

Bogoslovska smotra, 84 (2014.) 4, 881–906

UDK 2-446/448+616-036.882

Primljeno: 13. 6. 2014.

Prihvaćeno: 25. 9. 2014.

Pregledni članak

PALIJATIVNA SKRB I MEDICINSKO-DUHOVNE POTREBE TERMINALNIH BOLESNIKA

Suzana VULETIĆ

Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Petra Preradovića 17, p.p. 54, 31 400 Đakovo
suzanavuletic007@gmail.com

Brankica JURANIĆ

Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Josipa Huttlera 4, p.p. 392, 31 000 Osijek
juranicbrankica@gmail.com

Štefica MIKŠIĆ

Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Josipa Huttlera 4, p.p. 392, 31 000 Osijek
steficamiksic@gmail.com

Željko RAKOŠEC

Kardinala A. Stepinca 27, 31 000 Osijek
zeljko.rakosec@zg.t-com.hr

Sažetak

Posljednjih se godina, nemoćnošću medicine da djelotvorno odgovori na sve veći broj smrtonosnih ishoda bolesti, javlja snažna potreba za uspostavom palijativne medicine, pokreta hospicija i terapijske primjene duhovne skrbi, kako bi se bolesnicima s progresivnim neizlječivim bolestima omogućilo holističko ublažavanje tjelesne boli i psihološke patnje medicinskom i duhovnom skrbi, kojima bi se poboljšala preostala kvaliteta života i omogućilo dostojanstveno umiranje.

S tim ciljem, ovaj članak opisuje osnovne značajke, organizacijske oblike, zakonodavne okvire, potrebu uspostave i pristup palijativne medicine uvažavajući medicinske i duhovne potrebe terminalnih bolesnika.

Ključne riječi: palijativna medicina, integralna skrb, holistički pristup, duhovna skrb, dostojanstveno umiranje.

Uvod

Oduvijek je bila prepoznata težnja da se umirućima nastoji olakšati posljednje trenutke života, duhovnom i humanom pratnjom, te primjerenom medicinskom skrbi. Međutim, do sredine XX. stoljeća medicinska je znanost bila relativno ograničena u učinkovitom suzbijanju boli i kontroli simptoma. Recentniji napredak u ljekovitoj terapiji, u kombinaciji s većim razumijevanjem psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućih bolesnika, otvorio je put razviku i djelotvornosti palijativne medicine.¹ »U suvremenoj medicini posebnu važnost dobiva tzv. *ublažujuće liječenje* namijenjeno da učini podnošljivom patnju u završnoj fazi bolesti i da u isto vrijeme osigura bolesniku odgovarajuću ljudsku patnju.«²

Praksa palijativne medicine pojavila se s modernim hospicijskim pokretom koji se temeljio na filozofiji cjelovitog tretmana čitave osobe, kojim su se nastojale prepoznati složene potrebe umirućih bolesnika koje nadilaze konvencionalni medicinski pristup u razumijevanju i liječenju bolesti, odnosno, gdje kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapijskim kao ni znanstveno-tehnološkim pristupom više ne može pomoći oboljelima, već se stavlja naglasak na duhovne potrebe bolesnika i njegovih bližnjih.

Namjera nam je u ovome članku staviti naglasak upravo na duhovne potrebe bolesnika u završnom životnom stadiju, te pokušati uvidjeti: Može li se govoriti o dostojanstvu umiranja jednako kao i o dostojanstvu življenja? Može li duhovna skrb u sklopu palijativne skrbi pridonijeti lakšem prebrođivanju teških egzistencijalnih razdoblja? Može li religioznost ponuditi neki vid »duhovne medicine« za ublažavanje fizičkih bolova i psihičke patnje? Koju pastoralnu ulogu može imati duhovnost kod osoba sa smrtnom bolešću i njihovih bližnjih?

1. Palijativna medicina

Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih subspecijalističkih grana moderne humanističke medicine. Njezina je definicija prihvaćena u Velikoj Britaniji 1987. godine kao zasebna medicinska specijalizacija koja proučava i primjenjuje medicinsku skrb bolesnicima oboljelima od aktivne i uznapredovale bolesti čija je prognoza nepovoljna i nepredvidiva. Ona obuhvaća praćenje

¹ Usp. Morana BRKLJAČIĆ ŽAGROVIĆ, Palijativna medicina u Hrvatskoj. Nužnost implementacije u zdravstveni sustav, u: *Medicina*, 46 (2010.) 1, 37.

² IVAN PAVAO II., *Evangelium vitae – Evanđelje života. Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života* (25. III. 1995.), Zagreb, 1995., br. 65 (dalje: EV).

i kontrolu pacijenata s progresivnom bolešću u odmakloj fazi, kontrolom boli i drugih simptoma, usmjeravajući svoju skrb na probleme psihološke, društvene i duhovne naravi.

Izraz »palijativna medicina« u literaturi se poistovjećuje s različitim sinonimima, poput »hospicijske skrbi«, »terminalne skrbi«, »skrbi za udobnost«, »suportivne skrbi« ili »skrbi na kraju života«. *Hospicijska skrb* jest skrb za cjelovitu osobu, s ciljem zadovoljavanja potreba fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne naravi. *Suportivna skrb* je dio onkološke skrbi, dok je *palijativna skrb* zasebno područje koje obuhvaća sve pacijente s bolestima opasnim po život.³ *Skrb na kraju života* može se koristiti kao sinonim za palijativnu skrb ili hospicijsku skrb, gdje se kraj života (u širem smislu) može shvatiti kao razdoblje od jedne do dvije godine tijekom kojih pacijent/obitelj i zdravstveni radnici postaju svjesni da bolest ograničava trajanje života. Skrb na kraju života (u užem smislu) predstavlja sveobuhvatnu skrb za umiruće pacijente u posljednjih nekoliko sati ili dana života (zadnjih 48 ili 72 sata).

Palijativno liječenje započinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja maligne bolesti dosegli takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi. U palijativnu skrb spadaju oni zahvati koji pogoduju pacijentu i čija je svrha kontrola simptoma, više no medicinsko kontroliranje bolesne patologije, putem medicinskih procedura koje pokušavaju poboljšati kvalitetu preostalog života oboljelog.⁴

Bolesniku je potrebno osigurati najbolju moguću kontrolu boli, holistički pruženom medicinom⁵ i integrativnom skrbi. Velik utjecaj na takvo poimanje izvršio je koncept »totalne boli«⁶ (koji obuhvaća dimenziju tjelesne boli i duševne patnje), Cicely Saunders, utemeljiteljice hospicija sv. Kristofora, koja pod tim pojmom podrazumijeva tretman fizičkog, mentalnog, socijalnog i duhovnog aspekta boli kod bolesnika.⁷

³ ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care, u: *European Journal of Palliative Care*, 16 (2009.) 6, 11–13.

⁴ Usp. Vittorio VENTAFRIDA, Cure palliative, u: Giuseppe CINÀ – Efisio LOCCI – Carlo RÖCCHETTA – Luciano SANDRIN (ur.), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Torino, 1997., 325–326.

⁵ Usp. Nagai JACOBSON – Mary GAIL – Margaret BURKHARDT, Spirituality: Cornerstone of holistic nursing practice, u: *Holistic Nursing Practice*, 3 (1989.) 3, 18–26.

⁶ David CLARK, »Total pain«, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, u: *Social, Science & Medicine*, 49 (1999.) 6, 727–736.

⁷ Dame Cicely SAUNDERS, The evolution of palliative care, u: *Journal of Social Medicine*, 94 (2001.) 9, 430–432.

Svjetska zdravstvena organizacija definira *palijativnu skrb* kao pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih bližnjih, suočenih s problemima povezanim sa životno ugrožavajućim bolestima, putem prevencije i ublažavanja patnje, sredstvima rane identifikacije i besprijekorne procjene te suzbijanja/liječenja boli i drugih problema fizičko-biološke, psiho-socijalne i duhovne naravi.⁸ Njezina glavna svrha je pokušaj prevencije i ublažavanje patnje te pružanje podrške kako bi se poboljšala kvaliteta preostalog života, neovisno o dijagnostičkoj providnosti smrtnoga ishoda.⁹ »Onda kada kurativna medicina kaže 'nema više pomoći', moderna palijativna medicina i hospicij smatraju da se 'može još mnogo toga učiniti'«¹⁰ svojim pristupom i prilagođenim organizacijskim oblicima.

1.1. Osnovne značajke, organizacijski oblici i pristup palijativne medicine

Među stručnjacima za palijativnu skrb diljem europskih zemalja priznat je stanovit skup zajedničkih vrijednosti. On uključuje:

- *Vrijednost pacijentove autonomije i dostojanstva* – 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.¹¹
- *Potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka* – palijativnu skrb treba izvoditi na uljudan i otvoren način, s osjetljivošću za osobne, kulturne i vjerske vrijednosti i vjerovanja, te poštujući zakone pojedine zemlje.
- *Holistički pristup* – on obuhvaća integralnu medicinsku skrb na fizičkoj, psihičkoj i duhovnoj razini terminalnih bolesnika.¹²

⁸ Usp. WORLD HEALTH ORGANISATION, National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, Geneva, 2002., 84.

⁹ Usp. COUNCIL OF EUROPE, Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003., u: [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (2. III. 2014.).

¹⁰ Mirko ŠTIFANIĆ, *Kultura umiranja, smrti i žalovanja*, Rijeka, 2009., 288.

