

Đan Domenico Borazio

O UMIRANJU

ŠTA ZNAMO
ŠTA MOŽEMO DA URADIMO
KAKO DA SE PRIPREMIMO

Preveo s nemačkog
Nikola B. Cvetković

■ Laguna ■

Naslov originala

Gian Domenico Borasio
ÜBER DAS STERBEN

Copyright © Verlag C.H. Beck oHG, München 2013
Translation copyright © 2017 za srpsko izdanje, LAGUNA



Kupovinom knjige sa FSC oznakom pomažete razvoj projekta
odgovornog korišćenja šumskih resursa širom sveta.

NC-COC-016937, NC-CW-016937, FSC-C007782

© 1996 Forest Stewardship Council A.C.

O UMIRANJU

Sadržaj

Predgovor 11

1. ŠTA ZNAMO O UMIRANJU? 15

Zašto umiremo? (15) – Programirana smrt ćelija (17)
– Smrt organa (18) – Otkazivanje celog organizma
(19) – Da li je smrt mozga konačna smrt? (24) –
Rađanje i smrt kao paralelni procesi (26) – Bliski
susreti sa smrću (29)

2. KRAJ ŽIVOTA: ŽELJA I STVARNOST 31

Bolnice (35) – Odeljenja intenzivne nege (36) –
Domovi za lica kojima je potrebna posebna nega
(37) – Kod kuće (38) – Palijativna odeljenja i smeštaj
(40)

3. STRUKTURE NEGE UMIRUĆIH OSOBA 41

Lekari (42) – SAPV timovi (44) – Palijativno
odeljenje (47) – Palijativna medicina i savetničke

usluge (48) – Stacionarni domovi (hospisi) (49) – Ambulantna služba (50) – Piramida nege (51) – Šta još učiniti? (52) – Obrazovanje studenata medicine (53) – Obrazovanje osoblja koje već radi (55) – Perspektive (56)

4. ŠTA JE POTREBNO LJUDIMA NA KRAJU ŽIVOTA? . . . 57

a. Komunikacija (58)

Empirijska posmatranja (58) – Predavanja iz medicine na drugačiji način (60) – Zbrinjavanje kroz upoznavanje (61) – Multiprofesionalna komunikacija (63) – Komunikacija kod umanjene svesti (65) – Komunikacija u okviru porodice (67)

b. Medicinska terapija (69)

Bolovi (69) – Otežano disanje (72) – Neuropsihijatrijski simptomi (74) – Palijativna sedacija (78)

c. Psihosocijalna nega (79)

Psihološka nega (81) – Socijalni rad (83) – Pomoć u tugovanju (85)

d. Spiritualna brigada (88)

Šta stvarno znači spiritualnost (u medicini)? (89) – Spiritualnost, značaj, vrednost i smisao života (90) – Uloga lekara (92) – Uloga duhovnika (94) – Uloga tima (95) – Zaključak (97)

5. MEDITACIJA I TEŠKE BOLESTI. 99

Šta je meditacija? (102) – Zašto meditacija može da pomogne teško obolelima? (104) – Upozorenje za kraj (107)

6. IZGLADNELI I ŽEDNI? ISHRANA I UNOŠENJE TEČNOSTI U FAZI UMIRANJA I KOD DEMENTNIH PACIJENATA ILI „BUDNE“ KOME (COMA VIGILE) . . 109

Nedovoljno unošenje hrane i tečnosti kod zdravih i bolesnih osoba (110) – Veštačka ishrana i demencija (115) – Ishrana i unošenje tečnosti kod pacijenata u „budnoj“ komi (118)

7. NAJČEŠĆI PROBLEMI NA KRAJU ŽIVOTA (I KAKO SE OD TOGA BRANITI) 123

Problemi u komunikaciji (123) – Greške u terapiji (128) – Psihosocijalni/spiritualni problemi (138)

8. PRIPREMA ZA KRAJ ŽIVOTA: SAGLASNOST ZA NEGU I ŽELJE PACIJENTA 143

Želja za kontrolom (144) – Punomoć (145) – Instrumenti pripreme (146) – Šta se dešava kada ne postoji pismena želja? (155) – Šta se dešava ako nije moguće ustanoviti ni pretpostavljenu želju pacijenta? (157) – Kada se uključuje sud? (157) – Tri zlatna pravila o odlukama pred kraj života (158)

