

Kršćanska strategija žalovanja u palijativnoj skrbi, iz perspektive umirućih i tugujućih

Martinuš, Valentina

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Catholic Faculty of Theology in Đakovo / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:120:317907>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Catholic Faculty of Theology](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
KATOLIČKI BOGOSLOVNI FAKULTET U ĐAKOVU**

**KRŠĆANSKA STRATEGIJA ŽALOVANJA
U PALIJATIVNOJ SKRBI.
IZ PERSPEKTIVE UMIRUĆIH I TUGUJUĆIH**

Diplomski rad

Mentor:

Prof. dr. sc. Suzana Vuletić

Studentica:

Valentina Martinuš

Đakovo, 2023.

„Ako u svjetlosti hodimo, kao što je On u svjetlosti, imamo zajedništvo jedni s drugima i krv Isusa, sina njegova, čisti nas od svakoga grijeha.“ (1 Iv, 7)

Prije svega, želim zahvaliti dragom Bogu na mogućnosti studiranja bez obzira na razne poteškoće koje su se događale tijekom studiranja.

Veliku zahvalu izražavam svojoj mentorici, prof.dr.sc. Suzani Vuletić.

Hvala na pomoći za izradu ovog rada, kao i za pružene savjete tijekom studiranja.

Hvala svim prijateljima, kolegama, profesorima, župnoj zajednici sv. Luke - Josipovac 2 i slučajnim prolaznicima koji su bili dio mojih studentskih dana i zbog kojih je ovih šest godina prošlo upravo tako kako je prošlo, jer da je bilo drugačije, ne bi valjalo.

Hvala mojim članovima obitelji, mojoj sada pokojnoj baki Vesni i djedu Zlatku. Uvijek su me podržavali u svemu, čak i kad im nije bilo jasno što radim i zašto to želim raditi.

Ovaj diplomski rad posvećujem svojoj voljenoj i nikad neprežaljenoj baki Vesni, koja je preminula tijekom moga studiranja, a bolovala je od raka.

Sadržaj

<i>Sažetak</i>	4
<i>Summary</i>	5
UVOD	6
1. PALIJATIVNA SKRB	8
1.1. Temeljne odrednice palijativne medicine.....	10
1.2. Holističke dimenzije integrativnog tretmana boli i patnje palijativne skrbi.....	12
1.3. Interdisciplinarna uključenost profesionalnih timova u pružanju palijativne skrbi.....	13
2. PRUŽANJE SKRBI UMIRUĆIMA I OŽALOŠĆENIMA	15
2.1. Potrebe umirućih i ožalošćenih.....	16
2.1.1. Potrebe biološke razine.....	16
2.1.2. Psihološke i emocionalne potrebe.....	17
2.1.3. Duhovne potrebe.....	18
2.2. Pružanje sućutne podrške umirućima.....	20
2.3. Pružanje utjehe ožalošćenima.....	21
3. KONCEPTI NORMALNIH I PATOLOŠKIH OBLIKA TUGOVANJA	24
3.1. Kompleksne manifestacije žalovanja na integrativnim antropološkim razinama.....	24
3.2. Normalne reakcije tugovanja.....	25
3.3. Patološki oblici žalovanja.....	28
4. TEMELJNA NAČELA I POSTUPCI SAVJETOVANJA PRUŽANJA PODRŠKE UMIRUĆIMA I TUGUJUĆIMA	31
4.1. Tehnike suočavanja, opraštanja i zadaci žalovanja.....	31
4.2. Uloge interdisciplinarnog tima u palijativnom pružanju podrške.....	34
4.2.1. Medicinsko osoblje.....	35
4.2.2. Psiholozi i psihijatri.....	37
4.2.3. Socijalni radnici.....	38
4.2.4. Volonteri.....	38
4.2.5. Teolozi i duhovnici.....	38
5. PASTORALNA STRATEGIJA KRŠĆANSKOG SUOČAVANJA SA ŽALOVANJEM	41
5.1. Vjerničko osmišljenje patnje, boli i smrti.....	41
5.2. Eshatološka dimenzija smrti.....	42
5.3. Pastoral umirućih i ožalošćenih.....	43
ZAKLJUČAK	47
BIBLIOGRAFIJA	48

Sažetak

Diplomski rad nastoji analizirati nedovoljno zastupljeni aspekt pružanja službi žalovanja, koji se navodi kao jedan od integralnih elemenata organizacije palijativne skrbi.

U shematskom presjeku sadržaja, polazi se od prikazivanja temeljnih odrednica palijativne medicine koja u sebi uključuje interdisciplinarnu suradnju različitih profesionalnih timova u pružanju palijativne skrbi, kako bi se zadovoljile holističke dimenzije integrativnog tretmana boli i patnje.

U pružanju podrške terminalnim bolesnicima, umirućima i njihovim ožalošćenima, ističu se kompleksne dimenzije, ne samo materijalno-bioloških konotacija, ublažavanja boli; već i psihološko-emosivnih potreba za očuvanjem samopoštovanja - pažnjom i pripadanjem – suosjećanjem i komunikacijom te pristup duhovnim potrebama umirućih i ožalošćenih.

Pri tom je važno ukazati na koncepte normalnih i patoloških oblika tugovanja, koje zahvaćaju sve integrativne antropološke razine te im je nužno adekvatno pristupiti ukazivanjem temeljnih strateških načela savjetovanja, tehnikama suočavanja, opraštanja i indikativnim zadacima žalovanja, u kojem važnu ulogu, kao članovi interdisciplinarnog tima čine: medicinsko osoblje, psiholog, socijalni radnici, volonteri i teolozi, svaki sa svojim specifičnostima.

Njihov je sinergijski zadatak nastojati ostvariti holistički pristup palijativne skrbi, gdje se poseban naglasak stavlja na kršćanski koncept pastoralne strategije vjerničkog suočavanja s patnjom, boli i smrću kroz prizmu eshatološke dimenzije i pastoralu umirućih i ožalošćenih.

Ključne riječi: *palijativna skrb, interdisciplinarni tim, žalovanje/tugovanje, holistički pristup, pastoral umirućih i ožalošćenih.*

Summary

CHRISTIAN STRATEGY OF MOURNING IN PALLIATIVE CARE. FROM THE PERSPECTIVE OF THE DYING AND THE GRIEVING

This final work tries to analyze an underrepresented aspect of providing bereavement services, which is comprehended as one of the integral element of the organization of palliative care.

In the schematic cross-section of the content, it starts from showing the basic determinants of palliative medicine, which includes the interdisciplinary cooperation of different professional teams in the provision of the palliative care, in order to meet the holistic dimensions of the integrative treatment of pain and suffering.

In providing support to the terminally ill, the dying and their bereaved ones, the complex dimensions are not only directed toward to the material and biological connotations, of pain relief; but also, to the psychological-emotional needs for preserving self-respect - attention and belonging - compassion and communication as also to the access of the spiritual needs of the dying and bereaved ones.

At the same time, it is important to point out the concepts of normal and pathological forms of grieving, which involve all integrative anthropological levels, and it is necessary to adequately approach them by indicating the basic strategic principles of counseling, coping techniques, forgiveness and indicative tasks of grieving, in which an important role, as members of an interdisciplinary team, are: members of the medical staff, psychologists, social workers, volunteers and theologians, each one with their own specificities.

Their synergistic task is to strive to achieve a holistic approach to palliative care, where special emphasis is placed on the Christian concept of a pastoral strategy of faithful, dealing with suffering, pain and death through the prism of the eschatological dimension and pastoral care of the dying and bereaved.

Key words: *palliative care, interdisciplinary team, bereavement/grieving, holistic approach, pastoral care of the dying and bereaved.*

UVOD

Unatoč napretku sofisticirane medicine, sve se više suočavamo s besperspektivnim dijagnozama terminalnog toka koje nam odnose živote naših bližnjih i ostavljaju nas duboko potresenima zbog žalosti koja nastupi njihovim gubitkom.

Porazne statistike sve većeg broja rastućih neizlječivih i kroničnih bolesti zahvaćaju sve dobne skupine i kod nekih traju relativno kratko, a u pojedinim slučajevima i neizmjerljivo dugo. Sveopća im je zajednička značajka neopisiva bol i patnja, i onih koji to sve izravno proživljavaju, i onih koji skrbe o njima, i za vrijeme trajanja bolesti i nakon što bolest uzme životni danak bližnjih. To je sve ponekad teško izdržati.

„Gledati patnju i bol drage nam osobe, a ne moći učiniti ništa za njezin oporavak, iz dana u dan ju gledati kako postupno umire ili doživjeti nečiju naglu smrt, najteži su egzistencijalni problemi s kojim se moramo, najprije sami suočiti, a potom i s onima koje smrt izravno pogađa, a naposljetku i s ožalošćenima, koji ostaju iza smrti bližnjega.“¹

Zaintrigirani tom neizbježnošću svih naših životnih suočavanja, odabrali smo upravo ovu temu diplomskog rada, smatrajući kako ćemo njome dodatno senzibilizirati crkveni pastoral i mobilizirati šire društvene socijalne snage u osmišljavanju korisnih strategija pružanja podrške umirućima i ožalošćenima, koja, nažalost, uvelike i posvuda izostaje i svoje adresate ostavlja prepuštene samima sebi u agoniji tuge i neutješnog žalovanja.

Stoga ćemo u prvoj cjelini prikazati opće značajke palijativne skrbi koja je prepoznala ovo teško egzistencijalno stanje, nošenja s predstojećim gubitcima, sa svojom holističkom filozofijom i integrativnim sagledavanjem bolesti, boli i patnje.

U drugoj cjelini analizirati konkretne potrebe na koje bi trebalo adekvatno odgovoriti pružanjem kliničke skrbi i duhovne podrške, ne samo terminalnim bolesnicima, već i njihovim bližnjima, kako u procesu postupnog gašenja vitalnih funkcija bolesnika, tako i nakon ugasnuća života.

Taj kompleksni zadatak širokog kruga psiholoških-emocionalnih-duhovnih-tjelesnih manifestacija, povjeren je interdisciplinarnim timovima koji bi trebali prevenirati i omogućiti pratnju u cjelokupnom procesu umiranja i žalovanja kako normalan aspekt tugovanja ne bi skrenuo u smjeru patološkog žalovanja, što će biti prikazano u trećoj cjelini diplomskog rada.

U četvrtom dijelu ove radnje nastojat ćemo prikazati temeljna načela i postupke savjetovanja pružanja podrške tugujućima s konkretnim tehnikama suočavanja, opraštanja i

¹ I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutki prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima*, Sveta Nedjelja, 2016., 365.

zadacima žalovanja, koje će biti zaokruženo petom cjelinom, interdisciplinarnim nadopunjavanjem pastoralne strategije kršćanskog suočavanja sa žalovanjem, vjerničkim osmišljanjem patnje, boli i smrti, iščekivanjem eshatološke nade, obećane kršćanima, koja nam ulijeva pouzdanje da „ne tugujemo kao ostali koji nemaju nade“ (*1 Sol 4,13*) te „blago ožalošćenima: oni će se utješiti!“ (*Mt 5, 1-12*).

1. PALIJATIVNA SKRB

Palijativna skrb je grana medicine za čijom potrebom vapi veliki broj terminalnih bolesnika. Prema preporukama *Europskog udruženja za palijativnu skrb*, procjena potreba za nekim oblikom palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života. Procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja u Republici Hrvatskoj u rasponu je između 349 i 429.²

Nažalost, palijativno zbrinjavanje i dostupnost hospicija nisu dovoljno zastupljeni u hrvatskom zdravstvu, niti u socijalnoj svijesti. Činimo to bijegom, zbog teškoće suočavanja sa smrću ili pod izgovorom nedostatnih materijalnih resursa predviđenih za zdravstvo. U prilog toj tvrdnji, navodimo citat iz jedne od rijetkih stručnih knjiga na hrvatskom govornom području, koja interdisciplinarno pristupa ovoj zahtjevnoj i zanemarenoj temi, kada u svom uvodu navodi:

„Dok živimo, često se ne pitamo o smrti. Iako se ponašamo kao da ćemo živjeti vječno, vrijeme je prolazno i svaki čas može biti posljednji. Tek kad se suočimo s gubitcima bližnjih ili s neizlječivom bolešću, počnemo na prolaznost i neponovljivost života gledati drugim očima, jer smrt nekoga koga smo voljeli donosi značajne promjene u životu ožalošćenih.“³

No tek tada, nastupa niz problema u nemogućnosti suočavanja, nedostatnoj podršci i egzistencijalnoj nemogućnosti nošenja s gubitcima. Toga su svjesni svi u društvu, od samih terminalnih/palijativnih bolesnika, njegovih bližnjih, medicinskog osoblja koje ih prati, sve društvene socijalne i političke strukture, koje se nedovoljno posvećuju boljem ostvarenju prava umirućih osoba. Toga je svjesna i Parlamentarna skupština Vijeća Europe, kada u svojoj *Preporuci 1418 (1999.) 1, O zaštiti ljudskih prava i dostojanstva neizlječivo bolesnih i umirućih* izričito navodi da su temeljna prava koja proizlaze iz dostojanstva smrtno bolesne ili umiruće osobe, danas su ugrožena nizom čimbenika:⁴

² REPUBLIKA HRVATSKA, MINISTARSTVO ZDRAVSTVA, *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi U Republici Hrvatskoj 2017.-2020.*. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017.pdf>, 9. (29.6.2023.)

³ I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima*, Sveta Nedjelja, ovdje 15.

⁴ Usp. PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL THE EUROPE, Recommendation 1418 (1999.) 1 On the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, u: Council of Europe, *Texts of the Council of Europe on bioethical matters*, Volume II, Human Rights Policy and Development Department Bioethics Unit, Strasbourg, 2014., 45-48., ad.7.

- nedovoljan pristup palijativnoj skrbi i dobrom zbrinjavanju boli
- često nedostatno liječenje tjelesne patnje i neuzimanje u obzir psiholoških, društvenih i duhovnih potreba; umjetno produljenje procesa umiranja primjenom nerazmjernih medicinskih mjera ili nastavkom liječenja bez pristanka bolesnika
- nedostatak stalne edukacije i psihološke podrške za zdravstvene djelatnike koji rade u palijativnoj medicini
- nedovoljna skrb i podrška rodbini i prijateljima terminalno bolesnih ili umirućih pacijenata, koja bi inače mogla ublažiti ljudsku patnju u njezinim različitim dimenzijama
- strah pacijenata da će izgubiti svoju autonomiju i postati teret i potpuno ovisni o svojoj rodbini ili institucijama
- nedostatak ili neadekvatnost društvenog, kao i institucionalnog okruženja u kojem se netko može mirno oprostiti od svoje rodbine i prijatelja
- nedovoljna dodjela sredstava i resursa za skrb i podršku neizlječivo bolesnima ili umirućima
- društvena diskriminacija svojstvena slabosti, umiranju i smrti.

Da se situacija poboljša, *Svjetska zdravstvena organizacija* proglasila je pravo na palijativnu medicinu jednim od osnovnih ljudskih prava na zdravstvenu zaštitu te je pozvala sve države članice da integriraju palijativnu skrb u zdravstvenu zaštitu na svim razinama (primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj) kontinuitetom skrbi (od trenutka kada patnja proizlazi od bolesti počinje sve do smrti pacijenta, a zatim se nastavlja u obliku potpore obitelji).⁵

Potaknuta tim, Vlada Republike Hrvatske 2013. godine usvojila je *Strateški plan palijativne skrbi Republike Hrvatske za razdoblje od 2014. do 2016.*⁶, te potom i *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.*⁷ godine izrađen prema

⁵ WORLD HEALTH ASSEMBLY, WHA67.19 *Strengthening of palijative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2014. Dostupno na: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf%5Chttp://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf>. (17.12.2022.)

⁶ REPUBLIKA HRVATSKA, MINISTARSTVO ZDRAVSTVA, *Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.* Dostupno na: https://www.kbc-rijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf. (29.6.2023.)

⁷ REPUBLIKA HRVATSKA, MINISTARSTVO ZDRAVSTVA, *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi U Republici Hrvatskoj 2017.-2020.* Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020%20usvojen%2018.10.2017.pdf>. (29.6.2023.)

*Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*⁸ u kojoj se opisuju organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi.

Da bismo dobili što cjelovitiji uvid u široki spektar koji palijativna skrb nastoji pokriti svojom nadležnošću, u uvodnoj cjelini, krenut ćemo od predstavljanja temeljnih odrednica palijativne skrbi koja nastoji uvažiti holističke dimenzije integrativnog tretmana boli i patnje palijativnih bolesnika i njegovih bližnjih, što je u nadležnosti interdisciplinarnе uključenosti profesionalnih timova u pružanju palijativne skrbi.

1.1. Temeljne odrednice palijativne medicine

Danas je sve veći broj osoba koje u terminalnom stadiju onkološke ili neke druge kronične bolesti zahtijevaju poseban oblik skrbi koji više ne stavlja naglasak na liječenje, već na poboljšanje kvalitete života i ublažavanje simptoma bolesti, što je u nadležnosti palijativne medicine.⁹ Nju je počeo zagovarati i sam blagopokojni papa Ivan Pavao II. u važnoj enciklici o vrijednosti ljudskoga života.