¹¹ Pacijent zadržava svoje samoodređenje u vezi ovlasti nad odlučivanjem o mjestu i postupcima skrbi. To zahtijeva pružanje odgovarajućih informacija o dijagnozi, prognozi, opcijama liječenja i njege, te svim ostalim relevantnim aspektima skrbi. Usp. Kathryn PŔOULX – Cynthia JACELON, Dying with dignity: The good patient versus the good death, u: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 21 (2004.) 2, 116–120.

¹² Usp. ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 14–16.

Prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb i 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 ju se odgodi ili požuri; integrirati tjelesni, psihosocijalni i duhovni aspekt skrbi; pomoći osobi živjeti što aktivnije i kvalitetnije do same smrti; podučavati njegovatelje/obitelj tijekom bolesti i podržati ih u procesu tugovanja.¹³ Temeljni joj je pak cilj: postići najbolju moguću kvalitetu života kroz olakšanje patnje, kontrolu simptoma i povrat životnih funkcija uz poštovanje osobnih, kulturnih, religijskih i etičkih vrijednosti; podržati kvalitetan međusobni odnos; pobri- nuti se da se pacijent osjeća sigurno i zaštićeno; biti osjećajan prema pacijentovim strahovanjima u procesu umiranja, poštovati pacijentova očekivanja glede načina okončanja života; pomoći pacijentu pronaći unutarnju snagu; ponuditi religiozne obrede koji su pacijentu značajni; biti sposoban učiti od vlastitih pacijenata i imati interdisciplinarni tim kada je potreban.¹⁴

Da bi se to ostvarilo, nužna je primjena određenih tretmana:

- *Palijativni pristup pacijentima* je način integriranja palijativnih metoda i postupaka. To ne uključuje samo farmakološke i nefarmakološke mjere suzbijanja simptoma, već i komunikaciju s pacijentom i obitelji, kao i s drugim zdravstvenim djelatnicima, te odlučivanje i postavljanje ciljeva u skladu s načelima palijativne skrbi.
- *Specijalistička palijativna skrb* odnosi se na interdisciplinarni tim čija je stručnost potrebna kako bi se optimizirala kvaliteta života terminalnih osoba.¹⁵

Palijativna skrb može nadopuniti i poboljšati terapiju koja utječe na bolest, ili pak može postati glavno središte skrbi. Prijelaz s kurativne na palijativnu skrb češće je postupan, negoli jasno vremenski razgraničen, već prema tome kako se ciljevi liječenja sve više i više prebacuju s produženja života na

¹³ Usp. EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, Definition of Palliative Care, u: www.eapcnet.org/about/definition.html (3. V. 2012.); WORLD HEALTH ORGANIZATION, Definition of Palliative Care, u: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (3. V. 2012.).

¹⁴ Usp. Mieke VERMANDERE – Jan DE LEPELEIRE i DR., Outcome Measures of Spiritual care in palliative Home Care: A Qualitative Study, u: *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30 (2012.) 5, 437.

¹⁵ Usp. Elio SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, I, Milano, 1999., 736–737.

očuvanje kvalitete života, s potrebom za pronalaženjem ravnoteže između koristi i tereta liječenja.¹⁶ Većina pacijenata treba palijativnu skrb samo u daleko uznapredovaloj bolesti, no nekima je potrebno pružiti palijativne intervencije kako bi nadvladali krize u ranijim fazama progresivne bolesti.

Danas u 120 država svijeta postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi. Palijativnu skrb može se organizirati na više razina:

- Palijativna skrb u okviru primarne zdravstvene zaštite u domovima zdravlja, koja uključuje:
 - *Dnevnu palijativnu skrb*, tj. pružanje skrbi terminalnom bolesniku na nekoliko sati ili tijekom čitavoga dana, zbog primanja terapije ili skrbi za vrijeme odsustva članova obitelji, u sklopu:
 - *Ambulante/savjetovališta za palijativnu skrb* gdje se skrbi o bolesniku u terminalnoj fazi i njegovim bližnjima, uskom suradnjom i savjetovanjem sa stručnjacima u specijalističkim bolnicama.
 - *Ambulante za bol* koja je najvažniji dio ustanove za palijativnu skrb.
- Ustanova za palijativnu skrb izvan doma zdravlja obuhvaća:
 - *Mobilne timove* za palijativnu skrb, koji odlaze po pozivu u kućne posjete palijativnim bolesnicima i provode potrebne intervencije.
 - *Kućnu palijativnu skrb*, u kojoj skrb bolesniku pružaju njegovi najbliži u suradnji s liječnikom obiteljske medicine, koji ima ulogu koordinatora za kompletnu skrb za bolesnika u terminalnoj fazi bolesti.
- Postoje još i *Službe žalovanja*, koje pružaju psiho-socijalnu pomoć ožalošćenima. Tim koji je skrbio o bolesniku u terminalnoj fazi bolesti, potpora je obitelji i osobama koje su bile uz bolesnika i do godinu dana nakon gubitka.¹⁷

Pružanje ovakvih vrsta usluga zahtijeva multiprofesionalni tim s interdisciplinarnim pristupom rada koji raspolaže znanjima i vještinama u svim aspektima procesa skrbi vezanima uz područje njihove struke.

¹⁶ Usp. NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2009., u: www.nationalconsensusproject.org/Guideline.pdf (8. IX. 2009.).

¹⁷ Usp. Brankica JURANIĆ – Štefica MIKŠIĆ – Suzana VULETIĆ, Ideje i iskustva, O organizaciji palijativne skrbi, u: Veljko ĐORĐEVIĆ – Marijana BRAŠ – Lovorka BRAJKOVIĆ (ur.), *Palijativna skrb: Mostovi nade i čovječnosti*, Zagreb, 2012., 142–155.

Multiprofesionalni tim sastoji se od članova iz različitih zdravstvenih i nezdravstvenih struka i disciplina, koji zajedno rade na pružanju i/ili poboljšanju skrbi za pacijenta s određenim stanjem.¹⁸ Stručnjaci Međunarodnog udruženja za tanatologiju i suicidologiju (IATS) ističu da tim mora biti sastavljen od ovih članova sa sljedećim zaduženjima: palijativni liječnik pruža optimalnu razinu kontrole boli i drugih simptoma; medicinska sestra pruža svu potrebnu njegu i pažnju; fizioterapeut pazi na fiziološko održavanje pokretljivosti; farmaceut brine o dozi analgetika; nutricionist skrbi o redovnim sredstvima potrebnih i mogućih oblika hranjenja; socijalni radnik daje izravnu potporu pacijentu i obitelji; psiholog pruža pomoć vezanu za različite društvene psihološke procesa umiranja i smrti; svećenik skrbi o duhovnosti, dok se dobrovoljci uključuju u razne oblike pomoći umirućima i ožalošćenima. Glavno poslanje u tom procesu treba imati tanatolog kao obvezan član zdravstvenog tima koji brine o strahovima, ljutnji, frustracijama, depresiji i brojnim drugim izazovima s kojima se bolesnik susreće nakon spoznaje o fatalnoj bolesti.

Zahtijeva se da hospicijski tim pokazuje uzajamno poštovanje svake struke, uključene u pružanje palijativne podrške, koja se najprimjerenije provodi u hospicijima.

1.2. Hospicij

Hospicij je riječ kojom se u prošlosti označavalo organizirana mjesta utočišta za iscrpljene i bolesne, najčešće u sklopu samostana i pod upravljanjem redovničkih zajednica. Naziv se odnosio na konačišta uz hodočasničke putove, namijenjena putnicima, gdje su bolesni, siromašni i umorni pronalazili smještaj i primali skrb. U kasnijem se povijesnom razdoblju pod tim nazivom podrazumijevala »kuća umiranja«. Danas se taj pojam rabi za određeno mjesto u kojem se provode medicinske, njegovateljske i duhovne skrbi za umirućeg.

Tijekom povijesti ostale su zapažene brojne vjerske institucije hospicija u blizinama hramova ili crkvi.¹⁹ Zadatak tih ustanova bio je spajanje iskrenoga

¹⁸ Za detaljniji uvid upućujemo na: Saskia JÜNGER – Martina PESTINGER – Frank EL-SNER – Norbert KRÜMM – Lukas RADBRUCH, Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams, u: *Palliative Medicine*, 21 (2007.) 4, 347–354; Shane SINCLAIR – Shelley RAFFIN – Jose PREIRA – Nancy GUEBERT, Collective Soul: The Spirituality of an Interdisciplinary Palliative Care Team, u: *Palliative Supportive Care*, 4 (2006.) 1, 13–24.

¹⁹ Usp. Valentin POZAIĆ, Katolička crkva i hospicijski pokret, u: Morana BRKLJAČIĆ ŽAGROVIĆ (ur.), *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*, Zagreb, 2011., 108–111.

ljudskog suosjećanja s najnovijim dostignućima i visoko-stručnim istraživanjima u medicini, usmjerenima njezi umirućih.

Pokret hospicija, ili kako ga se još često u literaturi naziva, *pokret za utočište*, niknuo je kao pokušaj humaniziranja tretmana umirućih u solidarnoj naklonosti prema bolesnicima, teškim patnicima i umirućima. Hospicij razvija tehniku ublažavanja boli, palijativne medicine i trajne njege upravo za one bolesnike za koje više nisu prikladne velike bolnice, a redovite usluge obitelji i zajednice više nisu dostatne.²⁰

Utočišta pružaju alternativu završnom boravku u bolnici za pacijente u terminalnoj fazi bolesti, s obzirom da »moderna, sofisticirana medicinska tehnologija u jedinicama intenzivne njege izdvaja pacijenta iz društvenog života, pretvarajući ga u objekt mjerenja bioloških parametara i tretiranja terapije. On društveno umire prije, nego je biološki život završio«²¹.

