni prema dobrobiti osobe (Andrews, 2001.; Clark, 2002.).

Umiruća osoba ima snažnu potrebu sačuvati svoje dostojanstvo tijekom razdoblja umiranja i u samoj smrti (Howarth, 2001.; Kafetz, 2002.; Salajpal, 2002., 2004.). Kao što kaže Moody (1998., prema Proulx i Jacelon, 2004.), dostojanstvo je filozofski koncept koji upućuje na nešto ljudsko i transcendentno, a oslanja se na ideju da je čovjek više od onog što se socijalno očituje. Ono uzdiže postojanje svakog čovjeka i znači stanje bivanja vrijednim i poštovanim. Upućuje na neotuđivu bezuvjetnu unutarnju osobinu ljudskog bića koje je obdareno razumom, slobodom, suosjećanjem, odgovornosti i sposobnosti samoodređenja (Pozaić, 1995.; Rasmussen, Jansson i Norberg, 2000.). Poštovati dostojanstvo umiruće osobe znači potvrdu ljudske vrijednosti, cjelovitosti, individualnosti i autonomije bez obzira na proces umiranja i blizinu smrti (Sykes, 1995.).

Proulx i Jacelon (2004.) smatraju da dostojanstvo u umiranju uključuje dvije dimenzije. Unutarnja upućuje na intrinzičnu bezuvjetnu vrijednost ljudske osobe i izražava se u životnoj priči. Vanjska uključuje aspekte kao što su: tjelesna udobnost, sloboda od boli, autonomija, pripremljenost, duhovnost, smirenost, umiranje u domu, zajedništvo te otvorena i dobra komunikacija.

Ne postoji jedinstven način postizanja i uzdizanja dostojanstva za sve ljude jer ono za svakog ima različito značenje. Iako se pokazatelji dostojanstva individualno mijenjaju, oni uvijek trebaju uvažavati jedinstvenu perspektivu osobe, njezina vjerovanja, uvjerenja i kulturu (Kafetz, 2002.). Ugrožavanje dostojanstva nastupa zbog zanemarivanja značenja umiranja i smrti, uskraćivanja točne i pravodobne informacije, onemogućavanja autonomije

odlučivanja, tehnizacije i medikalizacije u skrbi te socijalne izolacije. Gubitak osjećaja dostojanstva često je povezan s ovisnosti o aparatima za produljenje života (Andrews, 2001.; Stolick, 2002.).

7. Duhovnost

Duhovnost je dimenzija cjelovitog ljudskog bića koja svoje posebno značenje ima upravo u razdoblju umiranja i smrti (Kehl, 2006.; Neuberger, 2003.). Tada često prioritet osobe više nije dobra, ali tehnologizirana i dehumanizirana, medicinska skrb nego duhovno vodstvo i integritet (Proulx i Jacelon, 2004.). Duhovnu skrb treba promatrati u kontekstu kulturne, religiozne i etičke pozadine. Bližnji je trebaju ponuditi na način da prepoznaju duhovne potrebe, obzirno i s poštovanjem omoguće njihovo ispunjavanje te potiču osobu odrediti vlastite duhovne vrijednosti i ostvariti jedinstven put kroz bolest i umiranje (Clark B. A., 2003.; Walter, 2003.). Duhovnost se ispunjava u različitim aspektima: prihvaćanju i pripremljenosti za smrt, značenju životnih okolnosti, procjeni života, dovršenju životne priče, ostvarenju smisla te integraciji umiranja i smrti u životnu cjelinu (Stolick, 2003.).

U kontekstu pogleda na smrt kao prirodni, intrinzični i neizbježni dio života prihvaćanje predstavlja vrijednu strategiju suočavanja. Ono je suprotno strahu i očaju, mentalitetu negiranja smrti te neprirodnim naporima smrt odgoditi i izbjeći bez obzira na novčana i psihološka opterećenja te lošu kvalitetu življenja (Copp i Field, 2002.; Finn, 2002.; Graham, 1986.). Prihvatiti smrt znači naglasak premjestiti na udobnost i zajedništvo, živjeti ispunjeno, autentično i kvalitetno te postići duhovnu integraciju. Prihvaćanje umanjuje patnju izazvanu borbom protiv smrti, olakšava rastanak, donosi osjećaj slobode i neovisnosti, omogućuje smirenost, doživljaj ispunjenosti i dovršenosti te potiče pripremu za smrt (Buckman, 1996.; Kehl, 2006.).