9. ŠTA JE „POMOĆ PRI UMIRANJU“? MEDICINA NA KRAJU ŽIVOTA IZMEĐU SOPSTVENE ODLUKE I BRIGE 161

„Aktivna pomoć pri umiranju“ (162) – „Pasivna pomoć pri umiranju“ i medicinske indikacije (164) – „Indirektna pomoć pri umiranju“ (167) – Nova klasifikacija (170) – Pomoć pri samouništenju (asistencija pri suicidu) (171) – Da li nam je potrebna lekarska asistencija prilikom suicida? (172)

10. PALIJATIVNA MEDICINA I RAD U HOSPISU:	
MIT I REALNOST.	179
Palijativna medicina i rad u hospisima (179) – Borba za prihvatanje palijativne medicine (184)	
11. ŽIVOT U PRISUSTVU SMRTI:	
POKLON PALIJATIVNE MEDICINE	191
Zaključak (197)	
<i>Izjave zahvalnosti</i>	201
<i>O autoru</i>	205

Predgovor

Podsticaj da napišem ovu knjigu došao je pre svega od slušalaca mojih predavanja o umiranju, koji su me uporno pitali da li to što su upravo čuli i što su smatrali korisnim može da se pročita u nekoj knjizi. Neki slušaoci tih predavanja, koji su već imali neka iskustva sa umiranjem svojih prijatelja ili članova porodice, rekli su mi da bi im bilo od koristi da su pre tog iskustva bili upoznati sa mnogim stvarima u vezi sa njim.

Dodatni podsticaj za ovu knjigu proistekao je iz više puta uočenog zapažanja: mnogi ljudi, čak (i upravo) visokoobrazovani i razumni, ponašali su se spram smrti na neobično iracionalan način. Ovo važi za umiruće osobe i njihove bliske članove porodice, što možda i nije tako začuđujuće. Ali ovo važi u istoj meri i za profesionalni personal, i u velikoj meri za lekare. Veliki broj primera iz ove knjige pojašnjava ovaj aspekt. Šta je razlog takvog iracionalnog ponašanja? Odgovor je skoro uvek isti: strah.

„Strah“ je naslov svih neizgovorenih vatrenih debata o kraju života; on je prisutan, iako neizgovoren, u svim

razgovorima između pacijenata i lekara o teškim bolestima i često se zanemaruje; on je najveća prepreka u komunikaciji o smrti; on je (uz neophodno poboljšanje kompetentnosti lekara prema umirućim pacijentima) glavni razlog za pogrešne odluke i patnje smrtnog toka.

I pored mnogobrojne literature o ovoj temi, još uvek se tema smrti u našem društvu može smatrati tabuiziranim, što je u vezi sa osnovnim strahom od nestanka sopstvenog *ja* kroz smrt. Ali uz to ide i konkretan, veoma raširen strah od bolnog toka smrti i strah od prepuštenosti medicinskim merama koje produžavaju život, a koje – bez mogućnosti da se lično na to utiče – proces umiranja nepotrebno produžavaju.

Glavni cilj ove knjige je da kod ljudi umanju strah od umiranja, pre svega strah od umiranja u bolovima. Veoma konkretni strahovi velikog broja ljudi od umiranja u patnjama i gubljenja kontrole nad sopstvenim životom dovode na paradoksalan način do neke vrste *self-fulfilling prophecy* (samoispunjavajućeg proročanstva), koje do te mere potvrđuje strahovanja ljudi da oni svojim strahovima dopuštaju da kontrolišu njihova ponašanja. Jer strah iskrivljuje poimanje stvarnosti, ograničava prihvatanje informacija i ograničava svaki dijalog. Ali ove tri stvari jesu centralne za pripremu za kraj života. A ljudi o kojima treba da brinemo pred kraj njihovog života uče nas da je priprema za smrt najbolja priprema za život.

Minhen/Lozana, avgust 2011.