U hospiciju se ostvaruje pružanje integriranih usluga psihološke i duhovne skrbi te cjelovitog sustava potpore, radi pomaganja pacijentima da aktivno žive. Pritom su najvažnije zamisli hospicija sljedeće:

- U hospiciju život i osobnost dostižu svoju puninu. Čovjek ne gubi svoju osobnost, već do kraja živi ispunjeno.
- Bolesnicima se ne produžava život po svaku cijenu, već se poboljšava njegova kvaliteta u preostalim danima.
- U hospiciju se ne bori protiv smrti. Čovjeku se dozvoljava umrijeti, ne primjenjujući ni eutanaziju, ni distanziju.²²
- Umiranje se shvaća kao dio života. S umirućim se treba postupati kao sa živim bićem, iako je u komi iz koje se pretpostavlja da se nikada niti neće probuditi.
- U hospiciju rade stručne osobe, ali i dragovoljci. Osim pomoći umirućima, pomaže se i rodbini te svima onima koji žaluju nakon smrti drage osobe.²³

²⁰ Uglavnom se sastoji od malog stacionara (do maksimalno 10 kreveta), dnevne bolnice, ambulante za bol i palijativnu skrb kao i sobe za okupljanje mobilnog palijativnog tima. U Hrvatskoj postoji jedan takav skromni hospicij u Rijeci, »Marija Krucifiksa Kozulić«, otvoren u siječnju 2013. godine.

²¹ Anica JUŠIĆ, Osnovne etičke rasprave u hospicijskoj/palijativnoj skrbi, u: *Medix*, 14 (2008.) 75/76, 146–152.

²² Više o toj bioetičkoj dilemi vidi u: Suzana VULETIĆ – Brankica JURANIĆ – Štefica MIKŠIĆ – Željko RAKOŠEC, Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanzije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću, u: *Diacovensia*, 22 (2014.) 2, 163–200.

²³ Usp. Natalija KUSTEC, Postupci s umirućim osobama i onima koji žaluju za njima, Dodatak A, u: Adrian Predrag KEZELE, *Život-smrt-život. Otkrivanje pravog značenja umira-*

Dostojanstvo u umiranju, kakvo susrećemo u hospiciju, pretpostavlja ublaženje boli i oslobođenje od duševne tjeskobe koja muči čovjeka, uz jamstvo da se osoba neće osjetiti napuštenom, nepoželjnom i nevrijednom. To je jedino pravo ljudsko rješenje na kraju života.²⁴ Koliko se ono zakonodavno uspjelo ostvariti, nastojat ćemo uvidjeti u idućem odlomku.

1.3. Zakonodavni okviri potrebe uspostave palijativne medicine

Pravo na palijativnu skrb jedno je od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu, koje je potvrdila Svjetska zdravstvena organizacija. Nju podupiru brojni pravni dokumenti Svjetskoga liječničkog udruženja: *Rezolucija o pravima bolesnih i umirućih* (1976.), *Preporuka o pravima bolesnih i umirućih* (1979.), *Deklaracija o eutanaziji* (1987.), *Rezolucija o trajnom stanju vegetiranja* (1989.), *Rezolucija o načelima skrbi za neizlječive i umiruće pacijente s jakom kroničnom boli* (1990.), *Kanadska deklaracija* (iz 1992. i 2000.); *Preporuka o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva terminalno oboljelih i umirućih* (1999.), *Cape Town deklaracija* (2003.), *Preporuke ministara Vijeća Europe* (2003.), *Barcelonska deklaracija o palijativnoj skrbi* (2005.), *Korejska deklaracija* (2005.), *Venecijanska deklaracija o neizlječivim smrtonosnim bolestima* (2006.).²⁵ Svim se tim odrednicama željela pružiti podrška razvoju istraživanja na području palijativne skrbi i omogućiti da se neizlječivim i terminalnim bolesnicima zajamče potrebna pravna i društvena zaštita.²⁶ I *Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u odnosu na primjenu biologije i medicine*, *Konvencija o ljudskim pravima i biomedicina*, utvrdila je obvezu poštovanja i zaštite dostojanstva neizlječivog i terminalnog bolesnika.

Prema Preporuci Vijeća Europe, *O organizaciji palijativne skrbi*, navodi se da je »palijativna skrb integralni dio zdravstvenog sustava i neotuđivi element građanskog prava na zdravstvenu skrb i zato je odgovornost vlade, jamčiti i učiniti palijativnu skrb pristupačnom svakome tko je treba«²⁷. To podrazumijeva da svaka osoba ima pravo donijeti odluke i odrediti specifične uvjete u kojima će se umiranje i smrt dogoditi. Svrha toga zahtjeva jest osigurati odgo-

nja i smrti, Čakovec, 2003., 260–261.

²⁴ Usp. Valentin POZAIĆ, Rješenje je hospicij, a ne eutanazija!, u: Anica JUŠIĆ i DR. (ur.), *Hospicij i palijativna skrb*, Zagreb, 1995., 49–54.

²⁵ Navedeni pravni dokumenti dostupni su u: Niko ZURAK (ur.), *Medicinska etika*, Zagreb, 2007., 291–295.

²⁶ PARLAMENTARNA SKUPŠTINA VIJEĆA EUROPE, Zaštita ljudskih prava i dostojanstvo neizlječivih i terminalnih bolesnika, Preporuka br. 1418, u: <http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm>.

²⁷ HRVATSKO KATOLIČKO LIJEČNIČKO DRUŠVO, *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*, Morana Brkljačić-Žagrović (ur.), Zagreb, 2011., 8.

varajuću podršku i poštovanje ljudskih prava i vrijednosti te omogućiti postizanje kvalitetne skrbi pred kraj života i dobre smrti kao osnovnoga ljudskog prava umirućih.

Vijeće Europe naglašava ove ciljeve palijativne skrbi: poštovanje vrijednosti ljudskih i bolesničkih prava, ljudskog dostojanstva, socijalne povezanosti, jednakosti, solidarnosti i jednakih mogućnosti pristupa.

Tu su inicijativu Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravlja nastojali uvrstiti i u hrvatski zakon, u okviru *Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020.*²⁸, u kojoj su ukratko opisani organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi, te su navedene prioritetne aktivnosti vezane uz strateški razvoj palijativne skrbi. Ona je, u bližem vremenskom okviru, opisana u *Strateškom planu razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2013. – 2015.*, koji je izrađen prema preporukama Europskog društva za palijativnu skrb – *Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*, te *Preporuci Rec (2003) – 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državam članicama o organiziranju palijativne skrbi.*²⁹ Prateći dokument je *Bijela knjiga palijativne skrbi u Hrvatskoj*, prilagođena verzija *Bijele knjige Europskog društva za palijativnu skrb*, kojom se pružaju smjernice i preporuke za davatelje usluga, dionike i donosioce odluka.

U Hrvatskoj je još od 2003. godine predviđena organizacija palijativne skrbi. U *Zakonu o zdravstvenoj zaštiti* palijativna skrb navedena je kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (čl. 8), a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu (čl. 25). Ta je djelatnost, uz ostale, uvrštena i u djelatnost Domova zdravlja (čl. 69), te je utvrđeno da svaki Dom zdravlja na teritoriju Republike Hrvatske mora osigurati i Ustanovu za palijativnu skrb.³⁰

Iako je pravo na palijativnu skrb jedno od osnovnih ljudskih prava te ga kao takvoga priznaje više od 120 zemalja svijeta, nažalost, Republika Hrvatska nema na cijelom svojem teritoriju niti jednu službenu instituciju palijativne

²⁸ MINISTARSTVO ZDRAVLJA, *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.*, u: www.zdravlje.hr (1. IV. 2014.).

²⁹ Lukas RADBRUCH – Sheila PAYNE, *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care*, u: *European Journal of Palliative Care*, 16 (2009.) 6, 278–289; Lukas RADBRUCH – Sheila PAYNE, *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care*, u: *European Journal of Palliative Care*, 17 (2010.) 6, 22–33; *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*, u: http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf (5. II. 2014.).

³⁰ *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, u: *Narodne novine*, 121/2003., čl. 8, čl. 25, čl. 69 i čl. 71.

skrbi uključenu u zdravstveni sustav, a donedavno nije postojao niti razvijen sustav edukacije iz područja palijativne skrbi na svim razinama.

Danas smo, uz zakonske izmjene, svjedoci početka osnivanja prvih jedinica palijativne medicine u Hrvatskoj.³¹ Hospicijski pokret u Hrvatskoj začeo je 1994. godine, izrazitim zalaganjem doktorice Anice Jušić i njezinih suradnika.³² Pomoć u Zagrebu³³ ostvaruje se od 2000. godine, pružajući daljnje poticaje za implementaciju palijativne skrbi u hrvatski zdravstveni sustav, opravdavajući etičko-humanističke pothvate suvremene medicine i razvijajući time zrelost civilizacijske misli modernog društva u brizi za čovjeka.³⁴

U daljnjem razvoju, treba organizirati educirane interdisciplinarne timove; osigurati raspolaganje lijekovima i stručnim pomagalima; izgraditi hospicije te donijeti zakone koji štite bolesnika i sve one koji za njega skrbe. Palijativna skrb u javnosti se treba promicati kao oblik cjelovitog stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja.

Vijeće Europe preporučuje da svi radnici u zdravstvu moraju pouzdano vladati osnovnim principima palijativne skrbi i biti sposobni primjenjivati ih u praksi.³⁵ Unatoč tim preporukama, palijativna skrb ostaje slabo razvijenom.³⁶

U osiguravanju kvalitete bit će važno poticati povezivanje i suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Savjetom Europe, Međunarodnim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb, Europskim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb te s Radnom skupinom za palijativnu skrb Srednje i Istočne Europe.