Saunders, Ross i Riley, (2003.) smatraju da je priprema svjesna aktivnost i treba se temeljiti na dobro postavljenoj prognozi, pravodobnoj informiranosti i planiranju života do samog kraja. Priprema uključuje: sređivanje odnosa (razrješenje sukoba, pomirenje i oproštaj od bližnjih), dovršavanje poslova, uređenje osjećajne, socijalne i materijalne ostavštine kroz aktualne odluke i oporuku, izbor okolnosti i načina ukopa te planiranje skrbi za obitelj. Treba je učiniti pravovremeno - dok je umirući psihofizički sposoban izražavati volju (Rasmussen, Jansson i Norberg, 2000.). Priprema osposobljava umirućeg mirno se prepustiti umiranju i dočekati smrt dostojanstveno (Buckman, 1996.; Fučkar, 1995.). Prepuštanje smrti se događa kada je osoba spremna odustati od neprijateljskog stava prema smrti i borbe za život te se svjesno predati nečemu većem od sebe (Levine i Levine, 1989. i Thoma, 1980., prema Salajpal, 2004.; Neuberger, 2003.).

Romanoff i Thompson (2006.) tumače da je čovjek u stanju prihvatiti događaje i razumjeti svoje iskustvo kroz proces stvaranja značenja. Značenje nastaje kroz razmišljanje, tumačenje i životnu priču. Postavljanje dijagnoze neizlječive bolesti potiče promjenu

percepcije i identiteta, rekonstrukciju značenja, preispitivanje životne priče, stvaranje nove i njeno dovršenje. Frankl (1998.) smatra da svaka situacija u sebi krije jedinstveni smisao pa život može biti smislen u umiranju i smrti. Čak i tada kad više ništa ne može promijeniti djelovanjem, čovjek može odrediti sebe te ostvariti vrijednosti stava u mirnom i dostojanstvenom suočavanju i prihvaćanju vlastite smrti. Slično Salajpal (2002.) kaže da trpljenje umiranja i bliska smrt mogu kao ishod imati dosizanje istinskih ljudskih vrijednosti, psihičko sazrijevanje i duhovni razvoj. Sve to dovodi do duhovne integracije (Bartholome, 1995., prema Štambuk, 2007.) što za posljedicu ima smirenost, utjehu i nadu.

8. Skrb o obitelji

Za cjelokupni doživljaj umiranja i smrti mnogih umirućih osoba specifičnu važnost ima skrb o njihovoj obitelji. Oni mogu prihvatiti svoje stanje, ostvariti dobru kvalitetu življenja i mirno umrijeti samo ako znaju da time nisu bitno ugrozili dobrobit bližnjih te da će obitelj nakon njihove smrti biti primjereno zbrinuta. U suprotnom, nastojanje umiruće osobe da ne optereti druge svojim stanjem vodi u položaj »dobrog bolesnika«. Osoba smatra da više ne može opravdati korisnost svog postojanja pa nastoji zaštititi druge od iscrpljivanja medicinskih, novčanih i drugih resursa, pristaje na skrb izvan obitelji ili osjeća dužnost umrijeti (Proulx i Jacelon, 2004.).

Zato Deshpande (2003.) i Gillett (2003.) navode da su za umirućeg jako važne mogućnosti smanjivanja opterećenja obitelji kao što su: novčana neovisnost umirućeg, što duža sposobnost samozbrinjavanja te osiguranje stručne pomoći i podrške obitelji (Kehl, 2006.). Ovo nastojanje umirućeg predstavlja izraz ljubavi i skrbi za najbliže, njegovu duhovnu ostavštinu te određenu sigurnost da će ga pamtiti uz pozitivne osjećaje kao važan, vrijedan i nezamjenjiv dio obitelji.

ZAKLJUČAK

Svatko rođen treba i umrijeti. Između rođenja i smrti zbiva se život koji u svakom svom trenutku može biti življen kvalitetno, ispunjeno i sa značenjem, ili loše, bez dostojanstva i smisla. Koncept »dobra smrt« suočava nas s mogućnosti da okolnosti umiranja i smrti postanu još jedna razvojna prilika te rezultat dobre kvalitete življenja mudro dovršenog dobrim umiranjem i dostojanstvenom smrti. U postizanju ovih ciljeva trebaju aktivno i zajednički djelovati umiruća osoba, obitelj i osoblje palijativne skrbi.