Đan Domenico Borazio

Predgovor 10. izdanju

Da će ova mala knjiga doživjeti deset izdanja za manje od godinu dana niko nije mogao ni da pretpostavi. Očigledno je da u društvu postoji velika potreba za informacijama o umiranju, kao i sve veća spremnost za suočavanjem sa temom „kraj života“. Veliki broj pisama čitalaca, među njima od velikog broja starijih osoba, teško bolesnih, onih koji neguju bolesne i mojih kolega iz zdravstvenih ustanova, ohrabrio me je da dopunim ovo novo izdanje knjige.

Moja najveća želja je i dalje da ova knjiga umanju još uvek visok nivo straha od umiranja bar za nekoliko milimetara i olakša dijalog o kraju života. Zahvalan sam svim čitaocima, pacijentima i kolegama, prijateljima i posebno članovima svoje porodice, koji su mi sve vreme pružali podršku. Svi oni mi daju snagu da verujem da će doći do bitnog poboljšanja našeg zdravstvenog sistema (i ne samo njega), čemu mislim da na neki način doprinosim.

Minhen/Lozana, oktobar 2012.

Đan Domeniko Borazio

1.

Šta znamo o umiranju?

Začuđujuće je: ako izuzmemo rođenje, nijedan medicinski događaj ne pogađa ljude kao umiranje. A i pored toga se radi o nedovoljno istraženom polju. O rađanju znamo dosta toga: stotine hiljada publikacija i na hiljade stručnih knjiga bave se trudnoćom i rađanjem. Embriologija je detaljno proučila sve faze od oplodnje jajne ćelije pa sve do razvoja fetusa. Delimično je čak poznato koji genetski kodovi upravljaju pojedinim delovima razvoja embriona. Ali šta znamo o umiranju? Ovde je najveći broj pitanja još uvek bez odgovora, počevši od najvažnijih:

Zašto umiremo?

Ovo pitanje je manje banalno nego što to izgleda na prvi pogled. Nauci je pošlo za rukom da uz pomoć genetskih manipulacija biološki vek nižih organizama (na primer, jedne vrste algi) produži neograničeno dugo. To je bilo

moguće od kada je postalo poznato da određeni delovi na krajevima naših hromozoma (tzv. telomeri) određuju očekivani životni vek ćelija koje tvore svaki organizam. Biološki smisao ograničenog životnog veka istraživači evolucije vide u prenosu našeg genetskog materijala. Po takozvanoj *Selfish-DNA-Hypothesis* (Hipoteza o egoističnoj naslednoj supstanci) sva živa bića su samo biološke mašine čiji je cilj maksimalno prenošenje, umnožavanje i mešanje genetskog materijala. Ako se ova hipoteza preciznije razmotri, onda je evoluciono-biološka funkcija svakog živog bića završena onog trenutka kada je ono reprodukovalo dovoljno naslednika i obezbedilo da oni odrastu i postanu sposobni za dalju reprodukciju. Po tome kada to obezbedi, svako biće bi trebalo po mogućnosti što pre da okonča svoju biološku egzistenciju kako ne bi bilo konkurent svojim naslednicima što se tiče hrane a time i ugrozilo dalje širenje svojih gena.

Sasvim je jasno da se ljudi, kad je reč o njihovom razmnožavanju i socijalnom ponašanju, više ne ponašaju evoluciono komforno. Neke od novijih ideja u vezi sa problemom umiranja, koje se zalažu za „socijalno podnošljivo ranije umiranje“, lako se mogu opovrgnuti evolutivnom teorijom. U tome se i sastoji opasnost takve teorije u jednom svetu u kojem se raspoređivanje resursa sve više obavlja po principu prava jačeg (poznatog iz evolucionističkih teorija).

Na sreću, čovečanstvo je tokom svoje kulturne istorije, razvilo i druga, kulturna, moralna i religiozna tumačenja života i umiranja, koja se razlikuju od strategija evolucione biologije i ekonomije. Opširno osvrtanje na ova

tumačenja narušilo bi koncept ove knjige, ali na neka od njih ćemo se vratiti u sledećim poglavljima.