³¹ Usp. Marijana BRAŠ, *Palijativna medicina i eutanazija*, Zagreb, 2011., 6.

³² Usp. Anica JUŠIĆ – Marijana PERSOLI GUDELJ, Croatia Development of a Hospice Movement and Palliative Care, u: *Journal of Pain Symptom Management*, 24 (2002.) 2, 180–182; David OLIVER – Fliss MURTAGH – Anica JUŠIĆ, Palliative care in Croatia – an international collaboration, u: *European Journal of Palliative Care*, 12 (2005.) 3, 127–129.

³³ Udruga prijatelja nade djeluje na gradskoj razini sa sjedištem u Domu zdravlja »Maksimir«, Hirčeva 1, telefon: 01/2344835. Hrvatska udruga prijatelja hospicija djeluje na republičkoj razini, sa sjedištem u Gundulićevoj 49, 10 000 Zagreb, telefon: 01/4855730. Hrvatsko društvo za hospicijsku/palijativnu skrb Hrvatskoga liječničkog zbora djeluje u središtu Hrvatskoga liječničkog doma, Šubićeva 9, 10 000 Zagreb (kontakt osoba: Anica Jušić).

³⁴ Usp. Iva SORTA BILAJAC – Morana BRKLJAČIĆ ŽAGROVIĆ, Palijativna skrb u Hrvatskoj na pragu ulaska u Europsku uniju: medicinsko-pravni i medicinsko-etički osvrt, u: *Medicina fluminensis*, 48 (2012.) 2, 139–141.

³⁵ NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2004., 2009., u: www.nationalconsensusproject.org/Guideline.pdf (8. IX. 2009.).

³⁶ Rezultati istraživanja Radne skupine EAPC pokazali su da, od 52 europske zemlje, u samo pet njih je dobro razvijena i razgranata mreža stacionarnih hospicija.

Prioriteti daljnjeg razvoja i implementacije palijativne skrbi trebali bi biti multidimenzionalni, interdisciplinarni, jednostavno primjenjivi, znanstveno utvrđeni, klinički potvrđeni i beneficirajući načini promoviranog ostvarenja svih segmenata palijativne skrbi. Pravičnost pristupa palijativnoj skrbi treba biti zajamčena u svim europskim zemljama, čime se osigurava pružanje palijativne skrbi u skladu s potrebama bez obzira na kulturne, etničke ili druge osnove i platežnu moć. Konkretno potrebe terminalnih bolesnika uvidjet ćemo u idućem poglavlju.

2. Potrebe bolesnika u terminalnoj fazi

Prema statističkim podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u europskoj regiji, više od 320.000 onkoloških i 285.000 neonkoloških bolesnika treba pomoć ili skrb specijalističkih službi palijativne skrbi. Nedavne procjene pokazuju da je za palijativnu i hospicijsku skrb potrebno 80 do 100 kreveta na 1.000.000 stanovnika. Prema okvirnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo oko 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje.³⁷

Potrebe umirućih, ukratko, bile bi sljedeće: potreba za ublažavanjem boli, potreba za očuvanjem samopoštovanja, potreba za pažnjom i pripadanjem, potreba za suosjećanjem, potreba za komunikacijom i duhovne potrebe. Emocionalne i duhovne boli nerijetko su veće od tjelesnih ili pak povećavaju pacijentovu tjelesnu bol. U trenutku kada pacijent shvati kako je smrt neizbježna, duhovne, društvene, ekonomske, psihološke i ostale vrste boli postaju međusobno isprepletene. Navedene se potrebe dalje klasificiraju kao medicinske i duhovne. Njih ćemo obraditi u narednim odlomcima.

2.1. Potrebe medicinske skrbi terminalnih bolesnika

Iako je medicina, u specijaliziranim odjelima intenzivne njege, doživjela tehnički visokokvalificirani razvoj, postavlja se pitanje zadovoljavanja čovjekovih potreba i želja na socijalnoj i duševnoj razini. Ni u posljednjoj životnoj fazi ne može se težište staviti samo na produljenje života, nego je potrebno osigurati i njegovu kvalitetu (što podrazumijeva i njegov kvalitetan kraj). On se može

³⁷ Strateški plan razvoja palijativne skrbi u republici Hrvatskoj za razdoblje 2013. – 2015., 11, u: <http://www.google.hr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.4.V.2014.>

ostvariti integriranim pristupom uvažavanja medicinskog i duhovnog pristupa umirućim bolesnicima.

Jedan takav projekt, s ciljem razumijevanja procesa hospitaliziranog umiranja i doprinosa u promicanju jedne humanije skrbi terminalnih bolesnika, bio je projekt nazvan SUPPORT³⁸ (*The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments*). On posebno ističe neke značajke terminalnog stadija.

Terminalni stadij je završno razdoblje života, kada medicina spoznaje da se stanje nepovratnih bolesnika više ne može iz/liječiti standardnim terapijama, nego je moguće samo ublažavati patnju tijekom postupnog pogoršanja zdravstvenog stanja i neminovno približavane smrti.

*Terminalni bolesnik*³⁹ je pacijent koji boluje od razvojno nepovratne patologije koja izaziva smrt, a kojem medicinska terapija više ne pomaže. »Terminalni bolesnik je osoba kod koje se s priličnom medicinskom sigurnošću zna da je smrt samo pitanje trenutka, dana ili tjedna. Radi se o imanentnoj smrti koja samo što nije uslijedila. Sada glavnu riječ uzimaju one osobe ili službe koje terminalnom bolesniku omogućavaju što je moguće više ljudski završetak, pružajući različite oblike asistencije, od duhovne i moralne do psihološke i emocionalne, te svojom nazočnošću čine humanu atmosferu posljednjih trenutaka ljudske egzistencije«⁴⁰.

Terminalna faza ljudskog života obično se veže uz gubitak dostojanstva, posvemašnju fizičku nemoć i nedostatak intelektualne prisebnosti. Tu fazu bolesnika općenito prate osjećaj depresije, stresa, anksioznosti i očaja, loša klinička kvaliteta života, zahtjev za klinički asistiranim suicidom (eutanazijom), ili pak distanzijom... Njihovo umiranje započinje akutnim stadijem što ga bolničari nazivaju konačnom fazom. Nju karakteriziraju stanja u kojima osobe s oštećenjima u moždanim hemisferama ulaze u kronično stanje nesvijesti, zvano, »postojano vegetirajuće stanje«.

Iako trenutak postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti najavljuje blizinu izvjesne smrti, život još uvijek ne gubi svoju vrijednost, značenje i sadržaje, te se i nadalje puno toga može učiniti s umirućim i za njega. Ostvariti najbolju moguću kvalitetu življenja sve do same smrti, u skladu s vrijednostima i

³⁸ A Controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT), u: *Journal of the American Medical Association*, 274 (1995.) 20, 1591–1598.

³⁹ Usp. Graziela SINACCIO – Elisabetta ROBERT, Malato terminale, u: Salvino LEONE – Salvatore PRIVITERA (ur.), *Nuovo dizionario di Bioetica*, Roma – Acireale, 2004., 579–580.

⁴⁰ Tonči MATULIĆ, *Medicinsko prevrednovanje etičkih granica*, Zagreb, 2006., 155–156.

okolnostima osobe, znači pružiti umirućem dobru skrb te mu u najvećoj mjeri omogućiti aktivnu uključenost u obiteljski i društveni život.

Papinska akademija za život napominje: »Kada je liječnik svjestan da više nije moguće spriječiti smrt pacijenta i da bi jedini rezultat intenzivnoga terapijskog tretmana bio dodavanje patnje na patnju, treba priznati granice medicinske znanosti i svoje osobne intervencije te prihvatiti neizbježnost i neumoljivost smrti⁴¹«. Zalaganje liječnika i ostalih zdravstvenih radnika treba se nastaviti pažljivom i učinkovitom, tzv. razmjernom terapijom i palijativnom skrbi, najadekvatnije prepoznatoj u konceptu ortotanazije, koja udružuje znanstvenu i humanu sposobnost u službi onemoćale osobe.

Ortotanazija (od grč. *orthos* = pravilan i *thanatos* = smrt) je normalan ili prirodan način smrti i umiranja. Prema španjolskom teologu Marcianu Vidalu, ortotanazija je »etička sinteza prava dostojanstvenog umiranja i poštovanja ljudskog života«⁴².

Bol koja se pripisuje tijelu, ujedno je i bol koja obuhvaća duhovnu/duševnu/psihološku bol. Stoga, suportivna skrb hospicija treba obuhvaćati i medikamentoznu i psihosocijalnu potporu bolesnika.

2.2. Psihološke potrebe umirućih bolesnika

Iskustvo fiziološke bolesti, tjelesne ograničenosti i potpune prepuštenosti na brigu drugih, odražava se kod mnogih bolesnika psihičkom potištenošću, životnom ugroženošću, gubitkom integriteta i digniteta te socijalne izolacije. Ovakvo stanje prožima i fizičku i psihološku dimenziju oboljelih.

S obzirom da jakim analgeticima možemo donekle uspješno tretirati fizičku bol, na području psihološke razine zapažamo stanje *patnje* koja često nastaje u suočavanju s neizbježnošću smrti. Patnja izvan tjelesne dimenzije obuhvaća šire psiho-socijalno-duhovne aspekte. Može biti definirana kao osjećaj tjeskobe, depresije, ranjivosti i prijetnje vlastitu integritetu. Bol i patnja se uzajamno pojačavaju: jedna jaka i postojana bol može u svim dimenzijama utjecati na patnju i obrnuto, čeznutljivost, potištenost, usamljenost ili osjećaj besmislenosti života mogu pojačati bol.