Suvremene teorijske spoznaje i njihova primjena u praksi omogućile su bolje razumijevanje ovog složenog i izazovnog područja. Zaključili smo da su za većinu ljudi umiranje i smrt izazovi što iskušavaju njihove najbolje ljudske kvalitete. Da bi smrt bila humana i dostojanstvena, dočekana spremno i s prihvaćanjem, potrebni su drugi ljudi i njihova podrška, dobra skrb i osobna autonomija. Uz odgovarajuće osobne, socijalne i

medicinske resurse življenje može imati željenu kvalitetu sve do zadnjeg trenutka. Pogled s krajnje točke života, neposredno pred smrt, daje jedinstvenu i neponovljivu perspektivu. Doživljaj osobne unutarnje integracije rađa se iz spoznaje da je životna priča smisleno dovršena, da su postignute vrijednosti koje prošlosti i sadašnjosti daju značenje, a razvoj došao do svojeg najvišeg, ali tragičnog vrhunca - smrti.

Iako palijativna skrb i njoj srodne discipline, kao što su gerontologija i razvojna psihologija, opisuju i tumače ljudski i stručno prihvatljiv pristup kraju života, još uvijek je puno pitanja koja traže jasne, nedvojbene i etičke odgovore. Neka od njih su: kako će se suvremene promjene obitelji u budućnosti odraziti na skrb o umirućoj osobi, hoće li tehnizacija medicine i institucionalizacija socijalne skrbi konačno oduzeti smrti dostojanstvo, koje je mjesto i uloga socijalne skrbi u ostvarenju dobre smrti?

Stoga je sada pravi trenutak da se ljudi, preokupirani življenjem, trgnu iz svoje prividne nezainteresiranosti i počnu baviti umiranjem i smrti. Vrijeme je da umirući i obitelji iskreno progovore o sebi i izbere se za svoja prava i vrijednosti, stručnjaci kvalitetno pruže cjelovitu stručnu pomoć, a znanstvenici podrobnije istraže ovo jedinstveno i dojmljivo životno iskustvo.

LITERATURA

1. Andrews, I. (2001). Commodification and death. In: Howarts, G. & Leaman, O. (ed.), **Encyclopedia of Death and Dying**. London: Routledge, 106-107.
2. Bridge, M., Roughton, D. I., Lewis, S., Barelds, J., Brenton, S., Cotter, S., Hagebols, M. L., Woolman, K., Annells, M. & Koch, T. (2002). Using caregivers-as-proxies to retrospectively assess and measure quality of dying of palliative care clients. **American Journal of Palliative Medicine**, 19 (3), 193-199.
3. Buckman, R. (1996). **Ne znam što reći**. Zagreb: Školska knjiga.
4. Callahan, R. (2005). Holistic Home Hospice: Caring for a Dying Father-A Family Hermeneutic Exemplar. **Home Health Care Management & Practice**, 17 (5), 365-369.
5. Clark, B. A. (2003). Spiritual care is important for a good death. **British Medical Journal**, 327 (7408), 224.
6. Clark, D. (2002). Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. **British Medical Journal**, 324 (7342), 905-907.
7. Clark, J. (2003). Patient centred death. **British Medical Journal**, 327 (7408), 174-175.
8. Copp, G. & Field D. (2002). Open awareness and dying: The use of denial and acceptance as coping strategies by hospice patients. **Journal of Research in Nursing**, 7 (2), 118-127.
9. Coury, J. M. (2002). Značenje volonterstva za društvo i zajednicu u palijativnoj skrbi u Americi. **Revija za socijalnu politiku**, 9 (3-4), 311-319.