„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.“¹⁰

Ta se grana medicine svrstava na primarnu razinu zdravstvene zaštite i poistovjećuje sa sintagmama kao što su: hospicijska skrb, terminalna skrb, suportivna skrb ili skrb na kraju života, koja se počinje primjenjivati od trenutka kada se utvrdi da je životu u dogledno vrijeme kraj¹¹, no u pojedinim slučajevima i već od samog trenutka dijagnosticiranja neizlječive bolesti. *Hospicijska skrb* jest skrb za cijelu osobu, s ciljem da zadovolje potrebe fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne naravi. *Supportivna skrb* je dio onkološke skrbi, dok je palijativna skrb zasebno područje koje obuhvaća sve pacijente s bolestima opasnim po život. *Skrb na kraju života* može se koristiti kao sinonim za palijativnu skrb ili hospicijsku skrb, gdje se kraj života (u širem smislu), može shvatiti razdobljem od jedne do dvije godine tijekom kojih pacijent/obitelj i zdravstveni radnici postaju svjesni da ta bolest ograničava trajanje života.

⁸ *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi* (2010). Dostupna na: www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D...736. (2.6.2023.)

⁹ Za opširniji pristup palijativnoj skrbi vidi: S. VULETIĆ; B. JURANIĆ; Š. MIKŠIĆ; Ž. RAKOŠEC, *Palijativna skrb*, u: D. Puntarić; I. Stašević; D. Ropac et al., *Javno zdravstvo*, Zagreb, 2017., 236.–248.

¹⁰ IVAN PAVAO II, *Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života, Evandjelje života - Evangelium vitae*, (25. 3. 1995.), Zagreb, 1995., br. 65. (Ubuduće citirano kraticom: *EV*)

¹¹ Usp. A. JUŠIĆ, *Palijativna medicina – palijativna skrb*, u: *Medicus* 10 (2001.) 2., 247.-252.

Skrb na kraju života (u užem smislu), predstavlja sveobuhvatnu skrb za umiruće pacijente u posljednjih nekoliko sati ili dana života (posljednjih 48 ili 72 sata).¹²

Svim ovim navedenim definicijama možemo ustvrditi da je palijativna medicina grana medicine koja se bavi olakšavanjem boli u završnim fazama neizlječivih bolesti, skrbeći se za optimalnu kvalitetu života sve do smrti. Svjetska zdravstvena organizacija, definira ju kao:

„Pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji koji se suočavaju s problemom koji je povezan sa životno ugrožavajućom bolesti, na način da sprječava i ublažava patnju pomoću rane identifikacije i besprijekornog procjenjivanja i liječenja boli i drugih problema kao i fizičke, psihosocijalne i duhovne pomoći.“¹³

Palijativna skrb prikladna je za sve pacijente od trenutka kad im je dijagnosticirana za život opasna ili iscrpljujuća bolest, koja obuhvaća populaciju pacijenata širokog raspona dijagnostičkih postupaka koji žive s trajnim ili ponavljajućim stanjem koje negativno utječe na svakodnevno funkcioniranje ili će predvidivo skratiti očekivani životni vijek.¹⁴ U tu kategoriju pripadaju ozbiljna oboljenja poput karcinoma, srčanih oboljenja (osobe s naprednim zatajenjem srca), plućnih bolesti, bubrežnih bolesti, Alzheimerove bolesti, Parkinsonove bolesti, AIDS-a, amiotrofične lateralne skleroze (ALS) i multiple skleroze te osobe na čekanju transplantacije solidnih organa.¹⁵

Umjesto agresivnog pristupa, bolesnicima pruža jedan sasvim drugačiji pristup sagledavajući njihovu patnju na kompleksnim holističkim razinama, zaogrćući ga plaštem/*palijem* suosjećanja, utjehe, uvažavanja osobnih preferencija i olakšavanja posljednjih trenutaka, socijalnom, psihološkom i duhovnom potporom. Time „obuhvaća tri osnovna područja: smirivanje simptoma boli, psihosocijalnu pomoć bolesniku i njegovoj obitelji te etičke probleme vezane uz umiranje“.¹⁶

No palijativna skrb je puno više od ove šture definiranosti. „Cijeli koncept palijativne skrbi obuhvaća strukturu i proces zbrinjavanja bolesnika, fizičke aspekte zbrinjavanja, psihosocijalni i psihijatrijski, socijalni, duhovni, religijski, egzistencionalni te kulturološki

¹² Usp. S. VULETIĆ; B. JURANIĆ; Š. MIKŠIĆ; Ž. RAKOŠEC, Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika, u: *Bogoslovska Smotra* 84 (2014.) 4., 881.-906.; ovdje: 883.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION, Dostupno na: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (1.6.2023.)

¹⁴ Usp. COUNCIL OF EUROPE, *Recommendation Rec (2003) 24* of the Committee of Ministers to member states *On the organisation of palliative care*, 2003. Dostupno na: [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) (1.6.2023.)

¹⁵ Usp. S. VULETIĆ, *Dileme kliničke bioetike. U perspektivi medicinskog personalizma i kršćanske deontologije*, Zagreb, 2023., 716.

¹⁶ M. BRKLJAČIĆ et al. (ur.), *Palijativna medicina – temeljna načela i organizacija, klinički pristup terminalnom bolesniku, medicinska etika*, Rijeka, 2013., 31., 20.

aspekt zbrinjavanja, kao i samo zbrinjavanje umirućeg bolesnika i etička i legalna pitanja koja su uz to vezana¹⁷.

Takvim pristupom, palijativna se skrb zalaže za produljenje života oboljelih i nije usmjerena isključivo na bolesnika, već u obzir uzima i članove njihove obitelji. Njih je također potrebno podučiti o važnosti pravovremenog pružanja kvalitetne palijativne skrbi, ali isto tako pomoći im i u procesu žalovanja koji će uslijediti nakon gubitka voljene osobe ili člana obitelji.

Slijedeći ta načela u radu s palijativnim bolesnicima osigurava im se kvalitetan ostatak života, bez nepotrebnoga bola i patnje, a osigurava se i da obitelj i nakon smrti bolesnika ima osiguranu potporu u različitim fazama popratnog žalovanja.

Pri tom višestrukom zadatku, palijativna skrb tretira, ne samo biološke, već i socijalne, psihološke i duhovne potrebe terminalnih bolesnika i njihovih bližnjih, tako da možemo slobodno reći da ona zahvaća sve holističke dimenzije čovjeka, shvaćenog u integralnom smislu, neodvojivosti tjelesnog od psihološkog i duhovnog distresa koje terminalna bolest sa sobom nosi i odnosi.

1.2. Holističke dimenzije integrativnog tretmana boli i patnje palijativne skrbi

Praksa palijativne medicine pojavila se s modernim hospicijskim pokretom koji se temelji na filozofiji cjelovitog tretmana čitave osobe, kojim su se nastojale prepoznati složene potrebe umirućih bolesnika koje nadilaze konvencionalni medicinski pristup razumijevanja i liječenja bolesti, odnosno, gdje kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapijskim kao i znanstveno-tehnološkim pristupom više ne može pomoći oboljelima¹⁸ jer se njegova bol i patnja odražava na totalno/cjelokupno biće.

Kod palijativnih se bolesnika konkretno odražava kroz: fizičku bol, emocijsku bol – anksioznost, depresiju, socijalnu bol; – gubitak samokontrole, identiteta, tjelesnosti...; te egzistencijalnu bol – brige i strah od smrti.¹⁹ U palijativnoj se skrbi tako susrećemo s

¹⁷ V. DEMARIN; S. MOROVIĆ, Palijativna skrb u specijalističkim službama, u: V. Đorđević; M. Braš; L. Brajković, *Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti*, Zagreb, 2013., 17.

¹⁸ Usp. S. VULETIĆ; B. JURANIĆ; Š. MIKŠIĆ; Ž. RAKOŠEC, Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika..., 882.

¹⁹ Usp. B. HIŽMAN; D. SOLDI; V. COROVEKI-NEKIĆ; Z. OŽVAČIĆ-ADŽIĆ; G. PETRIČEK; M. KATIĆ, Palijativna skrb – najučestaliji simptomi kod pacijenata i mogućnosti liječenja na području grada Varaždina, u: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora (ur.), *Procjena zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba pacijenata. Prevencija kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini. Položaj obiteljskog liječnika u današnjem sustavu zdravstva. Slobodne stručne teme*, Zbornik radova, Deveti kongres H. D. O. D. – H. L. Z., Rovinj, 2009., 130.

konceptom „totalne boli“, koja obuhvaća, ne samo biološku dimenziju boli čovjeka, već i psihološko-emotivnu-duhovnu razinu patnje.

Samim time, svaka bol uključuje oba aspekta i nužno treba biti uzeta u obzir pri holističkoj njezi bolesnika, a posebice kod terminalnih pacijenata.

Holistička skrb jest zdravstveni pristup u kojem se ostvaruju komplementarne terapije koje se temelje na filozofiji skrbi koja promovira dobrobit cjelokupnih dimenzija osobe²⁰, zahvaćajući dimenzije i biološke boli i psihološko-duhovne dimenzije patnje.

„Riječi *bol* i *patnja* toliko se često koriste zajedno u kliničkoj praksi da se ponekad čini da postaju sinonimi. Međutim, možemo ih razlikovati. Bol je osjećaj koji se javlja zbog narušenoga zdravstvenog stanja, bolesti određenoga organa, a očituje se više na tjelesnoj razini. Patnja je stanje koje može biti uzrokovano tjelesnim bolom, ali se očituje i na psihološkoj i na duševnoj razini. Patnja je složenija pojava koja u sebi krije psihološke, fizio-patološke, emotivne i afektivne dimenzije.“²¹ To, nažalost, nije u nadležnosti samo jedne medicinske struke, već zahtijeva niz socijalnih profesija u pružanju holističkog, integrativnog tretmana.

1.3. Interdisciplinarna uključenost profesionalnih timova u pružanju palijativne skrbi

Kako bi se zadovoljile sve potrebe palijativnog bolesnika i osigurao pristup integralne zdravstvene njege, potreban je tim različitih stručnjaka s interdisciplinarnim pristupom rada i određenim znanjem i vještinama u svim oblicima skrbi. Njihova osnovna zadaća je pružanje opće i specijalizirane skrbi: pružanje fizičke, psihološke, socijalne i duhovne potpore metodama koje proizlaze iz interdisciplinarnog, kolaborativnog i timskog pristupa.²²

„Palijativna skrb može biti organizirana putem timova konzilijarnih službi (u bolnici, privatnoj praksi, Domovima umirovljenika, Domu za starije i nemoćne osobe ili u kućnom okruženju), koji se sastoje od liječnika, medicinske sestre i/ili socijalnih radnika, psihologa, ljekarnika, duhovnika, volontera. Bolničke jedinice (akutna ili rehabilitacijska bolnica, Domovi umirovljenika, Dom za starije i nemoćne osobe) mogu biti zasebne jedinice ili u kombinaciji sa samostalnim hospicijem. Moguće su i različite kombinacije službi kao na primjer: kombinacija tima za konzilijarne usluge i bolnička jedinica (bolnica i Domovi umirovljenika, Dom za starije i nemoćne osobe); kombinacija hospicijskog programa i programa palijativne skrbi (bolnica i

²⁰ Usp. D. J. BENOR, *Wholistic integrative care*, (1999.) Dostupno na: <http://www.wholistichealingresearch.com/wholisticintegrativecare.html> (7.2.2023.)

²¹ I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima...*, 35.; 37.

²² Usp. M. ŠAMIJA, M. BRKLJAČIĆ, *Palijativna skrb - ustroj u: M. BRKLJAČIĆ, et al., (ur.), Palijativna medicina: temeljna načela i organizacija...*,32.-33.

Domovi umirovljenika, Dom za starije i nemoćne osobe) određene samostalne hospicijske ustanove; Bolnička ili privatna ambulantna praksa palijativne skrbi ili klinika; Hospicijska palijativna skrb u vlastitom domu; Hospicijska konzilijarna služba u ambulantskim ustanovama.²³ U svijetu su prisutni i drugi modeli poput dnevne bolnice ili službe palijativnih mobilnih timova.

Unutar svih navedenih specijaliziranih i nespecijaliziranih jedinica mogu surađivati predstavnici različitih disciplina.

Za provedbu palijativne skrbi nužno je okupljanje različitih stručnjaka, liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, fizioterapeuta, svećenika, dijetetičara, psihologa i volontera koji svaki iz svoje perspektive procjenjuju stanje bolesnika, ali zajedno planiraju ciljeve skrbi i implementaciju istog.

Prava snaga interdisciplinarnog timskog rada je u uspješnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju, kompetentnosti članova tima, ravnopravnoj ulozi i zajedničkom radu na realizaciji ciljeva.

Interdisciplinarni rad zahtijeva posebne ljudske i profesionalne kvalitete te predanost timskom radu. Temelj funkcioniranja tima zasniva se na stalnom konsenzusu u donošenju odluka, na obrascu uspješne komunikacije između različitih profesija i filozofija skrbi baziranoj na bolesnikovim potrebama, bolesniku kao subjektu i obitelji kao važnom čimbeniku.²⁴

U procesu bolesti terminalnog bolesnika, osim tretmana biološke boli i psihološko-duhovne dimenzije patnje, zadaća je medicinskog osoblja pravovremeno i cjelovito informirati obitelj o zdravstvenom stanju umirućeg te ju podučiti vještinama pružanja njege²⁵, a nakon nastupljene smrti, nastaviti im pružati psihološku i duhovnu skrb, potporom, službama žalovanja. O tome ćemo govoriti u drugoj cjelini ovoga rada.

²³ V. DEMARIN; S. MOROVIĆ, Palijativna skrb u specijalističkim službama, u: V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković, *Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti...*, 18.

²⁴ Usp. Š. OZIMEC VULINEC, Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi, u: V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković, *Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti...*, 105.

²⁵ Usp. M. CICAČ, Obitelj u palijativnoj skrbi, u: Ljetopis socijalnog rada 2008., 15 (1), 113-130.

2. PRUŽANJE SKRBI UMIRUĆIMA I OŽALOŠĆENIMA

Pružanje skrbi umirućima i ožalošćenima je vrlo zahtjevan i naporan proces koji uključuje skrb oko brojnih bioloških, psiholoških, emocionalnih i duhovnih dimenzija, kako terminalnih bolesnika, tako i njegovih bližnjih.

Stoga i ne čudi da je ova grana palijativne medicine toliko zanemarena u društvu. Djelomično se uzrok krije u nedostatnim ekonomskim i smještajno-hospicijskim resursima, nedovoljnoj educiranosti, no, i socijalnoj ne-osviještenosti.

„Stanje u kojem se nalaze terminalni bolesnici obično je označeno tjelesnom boli, nastalom uslijed progresivnog pogoršanja funkcija, opažanja da simptomi, osobito posljednjih tjedana života sve više postaju izvor potištenosti, zbog gubitka vlastite uloge, zbog poteškoća ili nemogućnosti komunikacije s bliskim osobama, zbog samoće, nekad i zbog ekonomskih poteškoća, gubitka moralnih i religioznih vrijednosti.“²⁶

S obzirom na tu kompleksnu zadaću, „među stručnjacima za palijativnu skrb diljem europskih zemalja priznat je skup zajedničkih vrijednosti. One uključuju vrijednost pacijentove autonomije i dostojanstva, potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka te holistički pristup.“²⁷ Njih je potrebno u najvećoj mjeri uvažavati sukladno bioetičkom principu *načela autonomije*.

Taj zadatak ne staje samo na palijativnom bolesniku, već uključuje i sve one koje ga na tom putu prate i nastavljaju tugovati te im je potrebna suportivna palijativna skrb, službama žalovanja.

Među temeljnim ciljevima palijativne provedbe navodi se nekoliko ključnih predispozicijskih karakteristika osoba koje bi je trebale pružati: podržati komunikaciju i kvalitetan međusobni odnos; pobrinuti se da se pacijent osjeća sigurno i zaštićeno; biti osjećajan prema pacijentovim strahovanjima u procesu umiranja; poštovati pacijentova očekivanja u načinu okončavanja života; posvetiti pozornost pacijentovim željama i osjećaju vlastitog blagostanja; pomoći pacijentu pronaći unutarnju snagu; ponuditi religiozne obrede koji su pacijentu važni; pružiti duhovnu skrb i vidjeti je kao posebnu dimenziju; upoznati i prihvatiti vlastitu ranjivost; biti sposoban učiti od vlastitih pacijenata i imati interdisciplinarni tim kada je potreban.²⁸

²⁶ Usp. M. ARAMINI, *Uvod u bioetiku*, Zagreb, 2009., 313.

²⁷ *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi*, Dostupno: www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736 (3.3.2023.)

²⁸ Usp. M. VERMANDERE; J. DE LEPELEIRE et al., Spirituality in palliative home care: a framework for the clinician, *Support Care Cancer*, 21. (2013.) 21., 1061., u: S. VULETIĆ, *Dileme kliničke bioetike. U perspektivi medicinskog personalizma i kršćanske deontologije...*, 716.