Jedna od glavnih opasnosti zanemarivanja razlike između boli i patnje u kliničkom kontekstu jest sklonost da se tretmani usredotoče samo na fizičke simptome, kao da su oni jedini izvor pacijentovih tjeskoba. Na psihološkom

⁴¹ PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *The dignity of the dying person: Proceedings of the fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*, Città del Vaticano, 2000., 25.

⁴² Usp. Marciano VIDAL, *Eutanásia: um desafio para a consciência*, Santuário, 1996., 98–103.

području, terminalne osobe postaju preosjetljive, željne pažnje, razumijevanja i utjehe. One očekuju humanu naklonost medicinskog osoblja, jer patnja je neizdrživa, kada nitko ne skrbi.

Dr. Anica Jušić u mnogim svojim zalaganjima⁴³ navodi kako se posljednjih desetljeća značajno promijenila medicinska edukacija. U žarište je došla bolest, a manje ljudska patnja. Potrebna je nova medicinska paradigma, koja bi se usredotočila na humanističku medicinsku praksu. »Savršenoj tehnici liječenja treba pridružiti ljudsku, osobnu pažnju...«⁴⁴ Neposredni i osobni kontakt s pacijentom treba biti prožet empatijskim razumijevanjem, ohrabrenjem i određenom toplinom, koje ublažavaju osjećaj otuđenosti i napuštenosti.

Strah od smrti obuzima svakoga tko se nađe pred neposrednom smrtnom opasnošću. Posebno je naglašen u onih koji nisu okruženi dobrotom i pažnjom bliskih osoba. To je strah beznadne osamljenosti i ostavljenosti. To je stanje duše koje nije moguće definirati, a koje traži snažnu i hitnu potporu u nazočnosti osobe koja je tu, ne po službenoj dužnosti, nego dragovoljno i iz ljubavi.⁴⁵

U takvim situacijama često se zahtijeva stav šutnje, intuicije, kontemplacije i tišine. »Tu ponudu prihvaćamo, ali ne na način ni s namjerom da njome ovladamo, da je učinimo objektom našeg znanja, nego na način takvog govora koji, dok govori, više upućuje na šutnju, dok izlaže misao, više pobuđuje intuiciju, dok argumentira, više traži kontemplaciju, dok izaziva slušanje, više potrebuje sabranost tišine.«⁴⁶

Pacijenta može umiriti stisak ruke, blag pogled, saznanje da je netko uz njega, da netko brine o njegovu dobru ili mala pozornost. On s okolinom komunicira bez riječi, osjeća strah i smatra da je na teret članovima obitelji ili osobama koje skrbe o njemu. Ipak, uza sve to, on osjeća blizinu bliskih osoba te neverbalno, suzama ili osmijehom, želi posvijestiti njihov značaj.

I kad nemamo povoljnu dijagnozu, imamo snagu duhovnosti. Iako nemamo djelotvorne lijekove za specifičnu bolest, imamo djelotvornost molitve utjehe, mira i spokoja; imamo sakramentalnu milost pomirenja i oprostjenja, koji imaju snagu prevladati psihičke i duhovne malaksalosti. I kad nemamo

⁴³ Usp. http://www.hospicij-hrvatska.hr/hdhsp_publikacije.asp?ID_clanka=92&counter=0.

⁴⁴ Valentin POZAIĆ, *Život dostojan života. Eutanazija u prosudbi medicinske etike*, Zagreb, 1985., 90.

⁴⁵ Usp. Ivan MATKOVIĆ, Pastoralno iskustvo s bolesnicima i umirućima, u: *Crkva u svijetu*, 33 (1998.) 1, 79.

⁴⁶ Tonči MATULIĆ, *Oculis spiritualibus – sestrinstvo u ogledalu duha. Duhovnost sestinstva iznad procjepa profesije i prakse*, u: *Bogoslovska smotra*, 82 (2012.) 2, 306.

ništa u rukama, imamo ruke koje mogu pružiti topli zagrljaj. Kada nemamo riječi, imamo uši i vrijeme potrebno za slušanje. Imamo oči i srce da pomognemo ostvariti bolje životne uvjete umirućim osobama.⁴⁷

U trenutcima u kojima medicina postaje nemoćna, preostaje moćna prisutnost ljudske nazočnosti,⁴⁸ solidarnosti, pažnje i ljubavi palijativnom naklošnošću, koja osobama u terminalnom stadiju može znatno olakšati psihičku i duševnu patnju, dok duhovna skrb može omogućiti pozitivnije vrednovanje života i smrti.

2.3. Duhovne potrebe umirućih bolesnika

Duhovnost u palijativnoj medicini jest važan način u prepoznavanju cjelovitih potreba bolesnika. Kada se suočavaju sa životnom krhkošću, patnjom i boli, mnogi bolesnici u terminalnoj fazi uznapredovale bolesti izražavaju potrebu za duhovnom skrbi,⁴⁹ kako bi im se uspjelo ublažiti strah od smrti, praznine, usamljenosti i ostavljenosti.

Zadovoljenje njihovih emocionalnih i duhovnih potreba, može im značajno olakšati ne/izdrživost fizičke boli. Osim toga, brojni stručnjaci i osobe u pratnji umirućih potvrđuju činjenicu kako duhovna skrb sprečava egzistencijalni očaj kod bolesnika, suočenih sa smrću.

Na temelju toga, ranih 1990-ih godina, medicinski centri i sestrinski programi, bolnice i socijalne udruge prepoznale su vrijednost pružanja duhovne skrbi kao sastavne dimenzije palijativne skrbi, pa se pokreću predavanja i usvršavanja na planu duhovnosti unutar medicinskih škola i fakulteta.⁵⁰

⁴⁷ Usp. Michael SCHIBILSKY, *Trauerwege. Beratung für helfende Berufe*, Düsseldorf, 1989., 10.

⁴⁸ Usp. Christina PUCHALSKI, Spirituality and End-of-Life Care: A time for listening and caring, u: *Journal of Palliative Medicine*, 5 (2002.) 2, 289–294.

⁴⁹ Usp. Zaključak do kojih su došli mnogi istraživači koji su proučavali ove potrebe. Među inima, izdvajamo: Harold G. KOENIG, Religion, Spirituality and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, u: *Southern Medical Journal*, 97 (2004.) 12, 1194–1200; Adrian EDWARDS i DR., The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end of life and palliative care: a meta-study of qualitative research, u: *Palliative Medicine*, 24 (2010.) 8, 753–770; Nora EL NAWAWI – Michael J. BALBONI – Tracy A. BALBONI, Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness, u: *Current Opinion Support Palliative Care*, 6 (2012.) 2, 269–274; Lucy SELMAU – Teresa YOUNG i DR., Research Priorities in Spiritual care: An International Survey of Palliative care Researches and Clinicians, u: *Journal of pain and Symptom Managemet*, 1 (2014.) 1, 1–14.

⁵⁰ Usp. Christina M. PUCHALSKI – David B. LARSON, Developing curricula in spirituality and medicine, u: *Academic Medicine*, 73 (1998.) 9, 970–974.

Istraživanja su dokazala da je duhovnost »bolesnikova potreba, koja utječe na njegovo psihofizičko stanje i poboljšava kvalitetu života«⁵¹. Stoga duhovna skrb postaje značajna komponenta palijativne medicine.⁵²

Brojne su dosadašnje međunarodne studije potvrdile važnost pružanja i primanja duhovne skrbi napose kod pacijenata u terminalnoj fazi i kod kroničnih bolesnika,⁵³ dok druge činjenice ističu pozitivan doprinos intrinzične religioznosti u tijeku ozdravljenja ili cijenjenja preostalog života. Istraživanja su utvrdila da se duhovna skrb odrazila boljim razumijevanjem samoga sebe u bolesti (45-73%), lakšim prihvaćanjem bolesti (87%), da su duhovni rituali poboljšali nutarnje stanje bolesnika (34-66%) i omogućili lakši prijelaz umiranja. 72% osoba koje su primale duhovnu skrb izrazile su da im je duhovnost uvelike olakšala nemoćnost te potaknula nutarnji mir i spokoj.⁵⁴

Paralelno s time uočava se i sve veća zastupljenost literature unutar medicinskih časopisa koja svjedoči o pozitivnom duhovno-religioznom utjecaju na terminalne bolesnike.⁵⁵

⁵¹ Colleen Mc CLAIN – Barry ROSENFELD – William BREITBART, Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally ill cancer patients, u: *Lancet*, 361 (2003.) 9369, 1603–1607; William BREITBART – Christopher GIBSON – Shannon POPPITO – Amy BERG, Psychoterapeutic interventions at the end of life: A focus on meaning and spirituality, u: *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (2004.) 4, 336–372.

⁵² Usp. Mélanie VACHON – Lise FILION – Marie ACHILLE, A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life, u: *Journal of Palliative Medicine*, 12 (2009.) 1, 53–59, ovdje: 53.

⁵³ Usp. Shirley OTIS GREEN – Betty FERRELL i DR., Integrating Spiritual Care within Palliative Care. An Overview of Nine Demonstration Projects, u: *Journal of Palliative Medicine*, 15 (2012.) 2, 154–162.