Programirana smrt ćelija

Ako se u stručnim psihološkim knjigama traži pojam „smrt“, bez problema će biti pronađen – ali pre svega kao objašnjenje odumiranja pojedinih ćelija, tkiva ili u najboljem slučaju organa. Umiranje ćelija je posebno detaljno proučeno jer ono ima centralnu ulogu u razvoju embriona. Ovde se radi o tzv. „programiranom odumiranju ćelija“ (apoptoza): nove ćelije se stvaraju tokom rasta i diferenciranja organa u većem broju i konkurišu međusobno za ograničenu količinu faktora rasta. One ćelije koje ne uspeju da dobiju dovoljnu količinu faktora rasta odumiru – ali ne tek tako: one uključuju prave samouništavajuće gene i same se ubijaju zarad opšteg dobra, dakle na neki način aktivno. One to čine na način najmanje škodljiv organizmu: nekom vrstom ćelijske implozije koja umanjuje količinu potencijalnih štetnih materija, nastalih na taj način, uklanjajući ostatke ćelija uz pomoć posebnih imunoloških ćelija (na neki način može se govoriti o odnošenju smeća iz tela). Ovom procesu se u najvećoj meri može zahvaliti što se visokokomplikovani procesi prilikom razvoja embriona po pravilu pozitivno odvijaju. Zato, i samo zato, deca na rođenju skoro uvek imaju očekivani broj udova, organa i nervnih ćelija – što je na neki način pravo malo čudo.

Tom spoznajom latinska izreka *media vita in morte sumus* (usred života okruženi smo smrću) dobija

neočekivan značaj. Smrt nas ne prati samo od rođenja, već i pre toga; ona je neizbežna pretpostavka da bismo na svet došli kao organizmi sposobni za život. I tokom našeg života smrt ćelija igra važnu ulogu u fiziologiji organizma, pre svega u imunološkom sistemu. Određena bela krvna zrnca (tzv. T-limfociti) imaju zadatak da prepoznaju ćelije koje su zaražene virusima ili su maligno izobličene (one koje izazivaju rak) i da ih unište aktivirajući njihov sopstveni program (koji je prisutan u njima) za odumiranje ćelija. Tako se tokom našeg sazrevanja uz pomoć belih krvnih zrnaca aktiviraju mehanizmi za samouništenje onih ćelija koje bi se okrenule protiv svog tkiva. Ovo nije trivijalno jer, ako u tom procesu nešto krene naopako, može doći do teških autoimunih oboljenja, kao na primer do multiple skleroze ili reumatoidnog artritisa.

Smrt organa

To da delovi nekog organa ili celi organi mogu da odumru, a da pri tome osoba ne mora da umre, odavno je poznato. Za tako nešto je najčešće uzrok umanjena prokrvljenost, kao što je to slučaj sa srčanim ili moždanim infarktom, ili neka trauma, kao što je oštećenje slezine. Možemo da nastavimo da živimo i bez slezine, ali bez srca ili mozga ne, zato je kod ova dva organa dozvoljeno samo delimično oštećenje ako organizam želi da nastavi da živi.

I udovi mogu da odumru i da budu amputirani a da smrt ne nastupi neminovno. Mnoge životinje imaju sposobnost da svoje uništene ekstremitete regenerišu, dakle

da ih ponovo stvore. Ova sposobnost je, kroz sve veću specijalizaciju i kompleksnost pojedinih organa tokom evolucije, bivala sve više ograničavana. Ali i kod ljudi na primer jetra raspolaže visokom sposobnošću regeneracije, koža takođe, a po najnovijim saznanjima čak i mozak je u stanju da se uz pomoć takozvanih neuronskih ćelija u ograničenoj meri regeneriše posle oštećenja. Ova naizmenična igra nas dakle prati od trenutka oplodnje do same smrti.

Otkazivanje celog organizma

O ovome je naše znanje najoskudnije. Dokaz za to nalazimo u najvećem broju opisa smrti u kojima uglavnom stoji: „otkazivanje srca i kardiovaskularnog sistema“. Otkazivanje kardiovaskularnog sistema i srca, dakle prestanak rada srca i krvotoka, uglavnom nije uzrok smrti, već vidljiva posledica. Šta stvarno uzrokuje smrt celog organizma? I kada ona tačno nastupa? O tome skoro i da ne postoje nikakva istraživanja. Ali bi ona bila veoma korisna jer su lekari neprestano iznenađeni smrću svojih pacijenata, kao što to pokazuju sledeći primeri.