2.1. Potrebe umirućih i ožalošćenih

U palijativnoj skrbi, glavni ciljevi određuju se prema zdravstvenom stanju oboljeloga, te idu od kurativnog liječenja do palijativne skrbi koja ima za svrhu očuvanje dostojanstva, suosjećanje, uvažavanje potreba oboljeloga, komunikaciju, a najviše smanjenje boli.²⁹

Potrebe umirućih općenito bi bile 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.³⁰

No, neminovno je nužno pratiti suportivnom skrbi i obitelji palijativnog bolesnika kod kojih se javlja sućutni umor te nerijetko i pojava PTSP-a i sindroma sagorijevanja. Potrebe ožalošćenih kreću se oko pružanja psihološke i duhovne te socijalne podrške da bi se osobama u pratnji olakšalo nošenje s predstojećim gubitkom, pomoglo u organizaciji s neminovnim smrtnim očekivanjem i, nakon smrti bližnjega, osigurala psihološka i duhovna podrška kako bi se gubitak uspio bar djelomično prihvatiti i postići psiho-socijalni prijelaz i oporavak kako osoba ne bi zapela u stanju kroničnog žalovanja ili nekog oblika patološkog tugovanja.

Nastojat ćemo pobliže opisati svaku od ovih integrativnih razina, kojima bi u sklopu palijativne medicine trebalo pristupiti.

2.1.1. Potrebe biološke razine

Prva se pomoć umirućima, odnosi na *ublažavanje bolova* primjenom najboljih raspoloživih sredstava.

„Ublaživanje patnje i boli jedna je od osnovnih zadaća liječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg bolesnika, kada će liječnik bolesniku uz lijekove nastojati pružiti i svu duhovnu pomoć, poštujući bolesnikovo uvjerenje i želje. Istodobno će liječnik upoznati i bolesnikove bližnje o njegovom stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju bolesnikovih tjeskoba.“³¹

²⁹ Usp. B. ILIĆ, *Zdravstvena njega i holistički pristup u palijativnoj skrbi*, Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/315755016_ZDRAVSTVENA_NJEGA_I_HOLISTICKI_PRI-STUP_U_PALIJATIVNOJ_SKRBI (3.12.2022.)

³⁰ S. VULETIĆ; B. JURANIĆ; Š. MIKŠIĆ; Ž. RAKOŠEC, *Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika...*, 892.

³¹ HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR, *Kodeks medicinske etike i deontologije*, Zagreb, 2002., čl. 14, 1.

Kontrola bola vrši se s pomoću različitih farmakoloških, kirurških i psiholoških postupaka. Tu se primjenjuju različiti spektri farmakoterapijskih skupina.³² Umirućima će to biti različita mehaničko-ventilacijska sredstva za suportivno olakšanje osnovnih tjelesnih funkcija, fizikalna terapija, stomatološka asistencija, nutritivna potpora, sredstva za kontrolu jakih bolova i ostale suportivne terapije, shodno svakom pojedinačnom slučaju.

Osim tretiranja tjelesnoga bola nužno je djelovati i na brojne popratne nuspojave lijekova: respiratorne (smetnje disanja), gastrointestinalne (mučnina, povraćanje, anoreksija, kaheksija, štucanje, opstipacija itd.) i/ili psihičke simptome (tjeskoba, žalost, depresija, ljutnja, strah), kao i primjenjivati fizikalnu terapiju, kineziologiju, akupunkturu, govornu terapiju, psihološke tehnike distrakcije, art terapiju i ostalo.

I obitelji će ponekad biti potrebni farmakološki pripravci za ublažavanje psihološkog stresa, anksioznosti, iscrpljenosti, gastro-intestinalnih problema, nesаницe i ostalih.

Osim navedenih nužnih pristupa palijativne skrbi u tretmanu bioloških potreba, jednako je važno obrađivati i psihološke i emocionalne potrebe.

2.1.2. Psihološke i emocionalne potrebe

Psihološkim intervencijama, odnosno biopsihosocijalnim pristupom palijativnom pacijentu pokušava se shvatiti osobu u cjelini, kao emocionalno, socijalno i duhovno biće, a ne samo kao tjelesno. Time pokušavamo osobi pomoći u boljem razumijevanju bolesti i mogućem prihvaćanju pri čemu je ključno razumjeti emocionalnu patnju osobe koja može biti značajna zbog gubitka digniteta nemogućnosti kontrole fizioloških funkcija, prepuštenosti intime njezi drugih osoba, narušenosti tjelesnog izgleda, ovisnosti o skrbi drugih i gubitka samostalnosti.

Vrlo je bitno palijativnom bolesniku pristupati kao aktivnom sudioniku, poticati mu osjećaj odgovornosti i suradnje, sve dok on može iole autonomno, racionalno donositi odluke o izboru dostupnih tretmana o skrbi na kraju života.

Od strane obitelji, potrebna mu je blizina, podrška i osjećaj pripadanja, a ne marginalizacija bolesnika. Biskup Valentin Pozaić će u tom kontekstu jako lijepo izreći:

„Savršenoj tehnici liječenja treba pridružiti ljudsku, osobnu pažnju. Osim tjelesnoga bola bolesnik i umirući prolazi duševna stanja žalosti, osjećaja krivnje, tjeskobe, straha i potištenosti. Najteža mu je izolacija, napuštenost i osamljenost. Stoga i sama nazočnost nekoga tko ga razumije i prati ima neprocjenjivo značenje.“³³

³² Usp. M. PERSOLI GUDELJ; M. LONČARIĆ KATUŠIN; M. ŠAMLJA, Bol u onkoloških bolesnika, u: M. Šamija; D. Nemet et al., *Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesti*, Zagreb, 2010., 31.–48.

³³ V. POZAIĆ, *Život dostojan života*. Zagreb, 1985., 75.; 90.

Sve ovo može značajno olakšati i djelotvorna komunikacija.³⁴ Dobra komunikacija posebno je značajna onda kada je osoba bolesna i umire. Kada zdravstveni radnici komuniciraju s terminalno bolesnim pacijentima na otvoren i osjetljiv način, pomažu im da poduzmu korake kako bi se pripremili za smrt, završavajući svoje odnose s ljudima, razmišljajući o životu i suočavajući se sa strahovima i žaljenjima. Bolnička komunikacija ključna je kako bi se osiguralo da ozbiljno bolesni pacijenti i njihove obitelji dobivaju odgovarajuće informacije o bolesti i prognozi te da primaju odgovarajuću emocionalnu potporu, kao i da su u stanju donositi odluke i tretmane koji su u skladu s njihovim ciljevima u skrbi.

Temeljna načela učinkovite komunikacije s onkološkim bolesnikom zasnivaju se na pristupu ili filozofiji prema kojoj je bolesnik u središtu pozornosti (tzv. *Patient-centered care*). Takva komunikacija ima tri osnovne vrijednosti: uzima u obzir razmatranje bolesnikove potrebe, perspektive i individualna iskustva, daje mu mogućnost sudjelovanja u odabiru liječenja te poboljšava odnos bolesnika i liječnika. Komunikacija u kojoj je bolesnik u središtu pozornosti obilježena je verbalnim i neverbalnim ponašanjem koje bi trebalo dovesti do otkrivanja, razumijevanja i ocjenjivanja bolesnikove perspektive (npr. brige, osjećaji, očekivanja).³⁵

Pacijenti i njihove obitelji cijene kvalitetnu komunikaciju jer je od temeljne važnosti za terapijsku osnovu izgradnje povjerenja između liječnika i pacijenta i pripremanje na sve ono što slijedi.

Nadalje, u palijativnoj, holističkoj skrbi integrativnih dimenzija, važno je i pružanje duhovne potpore.

2.1.3. Duhovne potrebe

U palijativnoj skrbi iznimno dolazi do izražaja dolazi važnost pružanja duhovne skrbi.

„Kada se suočavaju sa životnom krhkošću, patnjom i boli, mnogi bolesnici u terminalnoj fazi uznapredovane bolesti izražavaju potrebu duhovne skrbi kako bi im se uspjelo ublažiti strah od smrti, praznine, usamljenosti i ostavljenosti. Zadovoljenje njihovih emocionalnih i duhovnih potreba može im značajno olakšati trpljenje tjelesnoga bola. Osim toga, brojni stručnjaci i osobe u pratnji umirućih potvrđuju činjenicu kako duhovna skrb sprječava egzistencijalni očaj u bolesnika suočenih sa smrću.“³⁶

³⁴ Preporučujemo za tu temu vrlo značajnu knjigu: J. DESPOT LUČANIN; D. LUČANIN (ur.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Jastrebarsko, 2010.

³⁵ Usp. A. PLANINC PERAICA, Komunikacija liječnika s teško oboljelom osobom, u: V. Đorđević; M. Braš; L. Brajković, *Osnove palijativne medicine. Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti...*, 52.-53.

³⁶ Usp. I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima...*, 185.-192., 192.-201.

Na temelju brojnih istraživanja, utvrđeno je da duhovna skrb igra veoma bitnu ulogu u palijativnoj skrbi.³⁷ Brojne su dosadašnje međunarodne studije potvrdile važnost pružanja i primanja duhovne skrbi, napose kod pacijenata u terminalnoj fazi i kod kroničnih bolesnika.³⁸ Istraživanja su utvrdila da se duhovna skrb odrazila: na bolje razumijevanje samoga sebe u bolesti (45-73%); na lakše prihvaćanje bolesti (87%); na duhovne rituale koji su poboljšali nutarnje stanje bolesnika (34-66%); da su omogućili lakše umiranje; da se 72% osoba koje su primale duhovnu skrb očitivalo o pozitivnom utjecaju duhovnosti zbog ublažavanja nemoći te poticanja nutarnjeg mira i spokoja.³⁹ Zaključili su da važnost duhovne dimenzije čovjeka najviše dolazi do izražaja kod teških životnih iskušenja, sučeljavanja s bolešću ili smrću. Provedena su i mnoga druga znanstvena istraživanja kojima je zajednički zaključak da postoji povezanost razine duhovnosti s poboljšanjem simptoma različitih i organskih poremećaja.⁴⁰

Nadalje, druga istraživanja sugeriraju da se može predvidjeti nekoliko dobrobiti na kraju života od vjerske i duhovne skrbi, uključujući poticanje nade, olakšavanje opraštanja, promicanje komunikacije i provedbu molitve i druge rituale, te otkrivanje smisla života. Osim toga, duhovna perspektiva može pomoći u ublažavanju stresa njegovatelja i učiniti skrb učinkovitijom, korisnijom i značajnijom.

Iz tih je razloga, *Europsko društvo za palijativnu skrb (European Association for Palliative Care)* uvelo je definiciju duhovnosti, koja obuhvaća njenu multidimenzionalnu narav i koja obuhvaća egzistencijalna pitanja, utemeljenje vrijednosti i religiozna razmatranja.⁴¹ Duhovnost predstavlja „(...) dinamičnu dimenziju ljudskog života koja povezuje iskustvo pojedinca, njegovog traženja smisla i životnog značenja, kao i transcendencije, te načina kojim se on povezuje sa sobom, okolinom i svetim (...)“⁴²

Molitva i sakramenti dragocjena su pomoć ne samo umirućima nego i onima koji ih na tom putu žele uistinu ljudski i vjernički ispratiti. Zato se Crkvene pastoralne aktivnosti trebaju

³⁷ Usp. S.VULETIĆ; A. K. JURIC, Utjecaj vjerskog uvjerenja na tijek liječenja bolesti, u: A. Kurtović Mišić; J. Čizmić; V. Rijavec; S. Kraljić; H. Mujović Zornić; A. Klarić; M. Cvitković; D. Korošec; Š. Andelinović; I. Vukušić (ur.), *Zbornik radova s međunarodnog kongresa, „1. Hrvatski kongres medicinskog prava“*, Split, 2017., 225.- 245.

³⁸ Usp. S. OTIS GREEN, B. FERRELL et al., Integrating Spiritual Care within Palliative Care. An Overview of Nine Demonstration Projects, u: *Journal of Palliative Medicine* 15 (2012.) 2., 154.-162.

³⁹ Usp. T. DAALEMAN, A Health Services Framework of Spiritual Care, u: *Journal of Nursing Management* 8 (2012.) 20., 1021-1028.

⁴⁰ Usp. Đ. LJUBIČIĆ, *Duhovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, 2009., 23.-24.

⁴¹ EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, *Definition of palliative care*. <http://www.eapenet.org/about/definition.html>. (stranica konzultirana 4.5.2023.)

⁴² M. B. KING, H. G. KOENIG, Conceptualising spirituality for medical research and health service provision, u: *BMC Health Services Research* 9 (2009.), Dostupno na: <http://www.biomedicalcentral.com/1472-6963/9/116>. (11.12.2022.)

usmjeriti na duhovnu skrb umirućima i pružanje duhovne asistencije za pripremu za smrt duhovnim razgovorima, nazočnošću na duhovnim obredima, pružanjem utjehe duhovnoga štiva, primanjem svete pričesti i nekih drugih oblika bolničkoga dušobrižništva.

Takva je pomoć značajna ne samo terminalnim bolesnicima, već i njihovim obiteljima, kako bi se s vjerničkim pouzdanjem što lakše pripremili na ono što slijedi i kako bi cijelo vrijeme osjećali pastoralnu skrb zajednice koja ih ne ostavlja u njihovoj žalosti, prepuštene samima sebi. To čini bit crkvenog pastora bolničkog dušobrižništva koji nadilazi svoje okvire i proširuje djelovanje zahvaćajući i palijativne bolesnike i osobe koje ga prate u zbrinjavanju njegove boli i patnje.

2.2. Pružanje sućutne podrške umirućima

Iako je pružanje podrške umirućima nešto što zahtijeva izniman nadljudski napor, izrazitu emocionalnu stabilnost i psihološku izdržljivost, to je ipak nešto najznačajnije što drugome možemo požrtvovno ponuditi.

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 psihičku dimenziju oboljelih.

Umirući bolesnik očekuje od osoba koje skrbe o njemu prisustvo, poštovanje i prihvaćenost, a osjećaj otuđenosti i napuštenosti ublažava njihovo razumijevanje, ohrabrenje i toplina. „Osjećaj povezanosti, mira, sigurnosti, prepuštenosti, iskrenosti, ljubavi i privrženosti, izražavanje ljubavi od strane bližnjih, umanjuje napetost, strah i nemir, olakšava suočavanje s trpljenjem te predstavlja izvor unutarnje snage i vrjednovanja njegova dostojanstva.“⁴³

Temeljna je potreba osobe tijekom procesa umiranja najprije primiti pomoć i podršku obitelji i drugih bliskih osoba (prijatelja ili poznanika), a tek zatim profesionalnog osoblja, društvenog servisa ili ustanove.

No, suočavanje sa smrću člana obitelji utječe i na sve vidove života obitelji. Članovi obitelji ili skrbnici tijekom trajanja bolesti njima bliske osobe proživljavaju visoku razinu emocionalnoga i socijalnoga stresa, pogotovo kada se mora žurno donijeti odluka o primjeni određenoga postupka ili intervencije umjesto pacijenta. Ponekad je to i fizički teško za onoga koji njeguje kroničnoga bolesnika (budno paziti na uzimanje lijekova, točno slijediti raspored

⁴³ Usp. I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima...*, 371.

dana bolesnika, pratiti nove tehnike suočavanja s invalidnosti, brinuti se i za tjelesnu njegu, hranjenje, previjanje, pranje, praćenje bolesnika koji ide na preglede, rehabilitacija, vježbe, vođenje na dijalizu/kemoterapiju...).

Sva skrbnička pratnja može biti izuzetno teška za članove obitelji jer gledaju svakodnevno svoju voljenu osobu kako pati i postupno joj se pogoršava stanje.

Opterećenja su koja doživljava obitelj umiruće osobe brojna: zahtjevnost njege u obitelji, promjene organizacije obiteljskoga života, povećani novčani izdatci, javljanje negativnih osjećaja, razvoj traume zbog nazočnosti trpljenju drage osobe, suočavanje s gubitkom i tugovanjem, donošenje odluka kada umirući nije više sposoban sebe zastupati i drugo.

Tijekom stadija bolovanja opasnost je stvaranje jaza između bolesnika i bližnjih. Svatko je u određenom stadiju bolesti ogorčen i bijesan, posebno ako je bolest duga. Bolesnikovi rođaci i prijatelji mogu u pojedinom trenutku osjetiti kao da se sa svim tim ne mogu više nositi⁴⁴, a kod umirućeg razviti osjećaj da im je postao „teret“.

Svi ti postupci praćenja i održavanja bolesnika s vremenom mogu djelovati iscrpljujuće za bližnje koji skrbe o terminalnom bolesniku. Često su članovi obitelji na rubu iscrpljenosti. Zato je nužno pristupiti i utjesi ožalošćenima, kako anticipatorno u tek predstojećem gubitku, tako i nakon što se gubitak dogodi.

2.3. Pružanje utjehe ožalošćenima

Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi navodi kako se: „Palijativna skrb pruža potporu obitelji i drugim bliskim njegovateljima tijekom pacijentove bolesti, pomaže im pripremiti se na gubitak, a nakon pacijentove smrti nastavlja im pružati podršku u žalovanju ako im je to potrebno.“⁴⁵

„Službe žalovanja ambulantne su jedinice koje surađuju s prethodno spomenutim savjetovalištim. Pružaju psihosocijalnu podršku obiteljima i/ili njegovateljima još za života bolesnika, a osobito nakon njegove smrti. Nastoji se u pružanje takve pomoći uključiti profesionalce iz interdisciplinarnog tima, po mogućnosti one koji su skrbili o pokojniku.“⁴⁶

⁴⁴ Usp. R. BUCKMAN, *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće*, Zagreb, 1996., 60.