⁵⁴ Usp. Timothy DAALEMAN, A Health Services Framework of Spiritual Care, u: *Journal of Nursing Management*, 8 (2012.) 20, 1021–1028; Pamela G. REED, Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults, u: *Research in Nursing and Health*, 10 (1987.) 5, 335–344.

⁵⁵ Upućujemo na niz vrlo vrijednih studija: Shane SINCLAIR – Jose PEREIRA i DR., A Thematic Review of the Spirituality Literature within Palliative care, u: *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2006.) 2, 464–474; Harold George KOENIG – Michael E. MC CULLOUGH – David B. LARSON, *Handbook of religion and health*, Oxford University Press, New York, 2001.; Geoffrey HANKS – Neal Mac DONALD (ur.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, Oxford, 1998.; Alan B. ASTROW – Christina PURCHALSKI – Daniel P. SULMASY, Religion, Spirituality and health care: Social, ethical, and practical considerations, u: *American Journal of Medicine*, 110 (2001.) 4, 283–287; Richard P. SLOAN – Emilia BAGIELLA – Tia POWELL, Religion, spirituality, and medicine, u: *Lancet*, 353 (1999.) 9153, 664–667; Barry MC BRIEN, A concept analysis of spirituality, u: *British Journal of Nursing*, 15 (2006.) 1, 42–45; Steven J. BAUMRUCKER, Spirituality in hospice and palliative care, u: *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20 (2003.) 2, 90–92; Alison GREY, The spiritual component of palliative care, u: *Palliative Medicine*, 8 (1994.) 3, 215–221.

Potvrđuje se i kako je pružanje duhovne skrbi dio bio-psiho-socijalnog pristupa zdravstvene skrbi.⁵⁶ Studije pokazuju pozitivan odraz duhovnosti na kroničnu bol pacijenata s imunodeficijencijom, manje kolateralnih efekata kod kardioloških bolesnika, smanjenu razinu depresivnosti kod gerijatrijske populacije, povišenje mentalnog i psihičkog zdravlja⁵⁷ i općenito kvalitete života. Znanstveni radovi Nacionalnog instituta za zdravlje SAD-a, dokazuju povezanost više razine duhovnosti i poboljšanja simptoma depresije, tjeskobe, ovisnosti, prevencije suicida, poboljšanja simptoma shizofrenije, srčanih bolesti, dijabetesa, reumatoidnog artritisa, cerebrovaskularnih bolesti, poremećaja imunološkog sustava i sučeljavanja s kroničnim bolestima. U brojnim je istraživanjima utvrđeno da duhovnost ima zaštitnu ulogu protiv psihološke morbidnosti i specifičnih obilježja depresivnosti terminalnih bolesnika.⁵⁸

Na temelju utvrđenih činjenica brojnih istraživanja, *duhovna skrb* postaje bitan dio kvalitetne palijativne skrbi (kako prihvaćaju i određuju Nacionalni konsenzus, projekt za kvalitetnu palijativnu skrb – *National Consensus Project for Quality Palliative Care 2009*.⁵⁹ i Nacionalni forum za kvalitetu – *National Quality Forum*).⁶⁰

Europsko društvo za palijativnu skrb (*European Association of Palliative Care EAPC*) uvelo je definiciju duhovnosti koja obuhvaća njezinu multidimenzionalnu narav i koja susreće egzistencijalna pitanja, utemeljenje vrijednosti i religiozna razmatranja kao »dinamičnu dimenziju ljudskog života koja povezuje iskustvo pojedinca, njegova traženja smisla i životnog značenja, kao i transcendencije, te načina kojim se on povezuje sa sobom, okolinom i svetim...«⁶¹ »Duhovnost je dinamičan proces kojim se otkriva unutarnja mudrost i životnost koje daju svrhu i značenje događajima u životu čak i usred

⁵⁶ Daniel P. SULMASY, A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life, u: *Gerontologist*, 42 (2002.) spec. No. 3, 24–33.

⁵⁷ Upućujemo na izrazito vrijednu studiju: John SWINTON, *Spirituality and mental health care: rediscovering a forgotten dimension*, London, 2001., 7–39.

⁵⁸ Usp. Luzia TRAVADO – Luiggi GRASSI i DR., Do spirituality and faith make difference? Report from the Southern European Psycho-Oncology Study Group, u: *Palliative and Support Care*, 8 (2010.) 4, 405–413.

⁵⁹ NATIONAL CONSENSUS PROJECT FOR QUALITY PALLIATIVE CARE, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2009., u: <http://www.nationalconsensusproject.org> (4. V. 2012.).

⁶⁰ NATIONAL QUALITY FORUM, A national framework and preferred practices for Palliative and Hospice Care, A Consensus Report, 2006., u: <http://www.Qualityforum.org/publications/reports/palliative.asp> (2. IV. 2012.).

⁶¹ Michael B. KING – Harold G. KOENIG, Conceptualising spirituality for medical research and health service provision, u: *BMC Health Services Research*, 9 (2009.) 116; <http://www.biomedicalcentral.com/1472-6963/9/116> (4. II. 2102.).

osobne tragedije, krize, stresa, bolesti i patnje.«⁶² Duhovnost može potaknuti nutarnji mir i biti veliki izvor nutarnje snage, inspiracije i motivacije. Neki autori opisuju duhovnost kao »krajnji domet smisla i svrhe u životu«⁶³. Čak i kod onih bolesnika koji se ne deklariraju religioznima, uviđa se zahtjev za nekim vidom duhovne skrbi.⁶⁴

Vjerski obredi imaju veliku snagu tijekom patnje, umiranja i smrti. Molitva, sakramenti, dodir, blagoslov za bolesnika, imaju duboko duhovno i terapijsko značenje. Zadržavanju dostojanstva i pozitivnom vrednovanju života uvelike pridonose sakrament pomirenja, primanje sveti pričesti, poticanje ufanja, dok snažna vjera u eshatološku budućnost značajno umanjuje strah od umiranja.

Ondje gdje kršćani na razini svojega vjerskog i etičkog iskustva i prakse žive autentični, milošću nošen odnos s Bogom, ljudima i stvorenim svijetom, koji odlikuju ljubav, nada, poštovanje i briga, tamo i iskustvo smrti gubi dramatični tjeskobni naboj razaranja vlastita bića. Ovisno o stupnju prožetosti predanja Bogu, u umirućem čovjeku vjerniku opada razina žalosti, tjeskobe, protesta i mržnje, a na višim razinama duhovne i ljudske zrelosti svjedočimo smirenosti, prihvaćanju, pa i radosti.

Religiozni ljudi zdravim sadržajem svoje religioznosti mogu uspješno izbjeći moguću stagnaciju i besmisao i to shvaćanjem i usmjeravanjem vlastita djelovanja prema produživanju života nakon smrti, što je Bog svakako namijenio ljudima. Nada obećanog uskrsnuća kršćaninu daje »novo svjetlo na misterij patnje i umiranja i ulijeva u vjernika izvanrednu snagu da se povjeri Božjem planu« (EV 67).

S vjerničkim pouzdanjem, lakše se mogu otkrivati i duhovni temelji oporavka uz okrepljujuće misli, buđenje životne volje, sposobnost duševnog obnavljanja vjerom i pouzdanjem u ponovni nebeski susret koji nudi eshatološka nada, te se time životu može vratiti njegovu dragocjenost.

Nada je definirana kao vrlo značajan dinamični pokretač ljudske egzistencije, a usko je povezana s duhovnošću.⁶⁵ Autori poput Cutcliffa (1995.),

⁶² Jelica STIPANIČEV MUSTAPIĆ – Anka STARC – Lucija STARČEVIĆ, Duhovnost u poslanju medicinske sestre, u: <http://www.hkdmst.hr/content/view/40/32/> (1. V. 2014.).

⁶³ Christina PUCHALSKI – David B. LARSON – Stephen G. POST, Physicians and patient spirituality, u: *Annals of Internal Medicine*, 9 (2000.) 133, 748–749.

⁶⁴ Usp. Harold G. KOENIG – Linda K. GEORG – Patricia TITUS, Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients, u: *Journal of American Geriatric Association*, 52 (2004.) 4, 554–562.

⁶⁵ Usp. Jari KYLMA – Wendy DUGGLEBY – Dan COOPER – Gustaf MOLANDER, Hope in palliative care: An Integrative review, u: *Palliative and Support Care*, 7 (2009.) 3, 365–

Flemminga (1997) i Urquharta (1999) usredotočili su svoja istraživanja na procjenu nade kod pacijenata primljenih u palijativne jedinice. Nadu opisuju kao nutarnju snagu koja obogaćuje živote bolesnika i omogućuje pojedincima da se uzvise nad svojim bolom, patnjom i smrtnošću.⁶⁶ Duhovna jakost kreposti nade može odigrati ključnu ulogu kod teških životnih situacija pogođenih bolešću; ona može umanjiti tjeskobu, besmisao i depresiju, potičući pozitivno duhovno ozračje, unatoč prognostičkoj neizlječivosti.