10. Coury, J. M. & Štambuk, A. (2002). Problemi vezani s krajem života u zajednici: povezivanje profesionalnog i javnog obrazovanja. **Revija za socijalnu politiku**, 9 (3-4), 245-257.
11. Curtis, M. J. (2003). Good death is social construction. **British Medical Journal**, 327 (7408), 223-224.
12. Davies, E. & Higginson I. J. (ed.) (2004). **Better Palliative Care for Older People**. Copenhagen: World Health Organization.
13. Deshpande, A. (2003). Both how and when determines a good death. **British Medical Journal**, 327 (7408), 226.
14. Early, B. P., Smith, E. D., Todd, L. & Beem, T. (2000). The needs and supportive networks of the dying: An assessment instrument and mapping procedure for hospice patients. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 17 (2), 87-96.
15. Ellershaw, J. & Ward, D. (2003). Care of the dying patient: the last hours or days of life. **British Medical Journal**, 326, 30-34.
16. Field, D. & Copp, G. (1999). Communication an awareness about dying in the 1990s. **Palliative Medicine**, 13 (6), 459-468.
17. Finn, W. E. (2002). Razvoj hospicijskog pokreta u Americi. **Revija za socijalnu politiku**, 9 (3-4), 271-279.
18. Frankl, V. (1998). **Patnja zbog besmislena života**. Đakovo: U pravi trenutak.
19. Fučkar, G. (1995). Zdravstvena njega umirućeg bolesnika. U: Jušić, A. i sur.; **Hospicij i palijativna skrb**. Zagreb: Školska knjiga i Hrvatska liga protiv raka, 87-90.
20. Gibson, M. C. & Schroder C. (2001). The many faces of pain for older, dying adults. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 18 (1), 19-25.
21. Gillett, G. (2003). Good death is achievable if task becomes easing death, not prolonging life. **British Medical Journal**, 327 (7408), 225.
22. Graham, H. (1986). **The Human Face of Psychology**. Philadelphia: Open University Press.
23. Hayslip, B. (preuzeto 28.02.2007.). Communication with the Dying. **Encyclopedia of Death and Dying**: <http://www.deathreference.com/Ce-Da/Communication-with-the-Dying.html>.
24. Hofland, B. F. (1995). Autonomy. In: Maddox, G. L. (ed.), **The Encyclopedia of Aging**. New York: Springer Publishing Company, 100.
25. Howarth, G. (2001). Euthanasia. In: Howarts, G. & Leaman, O. (ed.), **Encyclopedia of Death and Dying**. London: Routledge, 176-177.
26. Jones, J. & Willis, D. (2003). What is a good death? **British Medical Journal**, 327 (7408), 224.
27. Jušić, A. (2002). Eutanazija. **Revija za socijalnu politiku**, 9 (3-4), 301-309.
28. Jušić, A. (2006., preuzeto 04.03.2007.). **Hospicijski pokret u Hrvatskoj**. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, Hrvatska udruga prijatelja hospicija, Info - Arhiva: <http://www.hospicij-hrvatska.hr>.

29. Kafetz, K. (2002). What happens when elderly people die? **Journal of The Royal Society of Medicine**, 95 (11), 536-538.
30. Kastenbaum, R. (preuzeto 28.02.2007.a). Dying, Process of. **Encyclopedia of Death and Dying**: <http://www.deathreference.com/Da-Em/Dying-Process-of.html>.
31. Kastenbaum, R. (preuzeto 28.02.2007.b). Good Death, The. **Encyclopedia of Death and Dying**: <http://www.deathreference.com/Gi-Ho/Good-Death-the.html>.
32. Kehl, K. A. (2006). Moving Towards Peace: An Analysis of the Concept of a Good Death. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 23 (4), 277-286.
33. Koehn, D. (2003). Communication Can enhance Last Wishes. **The Tampa Tribune**, 9(30). Death With Dignity National Center, Portland, Oregon. (<http://www.deathwithdignity.org/news/news/tampa.asp>, preuzeto 28.02.2007.).
34. Kuebler-Ross, E. (1980). **Razgovori s umirućima**. Zagreb: Biblioteka »Oko tri Ujutro«.
35. Laengle, A. (1990). **Osmišljeno živjeti**. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.
36. Leaman, O. (2001). Stoicism. In: Howarts, G. & Leaman, O. (ed.), **Encyclopedia of Death and Dying**. London: Routledge, 435-436.
37. Milinković, D. (1995). Umiranje i gubici u starosti. **Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada**, 149-163.
38. Nelson, R. M. & Botkin, J. R. (2000). Palliative Care for Children. **Pediatrics**, 106 (2), 351-357.
39. Neuberger, J. (2003). A healthy view of dying. **British Medical Journal**, 327 (7408), 207-208.
40. Pozaić, V. (1990). Umrijeti u ljudskom dostojanstvu. U: Pozaić, V. (ur.), **Pred licem smrti**. Zagreb: Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove, 198-213.
41. Pozaić, V. (1995). Rješenje je hospicij, ne eutanazija. U: Jušić, A. i sur.; **Hospicij i palijativna skrb**. Zagreb: Školska knjiga i Hrvatska liga protiv raka, 49-54.
42. Preporuka Rec (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi. Jušić, A. (ur.) (2004). Zagreb: Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, Hrvatski liječnički zbor. (Prijevod izvornika: Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care: Council of Europe).
43. Proulx, C. & Jacelon, C. (2004). Dying with dignity: The good patient versus the good death. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 21 (2), 116-120.
44. Rasmussen, B. H., Jansson, L. & Norberg, A. (2000). Striving for becoming at-home in the midst of dying. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 17 (1), 31-43.
45. Romanoff, B. D. & Thompson, B. E. (2006). Meaning Construction in Palliative Care: The Use of Narrative, Ritual, and the Expressive Arts. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 23 (4), 309-316.