⁴⁵ EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, *Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi* (2009.). Dostupno na: https://www.kbcrijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf. 17. (25.5.2023.)

⁴⁶ M. TADIĆ, *Organizacija rada palijativne skrbi u Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranog otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice*, Završni rad, Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, 2012.,12. <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unipu:6277/datastream/PDF/view>. (25.1.2023)

Iako je obitelj prepoznata kao punopravan korisnik palijativne skrbi, još se uvijek nedovoljno pozornosti posvećuje specifičnom procesu promjene što zahvaća obitelj u stresnom razdoblju gubitka člana.

Da bi uravnotežila odnos prema stvarnosti i prevladala teškoće s kojima se suočava, obitelj treba pomoć i potporu stručnjaka te društvenih servisa koji će je osposobiti za odgovarajući odnos prema svom umirućem članu, bez obzira na mjesto skrbi. Zato je neophodno, osim umirućega, u žarištu imati i obitelj te pozornost pridati sljedećim temama: obilježjima suvremene obitelji, suočavanju s umiranjem i smrti, palijativnoj skrbi u obitelji, komunikaciji te osjećajima i tugovanju u obitelji.⁴⁷

Usluge palijativne skrbi članovima obitelji pruža multiprofesionalni tim koji mogu činiti liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, njegovatelj, savjetovatelj, duhovnik i drugi. Zadaća je medicinskog osoblja pravovremeno i cjelovito informirati obitelj o zdravstvenom stanju umirućeg te je poučiti vještinama pružanja njege. Područje rada socijalnog radnika pružanje je instrumentalne pomoći te savjetodavne i psihosocijalne podrške obitelji u promjeni organizacije života, povećanju specifičnih životnih vještina, učenju učinkovitijih načina suočavanja sa stresom i osjećajima, olakšavanju obiteljske komunikacije, zajedničkom donošenju odluka, prevladavanju osjećaja izolacije i napuštenosti, procesu tugovanja i slično. Briga za duhovno stanje obitelji temeljna je zadaća duhovnika. Cilj njegovog djelovanja jest omogućiti članovima obitelji sagledavanje vlastite situacije iz nove perspektive, uspostavljanje kvalitetnijih odnosa s umirućim, bolje suočavanje s aktualnim trpljenjem, otkrivanje značenja bolesti, umiranja i smrti, rekonstrukciju života i postizanje nove duhovne integracije.⁴⁸

Skrb usmjerena na obitelj (*Family Centred Care* – FCC) jest filozofija skrbi koja istovremeno skrbi za bolesnika i njegovu obitelj gledajući ih kao jedno.⁴⁹ Taj pristup optimizira proces suradničkoga partnerstva s obitelji i bolesnikom uočavajući zdravstvene, psihološke, socijalne i duhovne potrebe i jednih i drugih.

⁴⁷ Usp. M. CICAČ, *Obitelj u palijativnoj skrbi...*, 113.

⁴⁸ Usp. J. M. CORY; A. ŠTAMBUK, Problemi vezani s krajem života u zajednici: povezivanje profesionalnog i javnog obrazovanja, u: *Revija za socijalnu politiku* 9 (2002.) 3-4., 245.-257.; M. CICAČ, *Obitelj u palijativnoj skrbi...*, 116.

⁴⁹ Usp. E. A. HENNEMAN; S. CARDIN, Family-centered care: a practical approach to making it happen, u: *Critical Care Nursing* 22 (2002.) 6., 2.-9.

Razvijena je strategija psihološke procjene za pomoć obiteljima smrtno bolesnih pacijenata. Koristi se indeksom obiteljskih odnosa (*Family Relations Index*)⁵⁰, upitnikom procjene obitelji (*Family Assessment Device*)⁵¹ i ljestvicom društvene prilagodbe za procjenu funkcioniranja obitelji (*Social Adjustment Scale to assess family functioning*).⁵²

Uvažavanje i olakšavanje potreba obitelji umirućega smanjuje tjeskobu i strah, povećava njihovu stručnost u pružanju skrbi svome bližnjemu, osvještuje ih za njegove potrebe, izgrađuje povjerenje u pružatelje palijativne skrbi, povećava njihov osjećaj vrijednosti, priprema ih se za predstojeće gubitke, smanjuje njihovu ovisnost o primarnim pružateljima zdravstvene skrbi. Na to je pozvana i kršćanska zajednica, da svjedoči ljubav na djelu. Ta ljubav se treba osobito prikazati kad je riječ o osobama koje proživljavaju stanje kroničnog žalovanja za svojim bližnjim. Njima je osobito potrebna vjerska pratnja.

„Svoje bližnje možemo pratiti na putu prema smrti zajedno se brinući i pomažući, a u tom su/bitku s drugima otvara nam se smisao našeg vlastitog umiranja te tako pun vidik naše egzistencije u svijetu, njezina granica i cilj.“⁵³

Na taj način, lakše smo u stanju prihvatiti gubitak i oduprijeti se patološkim oblicima tugovanja.

⁵⁰Dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2613899> (16.6.2023.)

⁵¹Dostupno na: https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=cd377890-a31d-4692-a9b8-47c563844862&groupId=10293 (16.6.2023.)

⁵² Dostupno na: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10597-007-9093-8> (17.6.2023.)

⁵³ B. HÄRING, *Kristov zakon. Slobodni u Kristu., Treći svezak: Drugi dio posebne moralne teologije*, Zagreb, 1986., 184.

3. KONCEPTI NORMALNIH I PATOLOŠKIH OBLIKA TUGOVANJA

Svaki čovjek na sebi svojstven način prolazi kroz suočavanje s gubitkom te popratnim tugovanjem, žalovanjem i oplakivanjem, što su u biti sve sinonimi procesa pokušaja nošenja s nastalom situacijom kada izgubimo nekoga bliskoga.

Pojedinci će to lakše prihvatiti s vjerničkim pouzdanjem, dok će nekima trebati psihološka, farmakološka ili socijalna potpora u slučajevima ne-normalnih, patoloških, kroničnih žalovanja, koji u sebi uključuju širok raspon tjelesnih, psiholoških i duhovnih dimenzija. Stoga ćemo ih nastojati predstaviti u ovoj cjelini.

3.1. Kompleksne manifestacije žalovanja na integrativnim antropološkim razinama

Tuga se javlja kada izgubimo nekoga ili nešto što nam je bilo vrijedno. Tugovanje/žalovanje je proces kojim osoba proživljava teške emocije nakon nekog značajnoga gubitka.

„Tugovanje koje slijedi nakon gubitka samo je znak i potvrda da smo voljeli, a tužno raspoloženje može nam pomoći da shvatimo život dubljim i smislenijim“.⁵⁴

Zavisno od strukture osobe svatko se sa smrću nosi na različite načine. Postoje, međutim neke zakonitosti u procesu žalovanja. Žalovanje se sastoji od nekoliko faza i potrebno ih je proći da se zaključi proces žalovanja. Proces žalovanja završava tako da se s radošću možemo sjećati svega što smo imali i kada osvijestimo da je to veliko bogatstvo koje nam nitko ne može oduzeti i da ono postaje trajno u vremenu.⁵⁵

Reakcije na gubitak i popratni proces tugovanja (žalovanja) za voljenom osobom, variraju. Jačina reakcija i raspon trajanja tuge ovisit će o iznenadnim, ne/očekivanim i/li nepredvidljivim poli/traumatskim gubitcima; privrženostima osoba, karakternim predispozicijama ožalošćenoga; o identifikaciji s gubitkom tjelesnoga totaliteta/integriteta; o stupnju životne opterećenosti ili paralelnim životnim gubitcima, potrebom za shvaćanjem smisla, pristupačnosti socijalne potpore, a nadasve vjerničkim uvjerenjima, koji mogu znatno olakšavati ili pak otežavati gubitak.⁵⁶ U tom slučaju možemo donekle razlikovati normalne i patološke oblike tugovanja/žalovanja.

⁵⁴ I. BUZOV, *Psihoanaliza žalovanja*, Zagreb, 1989., 7.

⁵⁵ Usp. M. JAKŠIĆ, Gubitak, tugovanje i pružanje potpore. S posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću, u: *Služba Božja* 54 (2014.) 3-4., 356.

⁵⁶ Usp. S. VULETIĆ, Ne/utješnost žalovanja, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije* 149 (2021.) 11., 51.

3.2. Normalne reakcije tugovanja

Teško je reći što je normalno u situacijama u kojima se nađe čovjek kada nekoga bliskog oplakuje. Ipak, psihoanalitičari tugovanja i žalovanja navode nekoliko uobičajenih kognitivnih i emocionalnih reakcija koje se javljaju u većini osoba suočenih s gubitkom i smrću bliske osobe⁵⁷:

1. *Šok i nevjerica* javljaju se pretežno kao inicijalna reakcija na vijest o nečijoj smrti. Osoba ne želi ili ne može vjerovati u to. (*Pa to ne može biti istina. Osjećam se zatečenim, bespomoćnim. Ne želim i ne mogu ga se odreći...*).

2. *Umravljenje* služi kao obrana od navale bolnih osjećaja, a kao i nevjerica štiti osobu od nagloga sučeljavanja s gubitkom. Umravljeni osjećaji služe kao *emocionalna anestezija* dok ožalošćena osoba počinje doživljavati bolnu svijest o gubitku. (*Osjećam da se ne mogu pomaknuti. Nisam u dodiru sa samim sobom...*)

3. *Čeznuće* se javlja zbog velikoga gubitka. Glavna mu je preokupacija umrla osoba. Prošlost se prerađuje do u detalje i često se javlja osjećaj krivnje što se nešto propustilo učiniti ili se učinilo pogriješno. (*Da mi je samo još jedan trenutak, zagrljaj, pogled... Kamo god se okrenem, više ničega nema.*)

4. *Žalost, depresija i plač* uobičajeni su znaci žalovanja. Osjećaj potištenosti normalan je dio procesa žalovanja. Na neko vrijeme može se izgubiti volja za život i imati osjećaj da nema smisla nastaviti dalje. (*Sve je oko mene mrtvo. Ona je sve što smo imali odnijela sa sobom. S njim sam sve izgubila...*)

5. *Ljutnja*. Vrlo često osobe koje su izgubile nekoga prolaze proces ljutnje na osobu koja ih je napustila ili dođe do pomaknute ljutnje pa su ljutiti na nekoga ili nešto što je u blizini jer su pravi objekt ljutnje izgubili. (*Oduzeli su mi...*)

6. *Anksioznost* često prati tugovanje, kao i zbunjenost i strahovi za naš budući život i život obitelji. Može doći do paničnih napadaja, tjeskobe, nesigurnosti, nemira, bespomoćnosti i straha od vlastite smrti. (*Samo da se to ne dogodi i...*)

⁵⁷ Temeljna je podjela prema: L. ARAMBAŠIĆ, *Gubitak, Tugovanje, Podrška*, Jastrebarsko, 2008.², 84.; nadopunjena prikazom iz knjige: I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima...*, 125.-127.

7. *Samooptuživanje*. Preživjeli često osjeća krivnju i iracionalnu odgovornost za nečiju smrt jer on živi. Možda žali zbog ružnih stvari koje je izrekao ili posjeta koji je obećan, ali nije učinjen, a u međuvremenu više nije ni moguć. Ponekad se pojavi *krivnja zbog preživljavanja*, odnosno osjećaj krivnje jer je osoba živa, a druge osobe više nema. (*Da sam barem mogla umjesto njega podnijeti taj teret...*)

8. *Kajanje* i žaljenje za propuštenim prilikama jer nema više prilike u kojoj se određene životne situacije mogu popraviti. (*Da sam barem... Da barem nisam...*)

9. *Osamljenost* se javlja kao osjećaj gubitka osobe s kojom smo naviknuli dijeliti sve. Unatoč snažnoj socijalnoj potpori mnogi ljudi osjećaju se usamljenima u svom tugovanju i nitko im ne može nadomjestiti njihov gubitak voljene osobe. (*S njim je otišao sav moj svijet. Sve je prazno oko mene.*)

10. *Bespomoćnost*. Nakon određenoga vremena nastupa prihvaćanje gubitka, osoba se suoči s bespomoćnošću i onda shvati da mora prihvatiti smrt drage osobe. (*Nemam snage ni volje ni za što, ali moram ići dalje, a ne mogu, ne znam kako...*)

11. *Tugovanje*. Kada shvatimo da je gubitak nepovratan, ulazimo u stanje žalovanja. To je emocija koja nas prati dugo, ponekad i zauvijek.

12. *Olakšanje*. Može se osjećati i olakšanje, osobito ako je bila riječ o dugoj bolesti ili ako je život osobe bio reduciran na minimum onoga što je nekad bio (npr. prije kronične bolesti). Osoba se može tješiti mislju da je moglo biti još i gore, da barem više ne trpi... Osoba dolazi do pomirbenoga stava (*Imali smo sreću da smo uspjeli imati to što smo imali.*)

U svim tim fazama može doći do različitoga izmjenjivanja ili preskakanja i ponovnog vraćanja, vremenskog zadržavanja, afirmiranja ili negiranja i razvijanja različitih misaonih, psiholoških i duhovnih simptoma koji ožalošćenoga vode „korak naprijed, nazad dva“.

Unatoč činjenici da svaka osoba tuguje na svoj način, psiholozi ističu uobičajene (normalne) reakcije na smrt drage osobe s pomoću nekih specifičnih tjelesnih simptoma, misaonih i ponašajnih reakcija.⁵⁸

⁵⁸ Usp. J. W. WORDEN, *Savjetovanje i terapija u tugovanju. Priručnik za stručnjake u području zaštite mentalnog zdravlja*, Jastrebarsko, 2005., 11.-15.

U procesu žalovanja javljaju se često reakcije na svim razinama čovjekovog bića i života. Slijedi kratak prikaz nekih od manifestacija: ⁵⁹

- *Tjelesne reakcije*: umor, gubitak apetita, poremećaji spavanja, razne psihosomatske tegobe kao što su: glavobolje, pritisak u grudnom košu, vrtoglavice, pojačano lupanje srca...
- *Emocionalne i ostale psihološke reakcije*: intenzivne emocije straha, tuge, ljutnje, osjećaj krivnje, usamljenost, stid, beznade, tupost, gubitak samo-poštovanja, poteškoće koncentracije, nezainteresiranost, nemotiviranost...
- *Socijalne reakcije*: potreba za usamljivanjem, ovisnost o društvu, smanjena tolerancija spram drugih osoba, izbjegavanje određenih ljudi, situacija...
- *Duhovne reakcije*: ljutnja na Boga, osjećaj napuštenosti od Boga, promjena sustava vrijednosti, zanimanje za život nakon smrti, pitanja vezana uz smisao života.

Te se najučestalije reakcije izmjenjuje unutar pet faza žalovanja⁶⁰:

Faza nepriznavanja, potiskivanja, osamljivanja, poricanja je reakcija odbacivanja nesvjesnog mehanizma obrane, koji ima funkciju zaštite ega - blokirajući neugodu, bolne situacije i lošu vijest.

Faza gnjeva, bijesa i ljutnje nastupa zbog poremećenih životnih planova. Ožalošćeni optužuje sve koji ga okružuju; ljuti se na Boga, sudbinu, okolnosti, život; bjesni zbog nespremnosti na prerani gubitak, napuštenosti, neizdržive boli; postaje razdražljiv i nezadovoljan. Preusmjeravajući ljutnju, oslobađa se emotivnih poteškoća kako bi se lakše nosio sa zastrašujućom istinom neizbježne sudbine gubitka.

Faza cjenkanja, pregovaranja, kompromisa, ucjenjivanja se javlja kao obrambeni mehanizam koji pomaže ljudskom duhu prilagoditi se prijetnji integriteta, prihvaćajući ga postupno i polako, ne dopuštajući da ga odjednom uguši.

Faza depresije, očaja, beznade nastupa kada se izgubi svaka nada i zapada u stanje neutješnosti žalovanja.

⁵⁹ M. REINER, Žalovanje, u: V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković, *Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti...*, 73.

⁶⁰ Usp. E. KÜBLER-ROSS, *Razgovori s umirućima*, Zagreb, 1983.

Faza prihvaćanja i prilagodbe nastaje pomirenjem kada su prethodne emocije proživljene, preživljene i prihvaćene, kada ožalošćeni postaje svjestan tužne stvarnosti nemogućnosti trajnog povratka izgubljenog.

U svim gore navedenim fazama može se dogoditi da se osoba zaustavi. Kada žalovanje poprimi neke razmjere koji nisu socijalno prihvatljivi, dobro je potražiti stručnu pomoć, jer može biti riječi o nekom obliku patološkoga tugovanja. Tako da možemo reći kako je tugovanje ozbiljan stresor koji može potaknuti i teške psihijatrijske simptome akutnoga žalovanja. Normalno tugovanje obično neće zahtijevati kliničku intervenciju. Međutim, akutno žalovanje može potaknuti ozbiljne psihološke promjene u ponašanju i osjećanju.