Robert Buckman smatra da »odnos pomoću molitve između vjernika i Boga može imati jako terapijsko djelovanje. To je za neke ljude način da se odtere, da se izraze i oslobode svojih osjećaja. Čak i ljudi koji s okolinom imaju dobar odnos i lako komuniciraju, ne mogu postići tu razinu bliskosti s ljudima kao što to mogu s Bogom. Vjernik će vam reći kako njega nitko ne poznaje toliko dobro, duboko, intimno i osobno, kao Bog. Upravo tijekom neizlječive bolesti valja iz tog odnosa izvući korist, pomoć, snagu i hrabrost.«⁶⁷

Religija je sama po sebi izražaj ljudskog mišljenja i djelovanja, vjerovanja i nade. Mitovi i simboli, dogme i obredi, religijski sadržaji i utjecaji na svagdanji život u ovakvoj perspektivi dobivaju svoj autentični izražajni oblik u borbi s egzistencijalnim pitanjima i zadaćama ljudskog življenja koji ga u isto vrijeme nadilaze. »Religija nudi smisleno tumačenje svijeta i čovjekova položaja u njemu, naspram osjećaju kaosa, vlastite ograničenosti i samoće, bespomoćne izloženosti kompleksnoj, nepredvidivoj i nekontroliranoj životnoj okolnosti, ali ih čovjek doživljava kao reminiscenciju u trenutku krize. Religiozni tekstovi, molitve i rituali prate osobu dajući podršku u procesu suočavanja i elaboracije gubitka, te pomažu prijelaz u novi životni status.«⁶⁸

Te teške egzistencijalne situacije Crkva može iskoristiti svojim pastoralnim poslanjem i pružanjem potpore: sakramentima pomirenja i bolesničkog pomazanja, kojima se umirućima i ožalošćenima može pružiti potporu u nadvladavanju boli i malodušnosti te produbiti vjeru i pružiti nadu u potpuno ostvarenje pashalnog misterija. Crkvene se pastoralne aktivnosti trebaju usmjeriti na duhovnu skrb prema umirućima i pružanje duhovne asistencije za pripremu za smrt kroz duhovne razgovore, prisustvovanje duhovnim obredima, pružanje utjehe duhovnog štiva, podjeljivanje svete pričesti i nekih drugih oblika bolničkog dušobrižništva.

377; Jeannine BRANT, The art of palliative care: Living with hope, dying with dignity, u: *Oncology Nursing Forum*, 25 (1998.) 6, 995–1004.

⁶⁶ Usp. Aru NARAYANASAMY, *Spiritual care and Transcultural Research*, London, 2006.

⁶⁷ Robert BUCKMAN, *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće*, Zagreb, 1996., 91.

⁶⁸ Ivan ŠTENGL, Gubitak i žalovanje. Razumijevanje procesa za usmjerenje pastoralnom djelovanju, u: *Služba Božja*, 51 (2011.) 2, 182.

Religioznost predstavlja možda najveću stavku u prihvaćanju i pripremi za kraj ovozemaljskog života. Teologija na smrt gleda znatno drukčije od psihologije ili medicine općenito. Te discipline smrt shvaćaju kao prekid svih odnosa, ne baveći se njezinom eklesiološkom ili eshatološkom dimenzijom. Za psihologa smrt je prvenstveno prestanak komunikacije, uništenje svih odnosa unutar svijeta i, kao takva, gubitak važnog obilježja čovječnosti. Teologija promatra smrt kao, prelazak iz života u Život. Ona ni u kojem slučaju nije gubitak za vjernika već, upravo suprotno, oslobođenje od svih boli i patnji te susret s Bogom na mjestu vječnog mira i blaženstva. Za kršćanina smrt je apsolutna sigurnost susreta s Bogom živim i milosrdnim, koji nas prihvaća u ljubavi i radosti, a umiranje shvaćeno kao proces realno predstavlja neposrednu i intenzivnu pripremu za taj susret. Kršćanin vjeruje da smrt znači »umiranje s Kristom da bi se s Kristom živjelo«. Garanciju za to dao je sâm Isus Krist pobijedivši smrt svojim uskrsnućem.⁶⁹ Time se potvrđuje naša pouzdana vjera u prekogrobnu egzistenciju što nam olakšava prevladati zlo bolesti koje nas je snašlo. »U kontekstima iskrene i duboke vjere, pretrpljeno 'zlo' samo je određena priprema stanovitog 'dobra'.«⁷⁰

»Strah od smrti i smrtnih muka nastoji se prevladati palijativnom skrbi, a prije toga, duhovnom pripremom, molitvom za blaženu smrt u Božjoj milosti, dobrim djelima, razmatranjem o patnjama rassetoga Krista, vjerom u njegovu ljubav, predanjem u Božje ruke, pouzdanjem u Božju milost i zagovor nebesnika da agonija ne bude preteška, nego da preminuće bude blaženo.«⁷¹

Udružene komisije palijativnih skrbi diljem svijeta i Svjetska zdravstvena organizacija pozvale su na prepoznavanje pacijentovih potreba duhovne naravi i na temelju toga zaključile da treba educirati medicinsko osoblje koje će biti sposobno prepoznati pacijentove duhovne potrebe.⁷² U pokušaju tog ostvarenja, navode se sljedeće preporuke:

- 1) Duhovna skrb treba biti integralna i usmjerena bolesniku u središtu zdravstvenog sustava.
- 2) Modeli duhovne skrbi trebali bi promovirati dostojanstvo svake ljudske osobe omogućujući joj suosjećajnu pratnju.

⁶⁹ Usp. Tonči MATULIĆ, *Medicinsko prevrednovanje etičkih granica: svetost života priklještena između autonomije i tehnicizma*, Zagreb, 2006., 195.

⁷⁰ Ante KUSIĆ, Antropološki vid patnje i smrti kao osnova za pastoral, u: *Kateheza*, 5 (1983.) 3, 6.

⁷¹ Jerolim LENKIĆ, *Eutanazija u moralno-teološkoj prosudbi*, Varaždinske Toplice, 2011., 11.

⁷² WORLD HEALTH ORGANISATION PALLIATIVE CARE, Symptom Management and End of Life Care, IMoAaAIWHO, 2004., u: http://www.ftp.who.int/htm/IMAI/Modules/IMAI_palliative.pdf (1. V. 2009.).

- 3) Duhovna previranja i religiozne nedoumice trebale bi biti tretirane jednako kao i bilo koji drugi medicinski ili socijalni problem, prisutan u ovoj terminalnoj fazi života.
- 4) Duhovnost treba smatrati bolesnikovom vitalnošću, stoga bi trebalo omogućiti njezinu provedbu i primjenu kao integrativni dio palijativne skrbi.
- 5) Modeli pružanja duhovne skrbi trebali bi biti interdisciplinarni.⁷³

Ciljevi duhovne skrbi bili bi: pozvati sve bolesnike da podijele svoja religiozna uvjerenja i duhovna iskustva; proučiti bolesnikova vjerovanja i vrijednosti; pristupiti duhovnim nevoljama (bezvoljnosti, besmislenosti, besciljnosti...) s duhovnim izvorima jakosti (nadom, smislom, svrhom); omogućiti empatijski i suosjećajni pristup; potaknuti bolesnika da pronade u sebi nutarnje snage iscjeljenja i/li prihvaćanja; identificirati duhovne potrebe koje bi bile učinkovite itd.

Sukladno ovim inicijativama, istaknuti moralni teolog Tonči Matulić smatra kako je u palijativnoj medicini nužno voditi računa o sljedećem: »Riječ je o poštivanju prirodnog tijeka događanja uz obvezatnu primjenu palijativnih mjera, a to su smanjivanje bolova na mjeru podnošljivosti, liječenje nuspojava koje neizostavno nadolaze, psihoterapijsko skrbljenje za pacijenta i njegovu obitelj te u danim okolnostima davanje prostora za sveukupnu duhovnu asistenciju kroz duhovne razgovore, ispovijed, bolesničko pomazanje te riječi humane utjehe i suosjećanja, ako su u danim okolnostima ikako mogući.«⁷⁴

S teološkog aspekta briga za umiruće je dio poslanja Crkve i njezina obveza. Sam Gospodin se poistovjećuje s bolesnima: »Bijah bolestan i pohodiste me« (Mt 25,36). Brigom za bolesnike dajemo im ljubav koja potiče povjerenje i nadu, a to im pomaže pomiriti se sa smrću. Svrha duhovne brige za umiruće jest pomoći u vraćanju duhovne vedrine i mira, da bi ono što se činilo da je bez smisla, dobilo smisao i vrijednost.

Na veliku važnost palijativne skrbi ukazuju i brojni osvrti papa tijekom povijesti, a napose blagopokojnog pape Ivana Pavla II. i pape Benedikta XVI., koji su povodom proslava svjetskog dana bolesnika, 11. veljače, opetovano isti-

⁷³ Usp. AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE, Statement on clinical practice guidelines for quality palliative care, u: <http://www.aahpm.org/Practice/default/quality.html> (3. I. 2014.).

⁷⁴ Tonči MATULIĆ, *Medicinsko prevrednovanje etičkih granica: svetost života priklještena između autonomije i tehnicizma*, 143–144.

cali važnost i hvalili rad djelatnika palijativne skrbi,⁷⁵ pozivajući na daljnju promociju i razvitak palijativne skrbi diljem svijeta te potičući na to da se misli i o dobrobiti bolesnika i o egzistenciji njegovih bližnjih/ožalošćenih.

2.4. Potrebe obitelji umirućeg bolesnika

Holistički pristup pacijentu palijativne medicine obuhvaća skrb za pacijenta, jednako kao i za članove njegove obitelji ili osoba koje brinu o njemu.

Palijativna skrb pruža potporu obitelji i drugim bliskim njegovateljima tijekom pacijentove bolesti, pomaže im pripremiti se na gubitak, te im i nakon njegove smrti nastavlja pružati podršku u žalovanju.

U tom je razdoblju kršćanska zajednica pozvana svjedočiti ljubav na djelu. Ta ljubav se treba osobito očitovati kad je riječ o osobama koje proživljavaju stanje kroničnog žalovanja za svojim bližnjima. Njima je nadasve potrebna i vjerska pratnja.