Hans F., star sedamdeset tri godine, imao je rak pluća sa cistama na jetri, kostima, koži i mozgu. Njegovi bubrezi skoro da i nisu bili u funkciji, njegov stomak i njegova pluća su bili puni vode, a njegovi rezultati krvi su bili daleko od onih koji bi se smatrali normalnim. Imao je četrdeset kilograma i to ni veštačko hranjenje nije moglo da izmeni.

Veštačko hranjenje je prvo odbijao, kao i dijalizu i sve mere koje bi mu produžile život. Ništa više nije želeo do da umre, a ta njegova želja je ostala na snazi i kada mu je uz pomoć morfina uspešno ublaženo otežano disanje. Ali se njegova želja nikako nije ispunjavala. Svakog dana je pitao lekare kada će „doći taj dan“. Nije tražio pomoć koja bi mu olakšala umiranje, ali je bilo uočljivo sažaljenje nad sopstvenom egzistencijom. On se oprostio sa svojom porodicom, iz njegovog ugla posmatranja nije postojalo „ništa što nije regulisao“, ali je i pored toga proteklo još dve nedelje pre nego što je mogao da umre – te dve nedelje su protekle uprkos mišljenju i najiskusnijih lekara da je to van svake fiziološke mogućnosti.

Matilda V., stara osamdeset pet godina, imala je rak dojke sa metastazama na kostima, i bilo je potrebno prilagoditi dozu njenih lekova protiv bolova. Smeštena je na palijativno odeljenje i opšta procena je bila da će, posle umanjenja bolova koje je trpela, biti otpuštena i da će kod svoje kuće moći kvalitetno da provede još nekoliko meseci života. Posle trećeg dana (bolovi su već bili znatno manji) rekla je bolničarki: „Ja ću noćas umreti.“ Bolničarka je bila iznenađena jer ništa nije ukazivalo na tako nešto, a i njeno otpuštanje iz bolnice bilo je planirano za kraj te sedmice. Pokušala je da smiri pacijentkinju koja uopšte nije pokazivala znakove uznemirenosti, već je opušteno ostala pri svom mišljenju. I stvarno, umrla je u jutarnjim časovima, u snu.

Skoro svaki lekar može da priča o pacijentima koji su po kliničkim procenama, zbog uznapredovale bolesti i na osnovu laboratorijskih izveštaja koji su pokazivali da im je više organa otkazalo, morali odavno da budu mrtvi – ali su i pored toga živeli mnogo duže nego što se očekivalo. S druge strane, neke osobe bile su stare ili teško bolesne, ali je mišljenje lekara i pomoćnog osoblja bilo da se ne nalaze blizu kraja svog života – a ipak su „iznenada“ umirale, pri čemu se posle obdukcije nije mogao pronaći objašnjiv uzrok za to. Kako objasniti takve pojave?

Ono što izvesno znamo jeste da ljudi ne umiru „odjednom“, već da pojedini organi otkazuju različitom brzinom i ne istovremeno, da bi na kraju u potpunosti prestali da funkcionišu. U fazi umiranja uočljiva je tzv. centralizacija krvotoka: delovi tela koji su udaljeni od srca bivaju sve manje prokrvljeni u korist unutrašnjih organa i mozga. To se dešava zato što krvni pritisak opada, zbog čega posebno stradaju bubrezi. Stvarna smrt nastupa koordiniranim otkazivanjem funkcionisanja vitalnih organa, čija osnovna funkcija se sastoji u snabdevanju mozga šećerom i kiseonikom. Spoljni pokazatelji za to su prestanak rada srca i disanja.

U principu, svaki prestanak rada jednog životno važnog organa može da dovede do smrti. Tu spadaju srce, pluća, jetra, bubrezi i mozak. Svi procesi koji dovede do smrti prouzrokovani su direktnim ili indirektnim oštećenjem jednog ili više pomenutih organa. Može se reći da postoji pet glavnih fizioloških vrsta smrti: otkazivanje srca i krvotoka, pluća, jetre, bubrega i mozga.