3.3. Patološki oblici žalovanja

Neke osobe doživljavaju gubitak bliske osobe nepodnošljivo bolnim i ostaju zarobljene kroničnim žalovanjem, u svim sferama svog postojanja. I tako patološko žalovanje može predstavljati put u duševni poremećaj.⁶¹

Nenormalno tugovanje jest ono koje čovjeka onesposobljuje za svakodnevni život. Patološko tugovanje obilježava nesposobnost tugovanja i nemogućnost zatvaranja procesa žalovanja.

*Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje, DSM 5*⁶² i *Jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti, MKB-11*⁶³, klasificira u skupinu „stanja za daljnja istraživanja“, pod nazivom *poremećaj perzistentnog kompleksnog žalovanja*. Dijagnosticira se i razlikuje od normalnog žalovanja ako je prošlo najmanje 12 mjeseci kod odraslih ili 6 mjeseci u djece od smrti bliske osobe, odnosno ako u tom vremenskom okviru perzistiraju reakcije žalosti jačeg intenziteta u smislu prisutnosti⁶⁴:

- više od jednog simptoma tijekom više dana, koji uključuju: perzistentnu čežnju ili žudnju za pokojnikom, veliku žalost i emocionalnu bol u smislu intenzivne tuge i čestog plakanja te zaokupljenost pokojnikom i okolnostima smrti

⁶¹ Usp. V. RUDAN, D. MARČINKO, *Žalovanje*, Zagreb, 2014., 4.

⁶² AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5*, Zagreb, 2014., 789-792. (Ubuduće citiran kraticom: DSM 5)

⁶³ P. BUCCI, Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima, u: *Socijalna psihijatrija* 44(2016.), 86-88., 86.

⁶⁴ DSM 5, 789-791.

- najmanje šest simptoma u okviru: „patnje kao reakcije na smrt“, koja uključuje: teškoće u prihvaćanju činjenice o smrti, doživljaj nevjerice, emocionalne tuposti, ogorčenosti i ljutnje, poteškoće u svezi s pozitivnim sjećanjima na pokojnika, samooptuživanje i izbjegavanje podsjetnika na gubitak; te „ometanja socijalnih odnosa i identiteta“, što podrazumijeva: želju za smrću kako bi se bilo s pokojnikom, poteškoće s povjerenjem u druge osobe, osjećaj osamljenosti, odvojenosti ili izoliranosti od drugih osoba, nihilistički osjećaj ispraznosti života ili uvjerenje o disfunkcionalnosti bez pokojnika, oslabljen osjećaj vlastitog identiteta i poteškoće u planiranju budućnosti.

Simptomi poremećenoga, bolesnoga oblika žalovanja jesu⁶⁵: napadi tjeskobe i straha; preuzimanje simptoma bolesti od koje je bolesnik bolovao; nepromišljeni pothvati; apatija; destruktivno ponašanje; agitirana ili retardirana depresija i pretjerana aktivnost bez osjećaja gubitka.

„*Kronično tugovanje* uključuje dugotrajne intenzivne reakcije na gubitak, a tugujući ostavljaju dojam ljudi neprekidno preplavljenih tugom i očajem.”⁶⁶ Pritom je ožalošćena osoba opsesivno zaokupljena sjećanjima i osjećajima vezanim uz gubitak. Sadašnji život doživljava praznim, besmislenim i beznadnim. Radosni događaji za nju nemaju značenja, već pokreću čak i krivnju, jer ih ne dijeli s pokojnikom.⁶⁷

Odgođeno tugovanje naziva se i zakočeno, potisnuto, zakašnjelo tugovanje, a najčešće se može javiti u osoba koje tek naknadno započnu s tugovanjem (nakon što se uvjere da je njihov gubitak i/ili potraga za izgubljenim/nestalom uistinu uzaludna ili konačno osvijeste da je gubitak stvaran).⁶⁸

Prikriveni oblik žalovanja nastaje u onim situacijama kada se trudimo biti hrabri zbog drugih ili kada se od nas ne očekuje da pokažemo određen intenzitet tugovanja.⁶⁹

Pretjerano tugovanje se najčešće javlja nakon iznenadnih smrti popraćenih mentalnim poremećajima ožalošćenih (PTSP, anksiozni poremećaji i depresija). Pritom postoji jedan vid opsesivnoga žalovanja i neumjerenog uživanja u boli.⁷⁰

⁶⁵ Usp. I. BUZOV, *Psihoanaliza žalovanja*, Zagreb, 1989., 182.

⁶⁶ L. ARAMBAŠIĆ, *Gubitak, Tugovanje, Podrška*, Jastrebarsko, 2008., 264.

⁶⁷ S. VULETIĆ, *Ne/utješnost žalovanja...*, 52.

⁶⁸ Usp. I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima...*, 142.

⁶⁹ Usp. *Isto*, 143.

⁷⁰ Usp. S. VULETIĆ, *Ne/utješnost žalovanja...*, 52.

„Procjenjuje se da je u oko 7 – 15 % osoba koje žaluju prisutno komplicirano, odnosno produljeno žalovanje povezano s dugotrajnom psihološkom disfunkcijom, oštećenjem socijalnog i radnog funkcioniranja, povećanjem uzimanja lijekova i negativnim posljedicama na fizičko stanje. Najnovija istraživanja pokazuju da se osobe koje su zbrinjavale i na kraju izgubile bolesnika koji umre od raka suočavaju s posebnim rizikom od kompliciranog žalovanja jer je gubitku prethodilo dugo iscrpljujuće razdoblje brige za teško oboljelog člana obitelji.“⁷¹

Vremenu tugovanja (koroti), procesu aktivnoga suočavanja sa svojom tugom pripada nesputano i slobodno izražavanje i proživljavanje vlastite tuge želimo li je učiniti plodonosnom za svoj život i spriječiti da ostane u nama. Potrebno je proći određeno razdoblje kako bi ožalošćeni reinvestirali emocionalnu energiju nakon gubitka. Reintegracija je završetak procesa žalovanja i/ili psihosocijalnoga prijelaza unutar kojeg bi prorađivanje žalovanja trebalo dati smisao svemu onome što smo dosad proživjeli pomoću onoga čega više nema.

Ljudi trebaju oplakivati traumatični gubitak. Potrebno je ponovno uspostaviti koherentnu mrežu koja uključuje sigurnost, smisao i kontinuitet u svjetlu životnih promjena koje ožalošćenje donosi. Međutim, u nekim se slučajevima, nikada u potpunosti u svom srcu ne uspijemo pomiriti s gubitcima. Ali, koliko god gubitci bili teški te koliko god tugovanje bilo dug i mukotrpan proces, ljudi se većinom uz podršku okoline uspijevaju izdići iznad svoje kronične tuge i prilagoditi se činjenici da su doživjeli gubitak i da ga trebaju zrelo uklopiti u svoj život. Pritom je bitno biti upoznat s temeljnim načelima i postupcima u savjetovanju pružanja djelotvornih i korisnih načela kojima bi tugujući uspio ostvariti korisne tehnike suočavanja i elaborirati zadatke žalovanja te prihvatiti gubitak koji je pretrpio.⁷²

⁷¹ M. KATIĆ, Palijativna skrb u domu bolesnika, u: Z. Lončar, M. Katić, V. Jureša i suradnici (ur.), *Palijativna skrb u zajednici*, Zagreb, 2018., 226.

⁷² Usp. S. VULETIĆ, *Ne/utješnost žalovanja...*, 53.

4. TEMELJNA NAČELA I POSTUPCI SAVJETOVANJA PRUŽANJA PODRŠKE UMIRUĆIMA I TUGUJUĆIMA

U procesu pomirenja s gubitkom i nastavka normalnog života bez onoga, kojeg se oplakuje, potrebno je da osoba pronade smisao života nakon gubitka. Pri tom bi osobama na raspolaganju trebale stajati službe žalovanja koje bi joj pomogle proći kroz psihosocijalne tehnike suočavanja i postupnog opraštanja kako bi mogle nastaviti dalje sa životom.

„Stručna potpora u tugovanju pružaju stručnjaci koji su dodatno osposobljeni u području gubitaka i tugovanja, a obuhvaća savjetovanje i psihoterapiju tugujućih. Neke tugujuće osobe nemaju potporu ljudi iz svoje okoline ili im količina potpore koju dobivaju iz tih izvora nije dovoljna. Prije se stručna potpora u tugovanju isključivo pružala pojedincima, a danas se sve češće provodi i u grupama, te s članovima obitelji.“⁷³

4.1. Tehnike suočavanja, opraštanja i zadaci žalovanja

Da bi osoba koja žaluje u nekim okvirima kroničnog/pretjeranog/inhibiranog tugovanja, mogla nadići morbidnost stanja u kojem se već duže vrijeme nalazi, bilo bi poželjno da elaborira neke zadatke psihološkog suočavanja i opraštanja.

Suočavanje će ovisiti o tzv. deset faktora koji pomažu u predviđanju stupnja zdravog tijeka žalovanja:⁷⁴

- 1) Kvaliteta odnosa s osobom (blizak ili distanciran; nedovršeni poslovi)
- 2) Način smrti (nakon bolesti ili nesreće, iznenadna ili očekivana)
- 3) Osobnost ožalošćenog (temperament, prošlost, osobni konflikti)
- 4) Sudjelovanje u njegovanju drage osobe prije njezine smrti
- 5) (Ne)spremnost okoline ili obitelji da pruži potporu
- 6) Popratni problemi (financijske poteškoće, bolesti)
- 7) Kulturološke norme sredine (prihvatanje ili neprihvatanje procesa žalovanja)
- 8) Ekstremna dob u kojoj se žaluje (kasna starost ili rano djetinjstvo)
- 9) Mnogostruki ili nagomilani gubici (gubitak nekoliko dragih osoba istovremeno)
- 10) Mogućnost profesionalne ili grupne potpore (sposobnost ožalošćenoga da traži pomoć)

⁷³ M. JAKŠIĆ, Gubitak, tugovanje i pružanje potpore..., 360.

⁷⁴ Usp. J. BUCAY, *Put suza*, Fraktura, 2015., 134.-135.

Psihoterapeut Worden, u tom kontekstu opisuje četiri zadatka tijekom žalovanja. Svaki od tih zadataka može biti različitoga tijeka i intenziteta trajanja.⁷⁵

Prihvatanje realnosti – Prihvatiti stvarnost gubitka

Svaku smrt, očekivan i neočekivan gubitak, prati osjećaj da se nije dogodio (nijekanje). Prihvatanje realnosti podrazumijeva spoznaju da je osoba mrtva i susret s njom više nije moguć (barem ne za života). Gubitak je potrebno prihvatiti ne samo razumom, nego i "srcem", a za to je potrebno vrijeme. U prihvatanju realnosti smrti pomažu rituali. Nepostojanje smrti u emocionalnom doživljavanju ožalošćenih podržavaju nagla smrt, izostanak rituala, nemogućnost viđenja tijela umrlog (nedostupnost) i druge okolnosti.

Rad na žalovanju – Proraditi bol zbog gubitka

Nakon gubitka osobe s kojom smo bili blisko povezani, osjećamo bol i žalost, no svatko tuguje na sebi svojstven način. Izbjegavanje tugovanja i potiskivanje boli, može voditi produljenom tugovanju. Zatamljivanje osjećaja, nijekanje boli, otklanjanje bolnih misli koje naviru - sprječava proces prorade gubitka. Izbjegavanje prorade žalosti vodi u bolest (depresiju), a može voditi i u ovisnosti

Prilagodba sredini u kojoj više nema umrloga

Nakon smrti za nas značajne osobe, ništa više nije kao prije u preživjelih i u obitelji - mijenja se struktura porodice i međusobni odnosi. Prilagodba na novonastale okolnosti ovisit će o odnosima prema pokojniku i ulozi koju je imao. Moramo se prilagoditi i novoj ulozi koju prati i vlastiti doživljaj sebe. Naš se identitet mijenja nakon procesa tugovanja. Osim prilagođavanja novoj ulozi, što je u nekih osoba praćeno velikim poteškoćama, moramo se prilagoditi i vanjskom svijetu. Nekada smrt nosi sa sobom promjenu životnih pogleda i životnih vrijednosti, tako da ožalošćeni ima osjećaj da njegov život nema više smisla.

Emocionalno premjestiti pokojnika i nastaviti živjeti – uključivanje u život

Mnoge osobe imaju najviše poteškoća u završavanju posljednjeg zadatka žalovanja i ostaju u tom dijelu zaglavljene. Znak nemogućnosti završavanja posljednjeg zadatka je prijanjanje za posljednju vezu i nemogućnost da se ostvari nova veza.

⁷⁵ Usp. J. W. WORDEN, *Savjetovanje i terapija u tugovanju...*, 27.-37.

Da bi ožalošćeni uspjeli pokrenuti proces prevladavanja zarobljenosti tugovanjem, navest ćemo neka korisna načela i dati smjernice za ispravne postupke savjetovanja da se prihvati i suoči s prazninom koja je ostavljena nečijim odlaskom iz našeg života:⁷⁶

- *Pomoći preživjelom da prihvati stvarnost gubitka!* Savjetovatelj bi trebao poticati ožalošćenog da govori o gubitku
- *Pomoći preživjelom da prepozna i doživi osjećaje!* Zbog boli i neugode koji izazivaju, preživjeli ne može prepoznati mnoge osjećaje ili ih ne doživjeti u onom stupnju koji je potreban da bi doveo do učinkovitog razrješenja.
- *Pomoći klijentu da živi bez pokojnika!* Poticanje sposobnosti da se živi bez umrle osobe te da neovisno donose odluke. Naučiti vještine učinkovitog suočavanja i donošenja odluka tako da može preuzeti ulogu koju je ranije imao njezin partner.
- *Pomoći klijentima pronaći smisao u gubitku!* Prihvatiti neizbježnost ili suđenost.
- *Potaknuti emocionalno premještanje pokojnika!* Preusmjeriti se.
- *Osigurati vrijeme za tugovanje!* Prihvatiti individualne potrebe.
- *Tumačiti „normalno“ ponašanje tugovanja!* Osvješćivati granicu ne/prihvatljivog.
- *Uzeti u obzir individualne razlike!* Tugovanje je fenomen s golemim individualnim varijabilitetom, snažnim i individualnim razlikama u intenzitetu emocionalnih reakcija, stupnja poremećaja i trajanja razdoblja u kojem osoba doživljava bolnost gubitka.
- *Ispitati načine obrane i stilove suočavanja!* Poticati obrambene mehanizme.
- *Prepoznati patologiju i uputiti klijenta drugom stručnjaku!* Biti upućen u patološko tugovanje i imati taktike osvješćivanja ožalošćenomu da mu je potrebna stručna pomoć. Ta je smjernica vezana uz pomoć koju ne mogu ostvariti osobe iz prirodne okoline ožalošćenoga i potiče na traženje pružanja podrške u modelu liječenja.

Pri tome mogu biti od pomoći neke opće smjernice pomaganja za pružatelje utjehe u službama žalovanja:⁷⁷

- *Razmotrite što bi mogla biti vaša uloga!*
- *Ponudite svoju pomoć!*
- *Dobro se obavijestite!* Budite upućeni!
- *Prosudite potrebe!*
- *Započnite s malim, praktičnim stvarima!*
- *Izbjegavajte pretjerivanja!*
- *Očekujte promjene!*
- *Slušajte!* Potvrdite razumijevanje bolesnikovih osjećanja!
- *Uključite i druge!*

⁷⁶ Usp. Isto, 56.-68.

⁷⁷ Usp. R. BUCKMAN, *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće...*, 50.; 99.-101.

- *Držite se bolesnikova, a ne svoga programa!*
- *Ne poistovjećujte aktivnost s pružanjem podrške!*
- *Napravite popis mogućih izvora pomoći!*
- *Ostanite s bolesnikom do kraja!*

Tek ako uspijemo razviti svijest da smo za našeg bližnjeg uspjeli ostvariti sve u našoj moći, nećemo si predbacivati propušteno i moći ćemo donekle lakše prihvatiti gubitak i proći kroz proces žalovanja.

„Možemo nastaviti imati ono što smo izgubili - trajnu, iako promijenjenu ljubav prema umrloj osobi... nećemo ni izgubiti utjecaj te osobe na nas, njezino nadahnuće, životne vrijednosti i smisao koji su bili sastavnim dijelovima njezina života. Sve to možemo aktivno uključiti u nove obrasce života koji sadrži promijenjen, ali trajan odnos s onima do kojih nam je bilo stalo i koje smo voljeli.“⁷⁸

A s obzirom da je iznimno teško nositi se sam s neizdrživom tugom, važno je za ožalošćenu osobu dopustiti drugima da joj pomognu.

4.2. Uloge interdisciplinarnog tima u palijativnom pružanju podrške

Ljudi nakon gubitka dobivaju različite vrste podrške. Ona se prema svojim izvorima može svrstati u skupine:⁷⁹

- 1) potpora koju pružaju ljudi iz *prirodne okoline* tugujućih i njih nazivamo *prirodnim pomagačima* (materijalna, emocionalna i organizacijska pomoć)
- 2) potpora koju pružaju *stručnjaci- savjetovatelji i psihoterapeuti*, koji u okviru svog posla pružaju pomoć i podršku tugujućima (učitelji, odgojitelji, pedagozi, profesori rehabilitatori, medicinske sestre, liječnici, psihijatri, svećenici, pogrebnici...)
- 3) *grupe podrške* – ljudi koji su i sami doživjeli gubitke u okviru nekih ne/vladinih organizacija, crkvenih institucija, crvenog križa ili u okviru zdravstvenih ustanova.