Duhovnost pomaže članovima obitelji shvatiti da patnja ima smisla u prolaznosti života. Duhovna skrb donosi nemjerljiv potencijal poboljšanja kvalitete života pacijentu, članovima obitelji ili osobama koje skrbe o njima. Njezino pružanje s poštovanjem i osjećajnošću doprinosi punini smisla života, vrijednosti osobe. Članovi obitelji i osobe koje skrbe o pacijentu nalaze u tome izvor snage,⁷⁶ jer proživljavaju visoku razinu emocionalnog i socijalnog stresa, pogotovo kada moraju žurno donijeti odluku o primjeni određenog postupka ili intervencije umjesto pacijenta.

Njihove najvažnije potrebe su sigurnost, informacije i prisutnost.⁷⁷ Stoga liječnici, prije obustavljanja umjetnih sredstava za održavanje na životu, trebaju obavijestiti rodbinu o prekidanju beskorisne intervencije, nastupanju

⁷⁵ Jedan poseban vidik prepoznate društvene važnosti i potrebe provedbe palijativne skrbi svakako je i međunarodno priznati Svjetski dan hospicija i palijativne medicine, 9. listopada.

⁷⁶ Za opširniji pristup ovoj tematici, upućujemo na vrijedne izvore podrške: Lidija ARAMBASIĆ, *Gubitak. Tugovanje. Podrška*, Jastrebarsko, 2008.; James William WORDEN, *Savjetovanje i terapija u tugovanju. Priručnik za stručnjake u području zaštite mentalnog zdravlja*, Jastrebarsko, 2005.; Heinrich POMPEY, *Ne ostajljamo umiruće same! Kršćanska iskustva praćenja umirućih*, Đakovo, 1998.; Ika RONČEVIĆ GRŽETA – Karin KULJANIĆ VLAŠIĆ – Ivan HOST – Mirjana PERNAR, *Psihološka pomoć u suočavanju sa zločudnom bolešću. Priručnik za oboljele i članove njihovih obitelji*, Rijeka, 2007.; Tony LAKE, *Kako preboljeti gubitak bliske osobe*, Zagreb, 1992.; Jean MONBOURQUETTE, *Iznova živjeti. kako gubitak može postati poticajem novog rasta*, Zagreb, 2000.

⁷⁷ Usp. Louise Caroline STAYT, *Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care*, u: *Journal of Clinical Nursing*, 18 (2009.) 9, 1267–1275.

neminovne smrti, dajući im vremena za razmišljanje i prihvaćanje tog stanja, organizaciju pogreba i sl., kako bi se mogli emocionalno prilagoditi na gubitak ili na spoznaju da više nema nade za preživljavanje. Navodimo i par konstruktivnih smjernica u obraćanju rodbini oboljele osobe za donošenje terminalnih odluka:

- Objasniti ciljeve skrbi – omogućava liječniku pojasniti medicinske mogućnosti članovima oboljelog ili njemu samome, kako bi bolje razumjeli situaciju u kojoj se nalazi.
- Pojasniti koje su razumne opcije već provedene – to će omogućiti racionalizaciju emotivnih aspekata obitelji, kao surogat-odlučitelja, ali i utemeljiti povjerenje u profesionalnu procjenu liječnika.
- Ne predlagati neadekvatne medicinske tretmane – svi uključeni u donošenje odluke trebaju biti upoznati s beskorisnošću svih dostupnih sredstava koja im stoje na raspolaganju.
- Utemeljiti smjernice i ograničenja za terminalnu fazu – važno je odrediti neki vremenski rok kojim bi oboljeli trebao biti podvrgnut.
- Usmjeriti emocionalnu potporu na bližnje – budući da su oni posebno zahvaćeni tugom, gubitkom, ali i su/odgovornošću za dopuštenje da se isključe sve moguće opcije distanzacije.⁷⁸

Bolest uvijek treba zadržati i svoj društveni vidik. Treba nas poticati na solidarnost s onima koji trpe.

Zaključak

Smrt je sastavni dio svačijeg života i, neminovno, ujedno i njegov kraj. Ona je imanentna životu i raste usporedno s njime. Ako liječnici i svi članovi palijativnog tima nauče da čovjekovo umiranje treba shvatiti kao njegovo posljednje životno ostvarenje, kao velik i lijep, oslobađajući doživljaj,⁷⁹ a ne kao potpuni gubitak, tada ćemo se lakše uspjeti nositi i s vlastitim poimanjem smrti i sa smrću voljenih osoba.

Općepoznati *Gaudeamus igitur*, Wilhelma Kindlebena iz 1781. godine jasno prepjevava: *Vita nostra brevis est, brevi finietur; venit mors velociter, rapit nos atrociter, nemini parcetur*. Način na koji pojedini ljudi dočekuju smrt uvelike se

⁷⁸ Usp. Colleen GALLAGHER – Ryan HOLMES, Handling Cases of Medical Futility, u: *Hec Forum*, 24 (2012.) 2, 95–97.

⁷⁹ Usp. Johann C. HAMPE, *Umire se sasvim drugačije. Doživljaji vlastite smrti*, Zagreb, 1981., 160.

razlikuje od osobe do osobe. Neki je dočekuju spremni, drugi je izbjegavaju svim mogućim medicinskim sredstvima, dok pojedinci u terminalnom stadiju za njome teže. No, svakako, imanentni doživljaj smrti u životu, uvelike je povezan s načinom na koji smo proživjeli život. Stoga je, u tom kontekstu, istinita izjava: *Ars vivendi – ars moriendi*.

Da bi se taj aksiom potvrdio, nužno je da se u umijeću umiranja i preostalog življenja ostvari palijativna skrb, unutar koje bi medicina i vjera integrirano ušle u dinamiku međusobnog poštovanja. Napose je pritom važno uvažavanje duhovne komponente palijativne medicine.

Za palijativnom skrbi vapi sve više neizlječivih bolesnika u terminalnom stadiju, na samom rubu životne egzistencije. To bismo trebali prepoznati kao pastoralnu priliku medicinsko-crkvenog obogaćenja posljednje faze ljudskoga života i dostojanstvenog umiranja. »Neizbježno, svaki ljudski život dolazi do svojega kraja. Osigurati da se to dogodi na dostojanstven, pažljiv i što je moguće manje bolan način, zaslužuje toliki prioritet koliko i svaki drugi. To je prioritet ne samo za liječničku profesiju, za zdravstveni sektor ili za socijalne službe, nego za cjelokupno društvo.«⁸⁰

Upravo je to temeljna premisa palijativne medicine koja naglašava inicijativu da se ostvari pokušaj humaniziranja zdravstvene, psiho-socijalne i duhovne skrbi u terminalnom stadiju života, kojima bi se omogućilo dostojanstvenije umiranje. Umrijeti u dostojanstvu znači umrijeti u pravi trenutak vlastitom naravnim smrću, na način da se poštuju sve holističke sastavnice ljudske osobnosti, tako da umiranje postane osmišljeno i svjesno proživljeno dovršenje života. To je umiranje u miru sa samim sobom, s drugima i s Bogom.⁸¹

Duhovnost je izrazito važna u modernoj palijativnoj medicini kao njezin integralni dio. Iznimno je važno poštovati duhovna vjerovanja i vrijednosti bolesnika, liječiti ih uvijek s uvažavanjem njihova dostojanstva i biti svjestan patnje koju ovi bolesnici proživljavaju, kako bi se što lakše oprostili sa životom i pomirili sa smrću.

Duhovna skrb koju promiče kršćanska vjera ne skriva smrt niti umanjuje njezino značenje. Smrt uvijek znači bol, potresenost, rastanak, odlazak. Ipak, s vjerom u uskrsnulog Gospodina »mi ne tugujemo kao ostali koji nemaju nade« (1 Sol 4,13).

⁸⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION, The World health report. Conquering suffering enriching humanity, u: <http://www.who.int/whr/1007/presse.htm> (10. VII. 2008.).

⁸¹ Usp. Valentin POŽAIĆ, Umrijeti u ljudskom dostojanstvu, u: Valentin POŽAIĆ (ur.), *Pred licem smrti*, Zbornik radova, Zagreb, 1990., 206.

Summary

**PALLIATIVE CARE AND MEDICAL-SPIRITUAL NEEDS
OF TERMINALLY ILL PATIENTS**

Suzana VULETIĆ

Catholic Faculty of Theology in Đakovo, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek
Petra Preradovića 17, p.p. 54, HR – 31 400 Đakovo
suzanavuletic007@gmail.com

Brankica JURANIĆ

Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek
Josipa Huttlera 4, p.p. 392, HR – 31 000 Osijek
juranicbrankica@gmail.com

Štefica MIKŠIĆ

Faculty of Medicine, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek
Josipa Huttlera 4, p.p. 392, HR – 31 000 Osijek
steficamiksic@gmail.com

Željko RAKOŠEĆ

Kardinala A. Stepinca 27, HR – 31 000 Osijek
zeljko.rakosec@zg.t-com.hr

According to the powerlessness of medicine to respond effectively to the growing number of lethal outcomes of the diseases, in recent years occurred an intense need for the establishment of palliative medicine, hospice movement and therapeutic applications of spiritual care. The purpose of these was to allow holistic relieve of physical pain and psychological suffering with the medical and spiritual care for the patients with progressive incurable diseases, to enhance the quality of remaining life and the allowance of dignified dying.

To achieve that aim, this article describes the basic features, organizational forms, legal framework, the establishment and access to palliative care, while taking into account the medical and spiritual needs of terminal patients.

Keywords: *palliative medicine, integrative care, holistic approach, spiritual care, dying with dignity.*