Otkazivanje srca i krvotoka: Ako pitate ljude kako žele da umru, najveći broj njih će odgovoriti: brzo i bez bolova,

najbolje „trenutnom smrću“, prestankom rada srca. I ako zanemarimo da takva vrsta smrti ima i svoje nedostatke (o njima kasnije), samo jedan manji procenat smrti nastupa usled otkazivanja srca i krvotoka i spada u kategoriju „trenutne smrti“. Najveći broj smrti koje su prouzrokovane otkazivanjem srca i krvotoka imaju svoj uzrok u hroničnoj srčanoj insuficijenciji, koja je često izazvana pušenjem i šećernom bolešću.

O toj vrsti smrti znamo najmanje; najnovija istraživanja ukazuju da su simptomi kod pacijenata koji umiru od srčanih problema umnogome slični onima koje imaju pacijenti oboleli od raka. Izraženi su bolovi i pre svega teškoće u disanju, uz ekstremnu slabost koja je prouzrokovana slabošću srca. To najveći broj pacijenata najčešće navodi kao najviše opterećujući simptom koji nije lako ublažiti.

Otkazivanje pluća: Ovde su ubedljivo glavni simptomi otežano disanje i brzina pogoršanja funkcije pluća. Kod brzog napredovanja otežanog disanja potrebne su velike doze lekova, a istovremeno se javlja strah koji nije lako smiriti. Kod hroničnog otežanog disanja najčešće dolazi do mirne smrti u toku sna, pošto se telo navikne na visok nivo ugljendioksida (CO_2) u krvi i organizam tada upadne u mirnu CO_2 komu.

Otkazivanje jetre: Kada jetra, na primer zbog metastaza tumora, više ne može da obavlja svoju funkciju centrale za otklanjanje otrova iz organizma, u krvi se nagomilavaju proizvodi razmene materija, kao što su amonijak i bilirubin (što kod pacijenata izaziva karakterističnu žućkastu kožu i žute beonjače). Ove materije imaju omamljujuće

dejstvo na mozak, tako da pacijent preko omamljenosti na kraju upada u takozvanu hepatitičnu komu, nakon čega po pravilu mirno umre. Pri tome se dešava da pacijent zapadne u uznemirenost i zbunjenost, zbog čega mora da se primeni posebna terapija (vidi poglavlje 4b).

Otkazivanje bubrega: I bubrezi imaju važnu ulogu u odstranjivanju otrova iz tela i osim toga su zaduženi za životno važno održavanje tačne koncentracije jona (natrijum, kalijum, kalcijum itd.) u organizmu. Poremećaj ravnoteže jona u organizmu može da dovede do vrtoglavice i napada grčeva, ali i do aritmije. Inače, smrt nastupa iz finalne kome slično kao kod otkazivanja jetre.

Otkazivanje funkcije mozga: Ovde svesno ne koristimo izraz „smrt mozga“ jer se taj pojam u javnosti često i pre svega pojavljuje u diskusijama u vezi sa transplantacijom organa (vidi sledeće poglavlje). Prvo ćemo govoriti o smrti koja nastaje otkazivanjem funkcionisanja mozga. Tu razlikujemo dve grupe pacijenata: kod jedne dolazi do povećanja pritiska u mozgu (na primer krvnog pritiska, pritiska zbog otoka na tkivu mozga posle moždanog udara ili zbog metastaza), zbog čega delovi mozga bivaju stisnuti u lobanji, što dovodi do prestanka moždanih funkcija, a time i do smrti (tzv. „gušenje“). Ova vrsta smrti se odvija relativno brzo i brzo dovodi do gubitka svesti, ali može da bude praćena grčevima i bolovima. Drugu, češću grupu čine pacijenti sa demencijom i drugim neurodegenerativnim bolestima, kod kojih ubrzano gašenje funkcija mozga tokom godina konačno dovodi do toga da mozak više nije u stanju da korektno upravlja osnovnim

životnim funkcijama kao što su gutanje hrane i vode. Ovo zbog usporenosti procesa po pravilu vodi u mirnu smrt, ukoliko ne dođe do nepotrebnih medicinskih zahvata (vidi poglavlje 6).

Mnogi slučajevi smrti su kombinacija dva ili više opisanih oblika smrti, kao na primer smrt zbog zapaljenja pluća praćena uznapređovalom demencijom. Ali se treba prisetiti da se svi procesi umiranja zasnivaju na otkazivanju jednog ili više životno važnih organa.