U Hrvatskoj najviše djeluju udruge za onkološke bolesnike: *Hrvatska udruga za psihosocijalnu onkologiju, Liga za borbu protiv raka, Udruga prijatelja nade u Hrvatskoj, Udruga „Sve za nju“, Klub „Nada“ – klub žena operiranih od raka dojke, Hrvatska udruga prijatelja hospicija, Klub žena operiranih na dojci; Organizacija Europa Donna, La Verna...*

⁷⁸ L. ARAMBAŠIĆ, *Gubitak, Tugovanje, Podrška*, Jastrebarsko, 2008.², 217.

⁷⁹ Usp. R. BUCKMAN, *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće...*, 367.-368.

Iz *Udruge volontera za palijativnu skrb La Verna* izvijestili su kako od ove godine, u sklopu njihova savjetovališta, djeluju dvije grupe podrške - za podršku oboljelima i članovima obitelji palijativnih bolesnika i za podršku u žalovanju.⁸⁰ Osim stručne pomoći u grupi, svi zainteresirani mogu dobiti i individualnu pomoć i savjet, a za sve informacije o individualnim terminima, kao i o grupnoj podršci mogu se zatražiti na 099/312-7749 ili na e-mail: palijativa.laverna@gmail.com.

Interdisciplinarni tim u specijaliziranim službama su: medicinski službenici i njegovatelji s priznatom izobrazbom iz palijativne skrbi, medicinski djelatnici (liječnik, medicinska sestra), socijalni radnik, djelatnici izobraženi za odgovore na psihosocijalne potrebe bolesnika, obitelji i onih koji skrbe za bolesnika, duhovnik,...⁸¹ Svaki od njih mora učiniti sve što se od njega očekuje: od palijativnog se liječnika očekuje da pruža optimalnu razinu kontrole boli i drugih simptoma; medicinska sestra pruža svu potrebnu njegu i pažnju; farmaceut brine o dozi umirujućih sredstava; socijalni radnik daje izravnu potporu obitelji; psiholog pruža pomoć vezanu za različite društvene psihološke procesa umiranja i smrti; svećenik daje olakšanje koje pruža vjeru, religija, odnosno duhovnost, dok se dobrovoljci uključuje u razne oblike pomoći ožalošćenima.⁸²

4.2.1. Medicinsko osoblje

Liječnik opće prakse zadužen je za medicinsku skrb, primitak bolesnika u proces palijativne skrbi, nadziranje provođenja palijativne skrbi, određivanje stanja bolesnika, izravno surađivanje s članovima tima, određivanje dijagnoze i prognoze kod bolesnika, kontrole nalaza, provođenje dijete, terapije, medicinskog tretmana, rješavanje etičkih pitanja i ublažavanje simptoma.⁸³

Hospicijski liječnik: organizira postupke liječenja i vodi medicinsku proceduru za poboljšanje bolnih simptoma odgovarajućim intervencijama. Tom ulogom primjenjuje se sve znanje stečeno u akutnoj medicini na ciljeve palijativne svrhe.

⁸⁰ Dostupno na:

<https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/oni-pomazu-obiteljima-umirucih-evo-kome-se-javiti-da-bi-dobili-podrsku-u-zalovanju-20200118> (20.5.2023.)

⁸¹ Usp. M. BRKLJAČIĆ et al. (ur.), *Palijativna medicina – temeljna načela i organizacija, klinički pristup terminalnom bolesniku, medicinska etika*, Rijeka, 2013., 35.

⁸² Usp. I. ŽIVKOVIĆ; S. VULETIĆ, *Posljednji trenuci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima...*, 315.

⁸³ Usp. Š. OZIMEC VULINEC, Interdisciplinarni tim u palijativnoj skrbi, u: *Plavi Fokus, Glasilo hrvatske komore medicinskih sestara* VI (2010.) 1., 32.-36.

Hospicijski liječnik međusobno će djelovati s ostalim članovima tima, pacijentom, pacijentovom obitelji i pacijentovim glavnim liječnikom kako bi koordinirao najučinkovitijim planom skrbi.

Medicinski tehničari imaju najizravniji kontakt s palijativnim pacijentima u pružanju zdravstvene njege i uvida u potrebe ožalošćenih s obzirom na bliski kontakt dinamike obitelji. Njihova je uloga da: pružaju zdravstvenu njegu bolesniku; pomažu pacijentu u održavanju njegove osobne higijene, pomažući mu pri kupanju, njezi kože, kose, noktiju i usne šupljine; mijenjanje krevetne posteljine; pomaganje pacijentu pri lijeganju i ustajanju iz kreveta te prilikom kretanja; pružanje pomoći pri korištenju medicinske opreme (štake, invalidska kolica i sl.); prikupljanje uzoraka (krv, urin), pružanje tretmana, provjeravanje vitalne životne funkcije, klistiranje pacijenta, mijenjanje zavoja, pomaganje u njezi i higijeni katetera i stome sukladno s uputama liječnika kliničara, održavanje zdrave, sigurne i čiste okoline za pacijenta; izvještavanje koordinatora skrbi o bilo kakvoj promjeni pacijenta, njegovog fizičkog ili psihosocijalnog stanja; održavanje kontinuiteta u edukaciji iz palijativne/hospicijske skrbi, redovito sudjelovanje na sastancima interdisciplinarnog tima hospicija. Sukladno Pravilniku hospicija, redovito dokumentiraju cjelokupnu skrb i sve zdravstvene mjere tijekom 24 sata za pacijenta.⁸⁴ Često sudjeluje i u pojašnjavanju i rješavanju mnogih etičkih pitanja, kao i donošenju odluka vezano uz zahtjeve bolesnika i obitelji.

Farmaceuti daju doprinos svojim poznavanjem analgetika i pravilnim doziranjem lijekova. Uloga je ljekarnika nezaobilazna pri odabiru i uporabi ostalih proizvoda koji su prijeko potrebni teškom bolesniku. To su preparati za njegu usne šupljine, protiv opstipacije ili proljeva, dodatci prehrani, preparati za njegu kože, kao i pomagala kod inkontinencije. Često zbog nelagode, bolesnici ili članovi obitelji, takve teškoće lakše iznose ljekarniku, a ne osobnom liječniku.⁸⁵

Fizikalni terapeuti doprinose većoj pokretnosti i neovisnost pacijenata. Fizikalne vježbe pacijenta provode se sukladno s njegovom pokretljivošću, provodeći program tretmana maksimalne moguće pokretljivosti pacijenta uz planiranje i organiziranje vježbi s ciljem olakšanja boli.

⁸⁴ Usp. T. ČENGIĆ; M. BRKLJAČIĆ; M. STRNAD, Hospicij, u: M. Brkljačić; M. Šamija; B. Belev; M. Strnad; T. Čengić (ur.), *Palijativna medicina. Temeljna načela i organizacija. Klinički pristup terminalnom bolesniku. Medicinska etika...*, 62.

⁸⁵ Usp. I. GRAHOVAC, Uloga ljekarnika u palijativnoj skrbi, u: V. Đorđević; M. Braš, L. Brajković (ur.), *Palijativna skrb-brinimo zajedno*, Zagreb, 2014., 160.

Nutricionisti predlažu načine i optimiziraju prehranu za terminalne bolesnike s obzirom na ne/sposobnost gutanja, te metaboličke/mehaničke gastrointestinalne poremećaje. Nutricionisti moraju promatrati pacijente s gledišta palijativne skrbi i predlagati načine na koje prehrana može biti ugodna u suprotnosti s optimiziranim načinom prehrane.

4.2.2. Psiholozi i psihijatri

Bolesnici se moraju suočiti i s brojnim drugim psihološkim problemima, kao što su emocionalna nestabilnost, nesigurnost, promjena perspektive o budućnosti, prijetnja mogućom smrti, osjećaji osamljenosti, napuštenosti, marginalizacije, stigmatizacije, interpersonalni problemi, a svi se oni mogu pojaviti tijekom različitih faza bolesti i tijekom liječenja s vrlo različitim psihološkim posljedicama.⁸⁶ Prema *Američkom udruženju psihologa* pet je osnovnih područja gdje psiholozi pronalaze svoje mjesto u okviru interdisciplinarnog palijativnog tima, a to su: psihološka procjena, savjetovanje i psihoterapija (individualna, obiteljska i grupna), supervizija i psihološka potpora zdravstvenog tima, edukacija i istraživački rad. Cilj je psihologa smanjiti psihološki stres i tjeskobu kako bi se poboljšala psihološka dobrobit bolesnika i njegovih bližnjih. Budući da se mnogobrojni psihološki problemi koji se mogu pojaviti u palijativnoj skrbi, a pripadaju u područje psihološkog rada, kao npr. priopćavanje loših vijesti, suočavanje s bolešću, liječenje terapijski rezistentnih simptoma, problemi s narušenim tjelesnim izgledom, edukacija osoblja, rad na psihološkim problemima osoblja, komunikacijom te konfliktima tima i sl.⁸⁷ *Psihijatar* pomaže bolesniku i da se nosi s egzistencijalnom krizom povezanom s terminalnom dijagnozom, kao i u rješavanju mogućih konflikata između bolesnika, obitelji i osoblja, kako otvaranjem putova komunikacije, tako i pomažući obitelji da se nosi sa snažnim emocijama zbog umiranja voljene osobe.

⁸⁶ Usp. M. BRAŠ, Psihijatrijski poremećaji i palijativna medicina, u: Hrvatsko Katoličko Liječničko Društvo, M. Brkljačić Žagrović (ur.), *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*, Zagreb, 2011., 26.

⁸⁷ Usp. M. BILIĆ, Pristup zdravstvenog i kliničkog psihologa bolesniku s neizlječivom bolešću, u: Z. Lončar; M. Katić; V. Jureša et al. (ur.), *Palijativna skrb u zajednici*, Zagreb, 2018., 45.

4.2.3. Socijalni radnici

Područje rada socijalnog radnika pružanje je instrumentalne pomoći te savjetodavne i psihosocijalne podrške obitelji u promjeni organizacije života povećanju specifičnih životnih vještina, učenju učinkovitijih načina suočavanja sa stresom i osjećajima, olakšavanju obiteljske komunikacije, zajedničkom donošenju odluka, prevladavanju osjećaja izolacije i napuštenosti, procesu tugovanja i sl.⁸⁸

4.2.4. Volonteri

Rad palijativne skrbi nezamisliv je bez volontera. Volonteri su osobe različitih zanimanja i profesija, a ono što im je zajedničko je dobra volja za pomaganjem oboljelima.

Volonteri dolaze iz kruga humanističkih djelatnosti, socijalnih djelatnika, teologa, etičara, grupa podrške ili osoba koje su prošle slično iskustvo gubitka. Najčešće obavljaju poslove dostave lijekova, pripremaju hranu, pružaju podršku, kako oboljelome tako i njegovoj obitelji, prevoze oboljele do liječnika, a ponekad je dovoljno samo da su u prisutnosti s oboljelima. Iako se dobrovoljno javljaju za pomoć, moraju biti dobro educirani i moraju imati odrađene karakteristike koje su poželjne za rad u palijativnoj skrbi.⁸⁹

Udruga volontera u palijativnoj skrbi La Verna osnovana je 2017. sa željom da nastavi razvijati projekt volontera u palijativnoj skrbi koji je pokrenut 2009. u sklopu Franjevačkog svjetovnog reda. Čine ju volonteri koji pružaju podršku palijativnim bolesnicima i njihovim obiteljima i odlaze u kućne posjete umirućim osobama i članovima njihovih obitelji, daju im svoju prisutnost, razgovor, šutnju, poneku praktičnu pomoć i pomoć u administraciji te im tako nastoje olakšati situaciju u kojoj su se našli.

4.2.5. Teolozi i duhovnici

Udružene komisije palijativnih skrbi diljem svijeta i Svjetska zdravstvena organizacija upozorile su na nužnost prepoznavanja potreba pacijenata duhovne naravi.

⁸⁸ Usp. M. CICAČ, *Obitelj u palijativnoj skrbi...*, 116.

⁸⁹ Usp. V. ĐORĐEVIĆ, M. BRAS, L. BRAJKOVIĆ, *Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti...*, 152.

Zaključili se kako je potrebna pomoć u profesionalnom educiranju medicinskog osoblja koje bi trebalo prepoznavati i uvažavati i takvu vrstu duhovnih potreba pacijenata.⁹⁰ U pokušaju tog ostvarenja, navode se preporuke:⁹¹

- Duhovna skrb treba biti integralna, usmjerena prema bolesniku i u središtu zdravstvenog sustava.
- Modeli duhovne skrbi trebali bi promovirati dostojanstvo svake ljudske osobe omogućujući im suosjećajnu pratnju. Duhovna previranja i religiozne nedoumice, trebale bi biti tretirane jednako kao i bilo koji drugi medicinski ili socijalni problem, prisutan u ovoj terminalnoj fazi. Duhovnost treba smatrati bolesnikovom vitalnošću, stoga bi trebalo omogućiti njenu provedbu i primjenu kao integrativni dio palijativne skrbi. Modeli pružanja duhovne skrbi trebali bi biti interdisciplinarni.
- Ciljevi duhovne skrbi bili bi: pozvati sve bolesnike da podijele svoja religiozna uvjerenja i duhovna iskustva; proučiti bolesnikova vjerovanja i vrijednosti; pristupiti duhovnim nevoljama (bezvoljnost, besmislenost, besciljnost..) s duhovnim izvorima jakosti (nada, smisao, svrha); omogućiti empatijski i suosjećajni pristup; potaknuti bolesnika da pronade u sebi nutarnju snagu iscjeljenja i/ili prihvaćanja; identificirati duhovne potrebe koje bi bile učinkovite.

Briga za duhovno stanje obitelji temeljna je zadaća duhovnika. Cilj njegovog djelovanja jest omogućiti članovima obitelji sagledavanje vlastite situacije iz nove perspektive, uspostavljanje kvalitetnijih odnosa s umirućim, bolje suočavanje s aktualnim trpljenjem, otkrivanje značenja bolesti, umiranja i smrti, rekonstrukciju života i postizanje nove duhovne integracije.⁹²

Duhovnik je član palijativnog tima, sudjeluje u terapijskom procesu zajedno i ravnopravno sa svim ostalim članovima. U bolnicama je dio bolničkog osoblja, *Ugovorom o dušobrižništvu u bolnicama i ostalim zdravstvenim ustanovama.*⁹³

⁹⁰ WORLD HEALTH ORGANISATION PALLIATIVE CARE, *Symptom Management and End of Life Care*, IMAI/WHO, 2004., Dostupno na: http://www.ftp.who.int/htm/IMAI/Modules/IMAI_palliative.pdf (1.12.2022.)

⁹¹ Usp. AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE, *Statement on clinical practice guidelines for quality palliative care*, Dostupno na: <http://www.aahpm.org/Practice/default/quality.html> (8.4.2023.)

⁹² Usp. M. CICAČ, *Obitelj u palijativnoj skrbi...*, 116.

⁹³ Ugovor između Svete Stolice i Republike Hrvatske, u: *Narodne Novine* 3/97.

Bolesnici od svećenika najviše očekuju religioznu, duhovnu pomoć, pomoć u suočavanju s bolešću te emocionalnu podršku.⁹⁴ Najčešće duhovne potrebe teško bolesnih i umirućih osoba su: posjećivanje bolesnika, traženje smisla, oprostjenja, nade i ljubavi.

Zadaća je kršćanskih duhovnika u bolnicama vođenje liturgijskoga slavlja, podjeljivanje sakramenata, savjetovanje u pitanjima vjere i morala.

Svećenik je pozvan dati umirućemu duhovnu utjehu i okrijepiti ga snagom svetih sakramenata, a to su ispovijed, pričest i bolesničko pomazanje, dok njegovim bližnjima i osobama koje ga prate, može pružiti utješnu kršćansku nadu u uskrsnuće tijela i ponovno zajedništvo u dioništvu svih svetih.

⁹⁴ Usp. M. NIKIĆ, Suradnja svećenika i medicinskog osoblja u palijativnoj skrbi, u: Hrvatsko Katoličko Liječničko Društvo, M. Brkljačić–Žagrović (ur.), *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*, Zagreb, 2011., 98.-106.

5. PASTORALNA STRATEGIJA KRŠĆANSKOG SUOČAVANJA SA ŽALOVANJEM

Ožalošćeni svoju neizostavnu pomoć i podršku trebaju dobiti i od Crkve. Ona ostvaruje svoju dušobrižničku ulogu kroz *pastoral ožalošćenih*.

Naglašava se da molitvom, smirenošću, dijeljenjem svoga vremena s drugima, razgovorom i gorljivom podrškom u teškim životnim situacijama, kršćanin je također pozvan prepoznati sveto lice trpećega Krista, u svima onima koji prolaze kroz trenutke patnje i boli. Stoga je potpora ožalošćenima, jedan važan zadatak naše kršćanske solidarnosti.