46. Rowling, L. (2001). Coping. In: Howarts, G. & Leaman, O. (ed.), **Encyclopedia of Death and Dying**. London: Routledge, 115-117.
47. Salajpal, T. (2002). **Druga strana sjećanja**. Zagreb: Alinea.
48. Salajpal, T. (2004). **Darovane spoznaje - o umiranju**. Zagreb: Alinea.
49. Saunders C. (preuzeto 28.02.2007.). Lessons from the Dying. **Encyclopedia of Death and Dying**: <http://www.deathreference.com/Ke-Ma/Lessons-from-the-Dying.html>.
50. Saunders, Y., Ross, I. R. & Riley, J. (2003). Planning for a good death: responding to unexpected events. **British Medical Journal**, 327 (7408), 204-206.
51. Selecky, P. A., Eliasson, C. A. H., Hall, R. I., Schneider, R. F., Varkey, B. & McCaffree, D. R. (2005). Palliative and End-of-Life Care for Patients With Cardiopulmonary Diseases. **Chest**, 128, 3599-3610.
52. Smith, R. (2003). Death, come closer. **British Medical Journal**, 327 (7408), 0-f.
53. Stolick, M. (2002). Overcoming the tendency to lie to dying patients. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 19 (1), 29-34.
54. Stolick, M. (2003). Dying to meet you: Facing mortality and enabling patient styles. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, 20 (4), 269-273.
55. Sykes, N. (1995). Hospicij/Palijativna skrb. U: Jušić, A. i sur., **Hospicij i palijativna skrb**. Zagreb: Školska knjiga i Hrvatska liga protiv raka, 3-9.
56. Štambuk, A. (2007). Razmišljanje o smrti - dobne i spolne razlike. **Ljetopis socijalnog rada**, 14 (1), 155-177.
57. Tuckett, A. G. (2004). Truth-Telling in Clinical Practice and the Arguments for and Against: a review of the literature. **Nursing Ethics**, 11 (5), 500-513.
58. Walter, T. (2003). Historical and cultural variants on the good death. **British Medical Journal**, 327 (7108), 218-220.
59. Weale, A. (ed.) (1988). **Cost and Choice in Health Care, The Ethical Dimension**. London: King Edward's Hospital Found for London.
60. West, T. B. (preuzeto 28.02.2007.). Dehumanization. **Encyclopedia of Death and Dying**: <http://www.deathreference.com/Da-Em/Dehumanization.html>.
61. World Health Organization (preuzeto 18.01.2007.). WHO Definition of Palliative Care. **World Health Organization**: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

Maca Cicak
Social Welfare Center Zagreb

ASPECTS OF GOOD DEATH

SUMMARY

Although death and dying became a separate scientific topic, the knowledge about living a life of quality until the very end is still insufficient. Palliative care - the care about the dying and their families - provides many answers in this area. It is dedicated to creating the circumstances in which death becomes acceptable and dignified, thus promoting the concept of good death.

The existing national and international reviews of good death in terminally ill persons are fragmentary and lack an integrative approach. The purpose of this paper is to integrate the individual reviews into a whole through the survey of recent theoretical notions, and to systematically and analytically describe the aspects of good death.

Presented notions point out that good death is a fundamental human right and value, as well as a dynamic and humanistic category which reflects the unique experience of the dying person. It is a markedly social event, and can be fully realised only within the social environment and through relationships with other people. Some of its most desirable aspects are: naturalness, quality of life, managing symptoms, pain and feelings, personal values, social support, humanity and dignity, spirituality and care about the family.

Key words: *good death, quality of dying, aspects of good death, palliative care.*