Da li je smrt mozga konačna smrt?

Dobar primer za delimično iracionalan strah u društvu jeste diskusija o moždanoj smrti koja se vodi u vezi sa konačnim krajem života. Lekarima i naučnicima ne uspeva uvek da delimično nerazumljive činjenice prezentuju tako da ti strahovi budu ublaženi.

Koncept smrti mozga danas je pre svega u službi transplantacije organa. Za to je potrebno da se ljudski organizam nalazi u jednom stanju koje etički i pravno omogućava da se životno važni organi uzmu iz jednog organizma da bi bili transplantirani u drugi. S druge strane, stanje takvog organizma mora u idealnom slučaju da bude takvo da obezbedi da potrebni organi budu veštački održavani u funkcionalnom stanju kako bi bazalne telesne funkcije (disanje i krvotok) dovoljno dugo obezbedile intaktno stanje organa za eksplantaciju na licu mesta (inače bi za samo nekoliko minuta prestali da budu upotrebljivi).

Ovu pretpostavku ispunjava kriterijum smrti mozga. On *ne* predstavlja tačku na kojoj su zauvek nepovratno

prestale sve telesne funkcije: uz pomoć moderne intenzivne medicine moguće je još nedeljama održavati bazalne telesne funkcije kod pacijenata kod kojih je mozak mrtav. Ali smrt mozga predstavlja tačku od koje je nepovratno izgubljen integritet organizma, za čije održanje je neophodna bar bazična funkcija mozga. To znači da od tog trenutka neki organi uz pomoć aparata mogu biti donekle održavani u „životu“ – *smrt celog organizma kao integralne biološke celine* u tom trenutku je definitivna. Za razliku od, na primer, pacijenata bez svesti, kod pacijenata kod kojih prestanu disanje i veštački održavani krvotok, sve životno važne funkcije doživljavaju trenutni slom zbog nedostatka moždane kontrole.

Kao u mnogim situacijama koje su u vezi sa krajem života, problemi koje neki ljudi imaju u vezi sa smrću mozga nisu na racionalnoj već (što nije za potcenjivanje) na intuitivno-psihološkoj ravni. Jednostavno, teško je nekog čoveka sa ružičastom kožom i normalnom telesnom temperaturom, koji deluje kao da spava, egzistencijalno prihvatiti za „mrtvog“. Ova psihološka barijera se ne može prevazići racionalnim argumentima, kao što to zna svaki lekar koji je imao iskustva vezana za transplantaciju. Prvo treba prihvatiti tugu i razočaranje rodbine i poštovati ih. Zatim im se eventualno može pažljivo skrenuti pažnja na *potencijalnu želju pacijenta* u takvoj situaciji: da li bi on dozvolio transplantaciju svog organa ukoliko bi bio u stanju da se pita? Činjenica da je pacijent u tom trenutku pravno, kao i medicinski, već mrtav ne znači da je njegova odluka neopoziva, u suprotnom niko ne bi morao da sastavlja testament ili da poseduje legitimaciju osobe koja je dozvolila transplantaciju organa. Vraćanje na diskusiju

o želji pacijenta za rodbinu je oslobađajuće, što važi i za sve punomoćnike kad je reč o smrti njihovih štićenika (poglavlje 8). Broj slučajeva u kojima rođaci mogu da odlučuju o tome da li prihvataju transplantaciju organa u budućnosti neće biti od značaja zahvaljujući novom zakonu o transplantaciji koji je 2012. godine stupio na snagu, a koji predviđa da svi građani moraju za života da se izjasne da li odobravaju ili ne transplantaciju svojih organa.

Rađanje i smrt kao paralelni procesi

Postoji iznenađujuće veliki broj paralela između procesa rađanja i umiranja. To su jedine pojave kroz koje prolaze svi ljudi, sva živa bića. Oba procesa su psihološke prirode, i za njih je priroda pripremila sve da bi protekli u što boljem redu. Oba procesa, u najvećem broju slučajeva, najbolje se odvijaju kada nisu ometani lekarskim zahvatima. I u oba procesa se moderna medicina meša sve češće i sve intenzivnije, čak delom i popuno nepotrebno.