Neizostavno nam je ovdje istaknuti i poticaj pape Franje kojim nas upozorava da u našem pastoralu ne bismo zanemarili ovaj vid evangelizacijskog poslanja:

„Okrenuti leđa obitelji koju je smrt zavila u crno bio bi znak nedostatka milosrđa, propuštanje pastoralne prilike, i takvo bi nam stajalište moglo zatvoriti vrata za svako drugo evangelizacijsko djelovanje.“⁹⁵

5.1. Vjerničko osmišljavanje patnje, boli i smrti

Duhovnost igra značajnu ulogu u lakšem podnošenju bolesti, patnje i susretu sa smrću. „Mnogi bolesnici u terminalnoj fazi uznapredovale bolesti izražavaju potrebu duhovne skrbi, kako bi im se uspelo ublažiti strah, budući da u predstojećoj smrti, dolaze do izražaja brojne tjeskobe, potisnute čežnje, strahovi i brojne neizvjesnosti na koje treba pronaći utješan odgovor ili duhovno prihvaćanje. [...] Velik broj znanstvenih studija potvrđuje pozitivnu povezanost duhovnosti s bržim oporavkom od raznih bolesti, većom otpornošću na bolesti te poboljšanom kvalitetom življenja kroničnih i terminalnih bolesnika. Brojne osobe u patnji umirućih potvrđuju činjenicu kako duhovna skrb sprječava egzistencijalni očaj kod bolesnika, suočenih sa smrću, budući da vjera zastupa obećanje u prekogrobni život te poboljšava kvalitetu življenja bolesnika, značajno umanjujući i njihovu patnju, vjerničkim osmišljanjem.“⁹⁶

Mnogi ljudi, pritisnuti neizdrživim životnim patnjama, osjećaju se poistovječeni s «Čovjekom boli» (Iz 53,3). I suvremeni čovjek često upućuje svoj bolni krik Bogu, udružujući ga s odjekom patećeg Sluge davnih vremena: „dokle ćeš nas hraniti kruhom boli i obilno pojititi suzama“ (Ps 18,5-6).⁹⁷

⁹⁵ Usp. PAPA FRANJO, *Amoris Laetitia - Radost ljubavi. Posinodalna apostolska pobudnica biskupima, prezbiterima i đakonima, posvećenim osobama, kršćanskim supruzima i svim vjernicima laicima o ljubavi u obitelji*, Zagreb, 2017., br.253. (Ubuduće citirano AL)

⁹⁶ S. VULETIĆ, Sofrologija i duhovna dimenzija patnje, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije* CXLVI (2018.) 11., 24.

⁹⁷ *Isto*, 24.

Trpljenje pripada čovjekovoj transcendenciji: u njemu je čovjek u određenom smislu „sudbinski određen“ da nadilazi sama sebe i na to je otajstveno pozvan. Neodvojivo od ljudskog, zemaljskog življenja.⁹⁸

Trpljenjem čovjek postaje prijemljiv, otvoren za djelovanje spasonosnih Božjih snaga koje su u Kristu darovane čovječanstvu. U njemu je Bog potvrdio da želi djelovati kroz trpljenje koje je slabost i poniženje čovjeka i želi upravo po toj slabosti i poniženju očitovati svoju snagu.

U trpljenju je sadržan poziv na krepost u kojoj se čovjek treba vježbati. Krepost ustrajnosti u podnošenju onoga što zbunjuje i prouzrokuje zlo. Stvaralačko značenje trpljenja. Kristova patnja stvorila je dobro otkupljenje svijeta. Dobro koje je samo po sebi neiscrpno i beskrajno. U trpljenju je skrivena snaga koja iznutra približuje čovjeka Kristu, neka osobita milost. Njoj mnogi sveci duguju svoje duboko obraćenje. Plod obraćenja iz trpljenja jest nastanak novoga čovjeka. Ako čovjek postane sudionikom Kristova trpljenja, to se događa zbog toga što je Krist otvorio svoju patnju, zbog toga što je on sam u svojoj otkupiteljskoj patnji na određeni način postao sudionikom svih ljudskih trpljenja. Otkrivajući po vjeri Kristovu otkupiteljsku patnju, čovjek istodobno u njoj otkriva osobne patnje, ponovno ih po vjeri pronalazi obogaćene novim sadržajem i novim značenjem.⁹⁹ Na taj način, oni za vjernika mogu biti prigoda da se očituju čudesna djela Božja.

Budući da je Krist trpio, patio i uvidio težinu toga stanja, on najviše suosjeća s onima koji su u takvom stanju. Zato je patnja na neki način sveta i može nas njeno strpljivo i vjerničko podnošenje jačati u nadi uskrsnuća eshatološkog obećanja.

5.2. Eshatološka dimenzija smrti

Kršćani shvaćaju život na zemlji kao pripremu za ono što tek dolazi. Za vjernike to je vječni život u neposrednoj Božjoj prisutnosti koju su zavrijedili vjerom i pouzdanjem u Božjega Sina, Isusa Krista, koji je obećao: “Ja sam uskrsnuće i život. Tko vjeruje u mene, ako i umre, živjet će. Tko god živi i vjeruje u me, sigurno neće nigda umrijeti“ (*Iv* 11, 25-26). „Volja je Oca moga da tko god vidi Sina i vjeruje u njega, ima život vječni i ja ću ga uskrisiti u posljednji dan“ (*Iv* 6,40). Ta obećanja mogu biti od silne utjehe i umirućima i ožalošćenima.

Sveto pismo Novoga zavjeta stavlja i u središte veliku nadu, čovjekova uskrsnuća koje može značajno olakšati kroničnu tugu koju ožalošćeni nose zbog gubitka, a predodžbom navedenog uskrsnuća, mogu biti i ostati povezani sa svojim preminulim u molitvi i duhu.

⁹⁸ Usp. IVAN PAVAO II., *Spasonosno trpljenje-salvifici doloris*, Zagreb, 1985., 3.

⁹⁹ Usp. *Isto*, 23.; 26., 20.

„Tješi nas spoznaja da oni koji umiru ne odlaze zauvijek, a vjera nam jamči da nas Uskrsli nikada neće napustiti. Tako možemo spriječiti da nam smrt zatruje život, da obezvrijedi naše osjećaje, da nas gurne u najmračniju dubinu... Predslovlje pokojničkog Rimskog misala izražava to na veličanstven način: «Mi tugujemo zbog neizbježne smrti, ali nas tješi obećanje buduće besmrtnosti. Tvojima se vjernima, Gospodine, život mijenja, a ne oduzima». Naime, naši dragi nisu nestali u tami ništavila, nada nam jamči da su oni u dobrim i snažnim rukama Boga.“¹⁰⁰

Nada obećanog uskrsnuća kršćaninu daje novo svjetlo na misterij patnje i umiranja i ulijeva u vjernika izvanrednu snagu da se povjeri Božjem planu i utjesi. „Ta vjeran je Bog: neće pustiti da budete kušani preko svojih sila, nego će s kušnjom dati i ishod da možete izdržati“ (1 Kor 10,13).

5.3. Pastoral umirućih i ožalošćenih

Duhovna i vjerska skrb, koja se često naziva pastoralnom skrbi, sastavni je dio procesa ozdravljenja i pruža se u različitim sredinama: unutar ustanova, u zajednici, u župama i kod kuće. Takva skrb uključuje pastoralne posjete, savjetovanje, stručno usavršavanje, duhovno vodstvo, pojedinačnu i skupnu molitvu te mogućnosti slavljenja sakramenata i drugih vjerskih obreda. Ova skrb je važna u svim situacijama bolesti i gubitka; bitno je u kontekstu *skrbi na kraju života*.

Kanadsko katoličko zdravstveno udruženje u svom *Etičkom zdravstvenom vodiču* preporučuje da Katoličke zdravstvene i socijalne organizacije trebaju osigurati pružanje takvih usluga. Dobra duhovna i vjerska skrb karakterizirana je osjetljivošću i poštovanjem za različite duhovne i vjerske potrebe primatelja i za duhovnu patnju koja često prati bolest. Također pruža mogućnosti sudjelovanja u životu vjerske zajednice. Obitelj i neformalni njegovatelji trebaju sličnu vrstu podrške. Fizička, emocionalna, psihološka i duhovna skrb koja karakterizira palijativnu skrb trebala bi biti dostupna svima koji imaju bolest koja ograničava život. Treba ga pružiti u svim ustanovama zdravstvene zaštite, uključujući i kod kuće. Potiču se pružatelji zdravstvenih i socijalnih usluga, kao i župne zajednice, da se aktivno uključe u osiguravanje palijativne skrbi za osobe i obitelji kojima je potrebna.¹⁰¹

I *Papinska akademija za život* (PAV) pokrenula je projekt PAL-LIFE, uspostavljajući međunarodnu konzultativnu studijsku grupu koja bi ga mogla podržati u inicijativama za razvoj i širenje palijativne skrbi u svijetu te u promicanju kulture i pozdravnih stavova smrti i izlječenja umirućih. Projekt naglašava kako je palijativna skrb aktivna i sveobuhvatna briga o pojedincima

¹⁰⁰ AL, br.256.

¹⁰¹ CATHOLIC HEALTH ALLIANCE OF CANADA, *Health Ethics Guide*, Ottawa, 2012., 100.; 35-36.; 59-60.

svih dobnih skupina sa značajnim zdravstvenim patnjama zbog teških patologija, a posebno onih koji su blizu kraja života. Palijativna skrb ima za cilj poboljšati kvalitetu života pacijenata, njihovih obitelji i njegovatelja. U jedanaestoj cjelini *Bijele knjige zagovaranja globalne palijativne skrbi, Preporuke stručne savjetodavne skupine PAL-LIFE Papinske akademije za život*¹⁰², nalazimo jasne preporuke za duhovnu skrb palijativnih bolesnika.

„Vjerske ustanove i skupine za duhovnu skrb trebale bi raditi na uključivanju duhovne skrbi - uključujući stalnu procjenu duhovne nevolje i duhovnog blagostanja - integriranu u smjernice skrbi i kao komponentu rutinskog pružanja palijativne skrbi.“

Svi članovi tima moraju se pozabaviti duhovnom nevoljom kako bi se pacijentima i obiteljima pružila najkvalitetnija skrb te kako bi se olakšala patnja pacijenata i obitelji. Vjerski vođe trebaju se zalagati za uključivanje međuprofesionalne duhovne skrbi i zagovarati odgovarajuću obuku svih kliničara u pružanju duhovne skrbi pacijentima i obiteljima, kao i razvoj, obuku i pomoć u održavanju odgovarajućeg osoblja zdravstvenih kapelana u svim zdravstvene postavke.

Preporuka 2.1: Uključiti međuprofesionalnu duhovnu skrb kao obavezni element longitudinalne palijativne skrbi u nastavne planove i programe cjelokupnog medicinskog, socijalnog, teološkog i drugog pred profesionalnog obrazovanja.

Preporuka 2.2: Uključiti stalnu među profesionalnu edukaciju za sve zdravstvene radnike u palijativnoj skrbi, uključujući kapelane i svećenike koji su uključeni u brigu o pacijentima u palijativnoj skrbi.

Preporuka 2.3: Duhovna skrb je dio rutinske palijativne skrbi i integrirana je u politike za prijem i stalnu procjenu duhovne nevolje i duhovnog blagostanja. Uz kliničke aspekte duhovne skrbi, postoje etički mandati za sve zdravstvene sustave da poštuju dostojanstvo svih ljudi. Posebno vjerske organizacije mogu predvoditi napore kako bi se osiguralo da se prema svim ljudima postupa dostojanstveno, da svi ljudi imaju pravo na procjenu i oslobađanje od patnje i da svi ljudi imaju pristup među profesionalnoj duhovnoj skrbi. Ovi se modeli temelje na spoznaji da je duhovnost, široko definirana, ključni element palijativne skrbi. Vjersko svećenstvo i drugi, iako nisu članovi zdravstvenog tima, pružaju vjersku skrb u zajednici i također bi trebali biti obučeni u kliničkim aspektima duhovne skrbi. Svi studenti zdravstvene njege i teologije te zdravstveni kapelani, osim pastora, trebaju imati osnovno razumijevanje duhovne kliničke skrbi; napredniji sadržaj ovisno o ulozi svake profesije u kliničkim okruženjima. Osim kliničkih aspekata duhovne skrbi, postoje etički mandati za sve zdravstvene sustave da poštuju dostojanstvo svih ljudi. Posebno vjerske organizacije mogu predvoditi napore kako bi se osiguralo da se prema svim ljudima postupa dostojanstveno, da svi ljudi imaju pravo na procjenu i oslobađanje od patnje i da svi ljudi imaju pristup među profesionalnoj duhovnoj skrbi.

¹⁰² PONTIFICAL ACADEMY FOR LIFE, *White Book for Global Palliative Care Advocacy, Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life*, Vatican City, 2019., 85.-86.

I Đakovačko-srijemska *Druga biskupijska sinoda* se o pastoralu starih, bolesnih i žalujućih izjasnila u nizu brojeva¹⁰³, podrazumijevajući pod tim evangelizaciju starijih osoba i bolesnika, među kojima se ističe „Odgoj vjernika za kršćanski pristup bolesti, starosti, patnji i smrti“.

„Kroz redovito pastoralno djelovanje vjernike je potrebno odgajati za prihvaćanje starosti, bolesti i patnje te promicati kršćanski pristup životu, umiranju i smrti.“ (DBS, br.75.)

„Neka se pastoral žalujućih njeguje kao posebno važna prigoda za ljudski susret i za evangelizaciju, pogotovo u osobito teškim slučajevima (smrt mlade osobe, smrt hranitelja obitelji, tragična i nagla smrt). Osim ljudskog primanja prigodom najave i pripreve sprovoda, hvale je vrijedan posjet te kontakt s obitelji i nakon sprovoda. U suvremenim okolnostima sve veće dekristijanizacije i udaljavanja od crkvene prakse, pastoral žalujućih sve češće postaje pogodnom pastoralnom prigodom za početak snažnije povezanosti s obiteljima koje su bile udaljene od svoje župne zajednice i za nastojanje da se kroz pastoral žalujućih ista uključi u liturgijski i pastoralni život župe. [...] Hvale je vrijedan pastoral ožalošćenih obitelji nakon crkvenog sprovod.“(DBS, br.502.; 509.)

Nažalost, ta strateška zamisao nije u potpunosti zaživjela u većini župa, kao ni posvemašnja realizacija ureda za pastoral starijih osoba, bolesnika i žalujućih, sukladno sljedećim brojevima:

„Neka u župi, unutar odbora za služenje, postoji pododbor koji vodi brigu o starijim osobama, bolesnicima i žalujućima.“ (DBS, br.90)

„Na razini Biskupije treba osnovati ured koji će koordinirati i promicati pastoral starijih osoba, bolesnika i žalujućih te organizirati pastoral liječnika i bolničkog osoblja te trajnu formaciju za svećenike i druge pastoralne djelatnike u bolnicama i domovima umirovljenika.“ (DBS, br.96.)

„Na razini biskupije, u okviru Biskupijskoga pastoralnog centra, potrebno je unutar odjela za kršćansku dobrotvornost društvena pitanja osnovati ured za pastoral starijih osoba i bolesnika te imenovati biskupijskog povjerenika za to područje pastoralnog rada. Njihove će zadaće biti sljedeće: promicati u biskupijskoj zajednici na različite načine solidarnost sa starijim osobama i s bolesnicima, razvijati osjećaj za njihove potrebe, pružati potporu onima koji se redovito brinu o starijim osobama i bolesnicima; organizirati obilježavanje Dana bolesnika, Dana starijih osoba i sl. razvijati pastoral žalujućih u suradnji s već postojećim katoličkim strukovnim udrugama liječnika te medicinskih sestara i bolničara organizirati prikladnu duhovnu formaciju na biskupijskoj razini za medicinsko osoblje, za djelatnike u staračkim domovima i hospicijske djelatnike, koja će ih dodatno senzibilizirati za kršćanski pristup starijim osobama, bolesti i bolesniku organizirati prikladnu duhovnu te stručnu teološku ponudu za svećenike, akolite i druge pastoralne radnike koji duhovno prate starije osobe, bolesnike i medicinsko osoblje poticati, promicati i uz pomoć suradnika nastojati organizirati barem volontersku pomoć potrebnu starim i nemoćnim osobama, težim bolesnicima, umirućima i njihovim obiteljima te hospicijsku skrb ukoliko tu pomoć ne uspijevaju ostvariti kroz zdravstveni i socijalni sustav voditi brigu o izradi te izdavanju prikladna tiskanog materijala odgovarajućim sadržajima za starije osobe, bolesnike, liječnike i medicinske sestre.“ (DBS, br. 77.)

¹⁰³ *Ti si Krist – za nas i za sve ljude. Izjave i odluke Druge biskupijske sinode đakovačke i srijemske*, Đakovo, 2008., (Ubuduće citirano DBS)

U našoj nadbiskupiji još nije realizirana ni ideja hospicija, koja je također bila predviđena pastoralnim planom druge biskupijske sinode, a unutar koje bi se značajno ostvarivalo palijativno pravo žalujućih na duhovnu potporu koju im Crkva utješno treba i može pružati.

„Biskupija đakovačka i srijemska cijeni i poštuje profesionalnu skrb što je starijim osobama i bolesnicima pružaju državne, društvene i privatne specijalizirane ustanove te udruge građana. Podupire i promiče volonterski i profesionalni angažman stručnih osoba koje su spremne na takav rad, osnivanje hospicija za umiruće te novih ustanova za prihvata starijih i nemoćnih osoba. U granicama svojih mogućnosti želi pomagati njihov rad. Želi nastaviti s osnivanjem i svojih vlastitih ustanova u skladu sa svojim mogućnostima, kad god se za to ukaže potreba. Nadasve se želi truditi i pozvana je razvijati sustav duhovne i stručne pomoći svim djelatnicima i suradnicima u radu sa starijim osobama i bolesnicima te članovima njihovih obitelji“. (DBS, br.89.)

Nadamo se da će ovaj diplomski rad pokušati oživjeti „slovo na papiru“ i pokušati senzibilizirati crkveni pastoral prema ovom vrlo aktualnom problemu.

S obzirom na nedostatak raspoloživih hospicija i nedovoljnu dostupnost pružene psihološke podrške, preporučljivo je da se na području matične župe sukladno s odredbama DBS-a, uspostave krugovi podrške koji će imati cilj pružiti podršku i pomoć osobama koji se brinu o bolesniku, kao i samim bolesnicima koji se suočavaju s tjeskobom i neizvjesnošću tijekom procesa bolesti i pogoršavanja zdravstvenog stanja.

ZAKLJUČAK

Ovim smo diplomskim radom nastojali ukazati na mogućnost bolje posvećenosti crkvenog pastoralna umirućima i ožalošćenima, kojima kršćanska vjera i nada u eshatološko uskrsnuće pruža jedan sasvim drugi aspekt lakšeg podnošenja s neizostavnim životnim gubitcima.

Iz navedenih je razloga, duhovna skrb priznata kao sastavni dio palijativne medicine koju prihvaćaju sve krovne svjetske institucije u skrbi terminalnih i palijativnih bolesnika jer uviđaju kroz konkretno iskustvo skrbi za umiruće i ožalošćene, da im to može biti od značajne koristi u prihvatljivijem prihvaćanju gubitka, nošenja sa žalovanjem i bolje kvalitete života.

Žalosna bi bila činjenica da ne naiđu na dostatni odaziv od strane crkvenih pastoralnih tijela. Na duši bi nam bilo da ih ostavimo same u svojoj tuzi, patnji i žalosti, a to nam sugerira i sam Crkveni vrh.

U dokumentu papinske Akademije za život *Dostojanstvo umiruće osobe* navodi se da „umiruća osoba nikada ne bi trebala biti lišena ohrabrujuće prisutnosti članova obitelji i onih koji pomažu s ljubavlju, niti njihove dragocjene i različite ljudske pomoći, neovisno od činjenice hoće li oni moći shvatiti njihovo solidarno sudjelovanje i bratsko ublažavanje njihove boli“.¹⁰⁴

Na tragu toga, nedavno je papa Franjo uputio vrlo značajne riječi zdravstvenim radnicima koje se tiču palijativne skrbi: „Potičem profesionalce i studente da se specijaliziraju za ovu vrstu pomoći, koja nema manje vrijednosti, jer, ne spašava živote“. Palijativna skrb postiže nešto jednako važno: ojačava osobu.“¹⁰⁵ To je apel svima nama koji nam mora neprestano golicati svijest o evangelizacijskom poslanju ovim izrazito vulnerabilnim skupinama našega društva, a čija sudbina kad-tad čeka i nas.

Mislimo da nema boljeg načina zaključiti ovaj diplomski rad od ovog apela i molitve:

„Zahvaljujemo ti, svemogući Bože, za dragocjeni dar ljubavi koju smo iskusili prema onima s kojima smo dijelili život. Zahvaljujemo ti i što si nas blagoslovio uspomenama na njih koje možemo sačuvati u svojem srcu. Utješi nas, obriši naše suze i pomoz nam proći kroz još jedan dan. Smrt nema posljednju riječ; mi imamo nadu i obećanje vječnoga života po tvom Sinu, Spasitelju našem, koji s tobom živi i kraljuje u jedinstvu Duha Svetoga, Bog, po sve vijekove vijekova, Amen“.¹⁰⁶

¹⁰⁴ PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *The Dignity of the Dying Person*, Città del Vaticano, 2000., ad. 4.

¹⁰⁵ Pope Francis: We must not abandon the elderly. Vatican Radio; Dostupno na: http://en.radiovaticana.va/news/2015/03/05/pope_francis_we_must_not_abandon_the_elderly/1127144. (30.06.2023.)

¹⁰⁶ S. A. NICHOLAS (prir.), *Devetnica u vrijeme kada oplakujemo voljenu osobu*, Split, 2015., 10.

BIBLIOGRAFIJA

Crkveni izvori

CATHOLIC HEALTH ALLIANCE OF CANADA, *Health Ethics Guide*, Ottawa, 2012.

IVAN PAVAO II, *Enciklika o vrijednosti i nepovredivosti ljudskog života, Evanđelje života - Evangelium vitae*, (25.3.1995.), Zagreb, 1995.

PAPA FRANJO, *Amoris Laetitia - Radost ljubavi. Posinodalna apostolska pobudnica biskupima, prezbiterima i đakonima, posvećenim osobama, kršćanskim supruzima i svim vjernicima laicima o ljubavi u obitelji*, 2016.

PONTIFICAL ACADEMY FOR LIFE, *White Book for Global Palliative Care Advocacy, Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life*, Vatican City, 2019.

PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *The Dignity of the Dying Person*, Città del Vaticano, 2000.

REBIĆ, Adalbert, FUČAK, Jerko, DUDA, Bonaventura (ur.), *Jeruzalemska Biblija. Stari i Novi zavjet s uvodima i bilješkama iz »La Bible de Jerusalem«*, Zagreb, 2011.

Ti si Krist – za nas i za sve ljude. Izjave i odluke Druge biskupijske sinode đakovačke i srijemske, Đakovo, 2008.

Zakonodavni izvori

AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE, *Statement on clinical practice guidelines for quality palliative care*
Dostupno na: <http://www.aahpm.org/Practice/default/quality.html>. (3.1.2023.)

AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5*, Zagreb, 2014.

Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi,
Dostupno na: www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736
(3.3.2023.)

COUNCIL OF EUROPE, *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states On the organisation of palliative care*, 2003., Dostupno na: [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). (1.6.2023.)

HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR, *Kodeks medicinske etike i deontologije*, Zagreb, 2002.

PARLIAMENTARY ASSEMBLY OF THE COUNCIL THE EUROPE, Recommendation 1418 (1999.) 1 On the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, u: Council of Europe, *Texts of the Council of Europe on bioethical matters*, Volume II, Human Rights Policy and Development Department Bioethics Unit, Strasbourg, 2014.

REPUBLIKA HRVATSKA, MINISTARSTVO ZDRAVSTVA, *Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.*, Dostupno na https://www.kbc-rijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf (29.6.2023.)

REPUBLIKA HRVATSKA, MINISTARSTVO ZDRAVSTVA, *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.* Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> (29.6.2023.)

Ugovor između Svete Stolice i Republike Hrvatske, u: *Narodne Novine* 3/97.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, WHA67.19 *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*, Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2014. Dostupno na: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf%5Cnhttp://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454en/s21454en.pdf> (17.12.2022.)

WORLD HEALTH ORGANISATION PALLIATIVE CARE, *Symptom Management and End of Life Care*, IMoAaAIWHO, 2004. Dostupno na: http://www.ftp.who.int/htm/IMAI/Modules/IMAI_palliative.pdf (1.5.2023.)

Knjige i zbornici

ARAMBAŠIĆ, L., *Gubitak, Tugovanje, Podrška*, Jastrebarsko, 2008.²

ARAMINI, M., *Uvod u bioetiku*, Zagreb, 2009.

BRKLJAČIĆ, M., ŠAMIJA, M., BELEV, B., STRNAD, M., ČENGIĆ, T. (ur.), *Palijativna medicina. Temeljna načela i organizacija. Klinički pristup terminalnom bolesniku. Medicinska etika*, Rijeka, 2013.

BUCAJ, J., *Put suza*, Zagreb, 2015.

BUCKMAN, R., *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće*, Zagreb, 1996.

- BUZOV, I., *Psihoanaliza žalovanja*, Zagreb, 1989.
- DESPOT LUČANIN, J.; LUČANIN, D. (ur.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu*, Jastrebarsko, 2010.
- ĐORĐEVIĆ, V., BRAŠ, M., BRAJKOVIĆ, L., *Osnove palijativne medicine – Ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti*, Zagreb, 2013.
- ĐORĐEVIĆ, V., BRAŠ, M., BRAJKOVIĆ, L. (ur.), *Palijativna skrb-brinimo zajedno*, Zagreb, 2014.
- HÄRING, B., *Kristov zakon. Slobodni u Kristu.*, Treći svezak: Drugi dio posebne moralne teologije, Zagreb, 1986.
- HIŽMAN, B., SOLDI, D., COROVEKI-NEKIĆ, V., OŽVAČIĆ-ADŽIĆ, Z., PETRIČEK, G., KATIĆ, M., *Palijativna skrb – najučestaliji simptomi kod pacijenata i mogućnosti liječenja na području grada Varaždina*, u: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora (ur.), *Procjena zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba pacijenata. Prevencija kardiovaskularnih bolesti u obiteljskoj medicini. Položaj obiteljskog liječnika u današnjem sustavu zdravstva. Slobodne stručne teme*, Zbornik radova, Deveti kongres H. D. O. D. – H. L. Z., Rovinj, 2009.
- HRVATSKO KATOLIČKO LIJEČNIČKO DRUŠTVO, M. BRKLJAČIĆ ŽAGROVIĆ (ur.), *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*, Zagreb, 2011.
- JURANIĆ, B.; MIKŠIĆ, Š.; VULETIĆ, S., *Ideje i iskustva, O organizaciji palijativne skrbi*, u: V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković (ur.), *Palijativna skrb: Mostovi nade i čovječnosti*, Zagreb, 2012., 142.-155.
- KÜBLER-ROSS, E., *Razgovori s umirućima*, Zagreb, 1983.
- LONČAR, Z., KATIĆ, M., JUREŠA, V. et al. (ur.), *Palijativna skrb u zajednici*, Zagreb, 2018.
- LJUBIČIĆ, Đ., *Duhovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, 2009.
- NICHOLAS, S. A. (prir.), *Devetnica u vrijeme kada oplakujemo voljenu osobu*, Split, 2015.
- NIKIĆ, M., *Suradnja svećenika i medicinskog osoblja u palijativnoj skrbi*, u: Hrvatsko Katoličko Liječničko Društvo, M. Brkljačić–Žagrović (ur.), *Medicinska etika u palijativnoj skrbi*, Centar za bioetiku, Zagreb, 2011., 98.-106.

POZAIĆ, V., *Život dostojan života*. Zagreb, 1985.

RUDAN, V., MARČINKO, D., *Žalovanje*, Zagreb, 2014.

ŠAMIJA; M., NEMET, D. et al., *Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesti*, Zagreb, 2010.

VULETIĆ, S., *Dileme kliničke bioetike. U perspektivi medicinskog personalizma i kršćanske deontologije*, Zagreb, 2023.

VULETIĆ, S.; JURANIĆ, B.; MIKŠIĆ, Š.; RAKOŠEC, Ž., Palijativna skrb, u: D. Puntarić, I. Stašević, D. Ropac i suradnici (ur.), *Javno zdravstvo*, Biblioteka: Udžbenici Hrvatskog katoličkog sveučilišta, Zagreb, 2017., 236.-248.

VULETIĆ, S.; JURIĆ, K. s. Amabilis, Utjecaj vjerskog uvjerenja na tijek liječenja bolesti, u: A. Kurtović Mišić, J. Čizmić, V. Rijavec, S. Kraljić, H. Mujović Zornić, A. Klarić, M. Cvitković, D. Korošec, Š. Anđelinović, I. Vukušić (ur.), *Zbornik radova s međunarodnog kongresa, „1. Hrvatski kongres medicinskog prava“*, Pravni fakultet, Sveučilište u Splitu i Hrvatska liječnička komora, Dalmacija papir, Split, 2017., 225.- 245.

VULETIĆ, S.; RAKOŠEC, Ž.; MIKŠIĆ, Š.; JURANIĆ, B., Duhovna skrb umirućih i ožalošćenih u sklopu palijativne medicine, u: I. Markešić (ur.), *Čovjek i smrt. Teološki, filozofski, bioetički i društveni pristup*, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar – Hrvatsko katoličko sveučilište – Udruga Posmrtna pripomoć, Printera, Zagreb, 2017., 329.-366.

WORDEN, J. W., *Savjetovanje i terapija u tugovanju. Priručnik za stručnjake u području zaštite mentalnog zdravlja*, Jastrebarsko, 2005.

ŽIVKOVIĆ, I.; VULETIĆ, S., *Posljednji trenutci prije vječnosti. Teološko-bioetički naglasci shvaćanja smrti i psihološko-duhovne intervencije namijenjene umirućima i ožalošćenima*, Sveta Nedjelja, 2016.

Članci

BUCCI, P., Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima, u: *Socijalna psihijatrija* 44 (2016.) 1., 86-88.

CICAK, M., Obitelj u palijativnoj skrbi, u: *Ljetopis socijalnog rada* 2008., 15 (1), 113-130.

COURY, J. M., ŠTAMBUK, A., Problemi vezani s krajem života u zajednici: povezivanje profesionalnog i javnog obrazovanja, u: *Revija za socijalnu politiku* 9 (2002.) 3-4., 245.-257.

HAWTHORN, M., The importance of communication in sustaining hope at the end of life, u: *British Journal of Nursing* 24 (2015.), 702.-705.

JAKŠIĆ, M., Gubitak, tugovanje i pružanje potpore. S posebnim osvrtom na nesretno okončanu trudnoću, u: *Služba Božja* 54 (2014.) 3-4., 353.-371.

KIM, S.S., REED, P.J., HAYWARD, R.D. et al., Spirituality and psychological well being: testing a theory of family interdependence among family caregivers and their elders, u: *Research in Nursing & Health* 34 (2011.), 103.-115.

HENNEMAN, E. A., CARDIN, S., Family-centered care: a practical approach to making it happen, u: *Critical Care Nursing* 22 (2002.) 6., 2.-9.

JUŠIĆ, A. Palijativna medicina – palijativna skrb, u: *Medicus* 10 (2001.) 2., 247.-252.

OZIMEC VULINEC, Š., Interdisciplinarni tim u palijativnoj skrbi, u: *Plavi Fokus, Glasilo hrvatske komore medicinskih sestara* VI (2010.) 1., 32.-36.

STEPHENSON, P.S., BERRY, D.M., Describing spirituality at the end of lifem u: *Western Journal of Nursing Research* 27 (1995.), 1229.-1247.

TOMKINS, A., DUFF, J., FITZGIBBON, A. et al., Controversies in faith and health care, u: *Lancet* 31 (2015.) 386., 1776.-1785.

VULETIĆ, S.; JURANIĆ, B.; MIKŠIĆ, Š.; RAKOŠEC, Ž., Palijativna skrb i medicinsko-duhovne potrebe terminalnih bolesnika, u: *Bogoslovska Smotra* 84 (2014.) 4., 881.-906.

VULETIĆ, S., Ne/utješnost žalovanja, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije* 149 (2021.) 11., 50.-56.

VULETIĆ, S., Bolesničko pomazanje u perspektivi bolničkog dušobrižništva i palijativne medicine, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije* 148 (2020.) 6., 41.-47.

VULETIĆ, S., Sofrologija i duhovna dimenzija patnje, u: *Vjesnik Đakovačko-osječke nadbiskupije i Srijemske biskupije* CXLVI (2018.) 11., 20.-26.

WITTEMBERG, E., FERRELL, B., GOLDSMITH, J. et al., Providers difficulties with spirituality and forgiveness communication at the end of life, u: *American Journal of Hospice and Palliative Care* 33 (2016.) 9., 843.-848.

Izvori s interneta

BENOR, D. J., *Wholistic integrative care*, (1999.), Dostupno na:
<http://www.wholistichealingresearch.com/wholisticintegrativecare.html> (7.2.2023.)

-EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE, *Definition of palliative care*, Dostupno na: <http://www.eapenet.org/about/definition.html>. (4.5.2023.)

ILIĆ, B., *Zdravstvena njega i holistički pristup u palijativnoj skrbi*, Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/315755016_ZDRAVSTVENA_NJEGA_I_HOLISTICKI_PRI-STUP_U_PALIJATIVNOJ_SKRBI (3.12.2022.)

KING, M. B., KOENIG, H. G., Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. Dostupno na: <http://www.biomedicalcentral.com/1472-6963/9/116>. (11.12.2022.)

POPE FRANCIS, We must not abandon the elderly. Vatican Radio; Dostupno: http://en.radiovaticana.va/news/2015/03/05/pope_francis_we_must_not_abandon_the_elderly/1127144. (30.6.2023.)

TADIĆ, M., *Organizacija rada palijativne skrbi u Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranog otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice*, Završni rad, Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, 2021. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unipu:6277/datastream/PDF/view> (25.1.2023.)