Rađanje

Odavno je poznato da se komplikovani biološki programi pri trudnoći i porođaju odvijaju manje-više automatski. Poslednjih godina mnogi detalji o molekularno-biološkom razvoju embriona postali su poznati. Proučavani su fascinantni biološki procesi koji od mikroskopski male jajne ćelije stvaraju visokokomplikovan organizam. I o samom procesu rađanja znamo dovoljno: njime upravljaju određeni hormoni koji mogu da budu inicirani i veštački kako bi se porođaj koji je pred vratima „pokrenuo“. Po

pravilu porođaj se odvija po od prirode predodređenim tokovima, koji maksimiraju šanse za preživljavanje majke i deteta. Iskusne babice znaju da po pravilu ne moraju mnogo da se mešaju u te tokove kako bi porođaj protekao kako treba. Lekarske intervencije su neophodne u samo malom broju slučajeva. U Holandiji, gde se više od pola porođaja obavi kod kuće bez ikakvog učešća lekara, smrtnost novorođenčadi je manja nego u Italiji, zemlji sa najvećim brojem carskih rezova u Evropi.

Kod pojedinih porođaja je bez sumnje neophodna lekarska pomoć, kao na primer kod pogrešnog položaja deteta, bolesti majke i sl. I u nekim, na sreću, malobrojnim slučajevima (na primer kod preranog porođaja ili rođenja blizanaca, trojki i više beba – što je danas najčešće proizvod veštačke oplodnje) neophodan je sav visokosofisticirani instrumentarijum za prerano rađanje kako bi se omogućilo preživljavanje i obezbedilo zdravlje majke i deteta. U tom pogledu je poslednjih godina postignut ogroman napredak, koji i deci koja su rođena sa manje od 500 g u najvećem broju slučajeva omogućava preživljavanje bez težih posledica.

Nažalost, tokom poslednjih godina 20. veka razvilo se nepoverenje prema prirodnom porođaju, što je dovelo do povećane medikalizacije u trudnoći i tokom porođaja. Korist od preventivnih pregleda u trudnoći i dalje je neosporna. Da li oni moraju da budu toliko česti, kao što je to u Nemačkoj uobičajeno, ostaje da se vidi. Neretko, slučajni nalazi izazivaju nesigurnost kod roditelja. Carski rez, koji ginekolozi često preporučuju, doveo je do velikog smanjenja broja prirodnih porođaja. Vrednost prirodnog porođaja je ponovo otkrivena tek tokom poslednjih

godina, na šta, između ostalog, ukazuje uspešnost sve češćih porođaja koje obavljaju babice.

Umiranje

Kod umiranja se takođe odvijaju biološki programi koje mi tek odnedavno razumemo, odnosno, nanovo otkrivamo. Neobično je da se u međunarodnoj klasifikaciji dijagnoza (ICD-10) prirodna smrt ne pominje. Kada neka osoba umre, očigledno to mora da bude posledica neke bolesti. Smrt zbog „staračke slabosti“, kako se to nekada nazivalo, u modernoj medicini više nije predviđena. Zato ne čudi da se lekari osećaju pozvanima da permanentno sprečavaju procese umiranja svojih pacijenata: oni ne znaju – to nisu učili tokom svog obrazovanja – da postoji nešto što se zove prirodni proces umiranja, koji može da se pripremi, prepozna i isprati, i koji ne treba nepotrebno ometati (vidi poglavlja 6 i 7).

Najveći broj procesa umiranja (procene su devedeset procenata) može se, uz pomoć obučениh kućnih lekara i stručnog personala, bez problema obaviti i u kući umiruće osobe. Samo kod deset procenata smrtnih slučajeva, kao što ćemo videti, neophodno je palijativno medicinsko znanje, koje u najvećem broju slučajeva takođe može biti primenjeno kod kuće pacijenta (uz pomoć tzv. SAPV timova – specijalizovano ambulantno palijativno zbrinjavanje, vidi poglavlje 3). Samo kod dva do tri procenta umirućih osoba problemi su toliko ozbiljni da je potrebno specifično palijativno lečenje, što podrazumeva primenu svih sredstava moderne medicine, ali samo radi umanjenja patnji pacijenta.